

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «ННЦ «Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН
Асоціація кардіологів України
Асоціація аритмологів України
Робоча група з порушень ритму серця

**Уніфікований клінічний протокол
первинної, вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги**

ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ

для лікарів за спеціальностями
«кардіологія», «загальна практика – сімейна медицина»,
«внутрішні хвороби», «неврологія»

*Затверджено Наказом № 597
Міністерства охорони здоров'я України 15.06.2016*