Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови

Версія цього документу для друку: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01008&format=pdf

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01008. Контроль частоти серцевих скорочень при постійній формі фібриляції передсердь

Автор: Pekka Raatikainen
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen
Дата останнього оновлення: 2017-03-14

Основні положення

- Якщо прийнято рішення вести пацієнта з фібриляцією передсердь (ФП) за стратегією контролю частоти серцевих скорочень, слід пояснити йому, що організм, як правило, дуже швидко адаптується до постійної форми ФП після оптимізації частоти серцевих скорочень ("ФП з адекватним контролем частоти"). Ця інформація також покращить комплаєнс до лікування.
- У пацієнтів похилого віку (> 65 років) зі слабко вираженою симптоматикою прогноз та якість життя є більш-менш однаковими в разі вибору однієї з двох стратегій лікування: контролю частоти, метою якої є уповільнення частоти відповіді шлуночків, або контролю ритму, метою якої є відновлення синусового ритму із застосуванням повторних кардіоверсій та призначенням антиаритмічних препаратів [доказ 02651 |A].

Мета стратегії контролю частоти серцевих скорочень

- Мінімальною метою при лікуванні безсимптомного пацієнта з постійною формою ФП (EHRA 1 бал) є досягнення частоти відповіді шлуночків <110/хв у стані спокою.

- Симптоматичні пацієнти потребують більш суворішого контролю частоти, цільова швидкість відповіді шлуночків у них складає 60-80/хв у стані спокою та 90-115/хв при легкому фізичному навантаженні, наприклад, ходьбі.
- За необхідності підтримання оптимальної частоти серцевих скорочень повинно бути підтверджено амбулаторною ЕКГ та / або стрес-тестом з фізичним навантаженням, оскільки постійно підвищена частота скорочення шлуночків (>110/хв), може призвести до серцевої недостатності (тахіаритмічна кардіоміопатія)

Медикаментозне лікування [доказ 03571|A] [доказ 07096|B] [доказ 00141|C]

- Препарати для регуляції частоти скорочення шлуночків (таблиця [табл.|T1]) підбираються і титруються індивідуально для кожного пацієнта (малюнок [зображення 01071|Rate control in permanen…]).
- *Бета-блокатори* при ФП є ефективними та безпечними препаратами для контролю частоти серцевих скорочень. Незважаючи на те, що відмінності між різними представниками групи бета-блокаторів можуть бути мінімальними, слід призначати препарати, дія яких вивчена найкраще (бісопролол, метопролол).
    - Деякі бета-блокатори (піндолол та ацебутолол) демонструють внутрішню симпатоміметичну активність (ВСА) і в меншій мірі впливають на частоту серцевих скорочень в спокої, ніж інші представники цієї групи. Їх призначення можливе пацієнтам з низькою частотою серцевих скорочень в стані спокою, яка надмірно зростає при фізичному навантаженні.

      Коментар експерта. Лікарські засоби піндолол та ацебутолол станом на 09.07.2019 в Україні не зареєстровані

- *Блокатори кальцієвих каналів* (верапаміл та дилтіазем) ефективні для контролю частоти скорочення шлуночків при постійній формі ФП. Препарати цієї групи підходять для фізично активних молодих пацієнтів з ізольованою ФП, але їх призначення слід уникати у пацієнтів з серцевою недостатністю.
- Вплив *дигоксину* на частоту серцевих скорочень дещо послаблюється під час фізичного та емоційного навантаження, отже, цей препарат краще підходить для фізично малоактивних осіб похилого віку та пацієнтів з серцевою недостатністю. Дані щодо впливу дигоксину на прогноз у пацієнтів з ФП є суперечливими.

- Якщо при застосуванні бета-блокаторів, блокаторів кальцієвих каналів або дигоксину в якості монотерапії не вдається досягти адекватного ефекту, можливе застосування комбінації цих препаратів. Якщо відповідь на лікування відсутня, пацієнта слід скерувати до кардіолога - аритмолога, щоб розглянути можливість абляції атріовентрикулярного вузла та імплантації електрокардіостимулятора.
- Дронедарон протипоказаний при постійній формі ФП через свої побічні ефекти, навіть якщо цей препарат уповільнює швидкість відповіді шлуночків.
- При розвитку симптоматичної брадикардії слід зменшити дозу препарату, що регулює частоту серцевих скорочень, або припинити прийом такого лікарського засобу. При збереженні симптомів слід розглянути імплантацію електрокардіостимулятора.

Катетерна абляція атріовентрикулярного вузла

[доказ 03536 |B]

- Абляція атріовентрикулярного вузла при ФП призводить до уповільнення швидкості скорочення шлуночків, оскільки внаслідок цієї процедури виникає повний атріовентрикулярний блок. Імплантація постійного електрокардіостимулятора проводиться під час цієї ж процедури.
- Пацієнта слід скерувати до кардіолога - аритмолога, якщо, незважаючи на оптимальне медикаментозне лікування,
    - частота серцевих скорочень в стані спокою стабільно перевищує 110/хв
    - при незначному навантаженні частота серцевих скорочень швидко зростає до 140–150/хв
    - внаслідок підвищеної частоти серцевих скорочень розвивається виражена симптоматика (наприклад, синкопе) або тахіаритмічна кардіоміопатія
    - медикаментозна терапія викликає серйозні побічні ефекти.
- Процедура значно покращує якість життя пацієнт та зменшує потребу в госпіталізації, але не впливає на смертність та не усуває ФП. Фібриляція передсердь буде продовжуватись, тому пацієнту показаний постійний прийом антикоагулянтів.

Таблиця T1. **Препарати, що використовуються для оптимізації частоти скорочення шлуночків при постійній формі ФП**

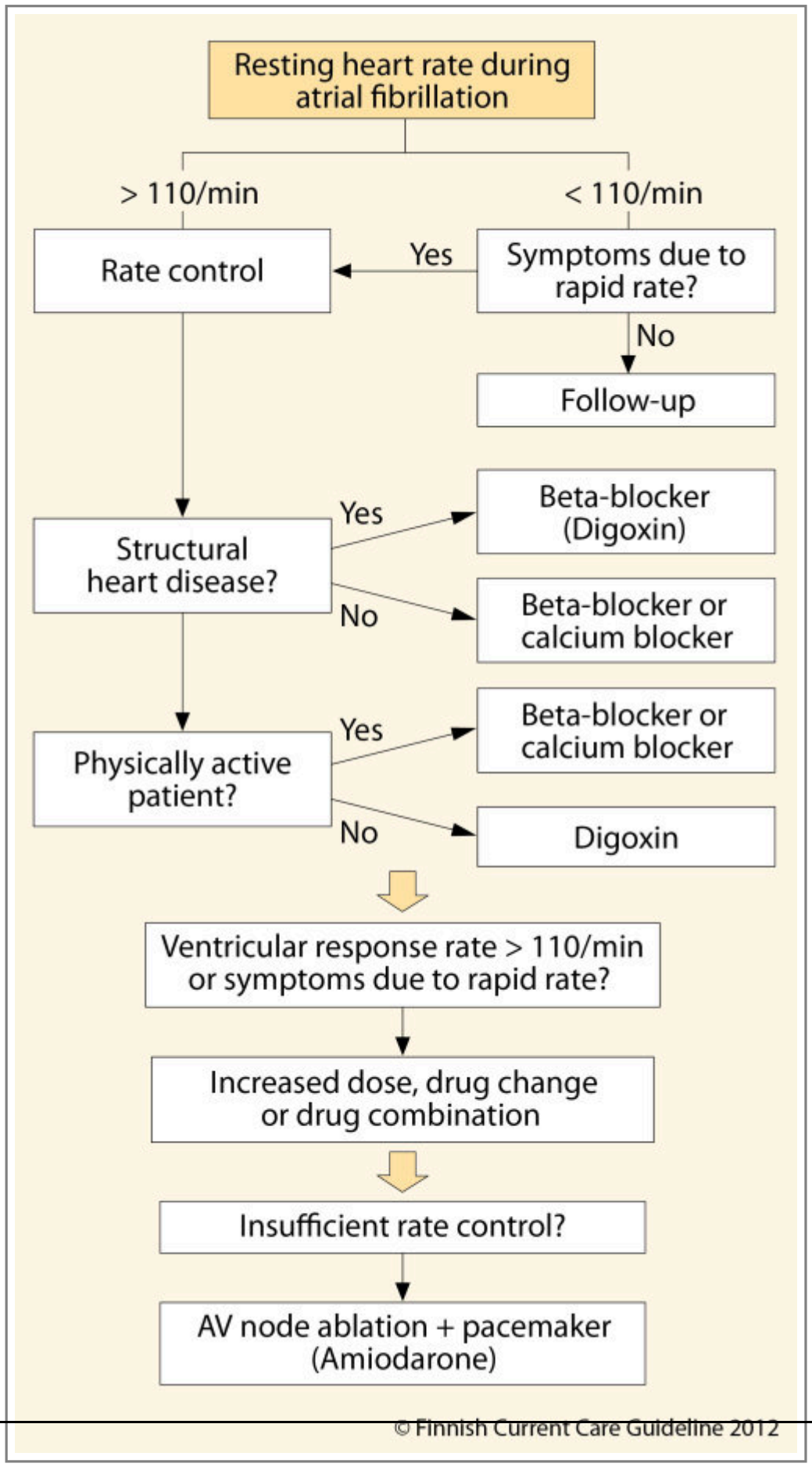
Препарат	Рекомендована добова доза
Бета-блокатори	
Атенолол	50–100 мг
Бісопролол	5-10 мг (макс. 20 мг)
Карведилол	25–50 мг (макс. 100 мг)
Метопролол	95–190 мг
Блокатори кальцієвих каналів	
Дилтіазем	180–360 мг
Верапаміл	120–480 мг
Інші препарати	
Дигоксин	0,0625–0,375 мг
Аміодарон	100–200 мг
Для покращення комплаєнсу до лікування, слід надавати перевагу препаратам, що приймаються один раз на день.	

Пов`язані посилання

- Клінічні рекомендації [пов'язані 00567|Rate control in permanen…]
- Література [пов'язані 00567|Rate control in permanen…]

Зображення

- Зображення 01071. Rate control in permanent atrial fibrillation.


Resting heart rate during atrial fibrillation
> 110/min
< 110/min
Rate control
Yes
Symptoms due to rapid rate?
No
Follow-up
Structural heart disease?
Yes
Beta-blocker (Digoxin)
No
Beta-blocker or calcium blocker
Physically active patient?
Yes
Beta-blocker or calcium blocker
No
Digoxin
Ventricular response rate > 110/min or symptoms due to rapid rate?
Increased dose, drug change or drug combination
Insufficient rate control?
AV node ablation + pacemaker (Amiodarone)
© Finnish Current Care Guideline 2012

Автори та власники авторських прав: Finnish Current Care Guidelines / Working group on atrial fibrillation Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- Доказовий огляд 02651. Restoration of sinus rhythm in atrial fibrillation.
  Дата оновлення: 2009-05-27
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Rhythm control by repeated cardioversion in elderly patients does not improve survival or quality of life compared to rate control. Sinus rhythm can be restored in about 80% of patients with atrial fibrillation and maintained in about 50% of patients receiving antiarrhytmic therapy.
- Доказовий огляд 03571. Drugs for ventricular rate control in atrial fibrillation.
  Дата оновлення: 2003-02-05
  Рівень доказовості: A
  Резюме: Calcium-channel blockers verapamil and diltiazem, or select beta-blockers, are effective for heart rate control at rest and during exercise for patients with atrial fibrillation.
- Доказовий огляд 07096. Peroral digoxin for controlling heart rate in atrial fibrillation.
  Дата оновлення: 2013-05-17
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Digoxin administered perorally appears to slow resting heart rate more than placebo in atrial fibrillation, but it might possibly increase total mortality.
- Доказовий огляд 00141. Amiodarone and flecainide in the treatment of resistant atrial fibrillation.
  Дата оновлення: 2003-03-20
  Рівень доказовості: C
  Резюме: Amiodarone may be more effective than flecainide in patients with atrial fibrillation who are refractory to type IA antiarrhythmic agents. The impact of amiodarone on mortality remains to be determined.
- Доказовий огляд 03536. Ablation and pacing therapy for atrial fibrillation.
  Дата оновлення: 2003-02-05
  Рівень доказовості: B
  Резюме: Ablation and pacing therapy appear to reduce cardiac symptoms and health care use in patients with refractory atrial tachyarrhythmia.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01008 Ключ сортування: 004.047 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англомовного оригіналу: 2017-03-14

Автор(и): Pekka Raatikainen Редактор(и): Anna Kattainen
Лінгвіст(и)-консультант(и) англомовної версії: Kristian LampeMaarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Cardiology

Ключові слова індексу
speciality: Cardiology mesh: Anti-Arrhythmia Agents mesh: Arrhythmia mesh: Atrial fibrillation AF Heart rate Pulse rate Rate control Ventricular rate Acebutolol mesh: Adrenergic beta-Antagonists Amiodarone Beta-blockers Bisoprolol Calcium-channel blockers Carvedilol mesh: Catheter ablation Digoxin Diltiazem Metoprolol Pacemaker Pindolol Verapamil icpc-2: K78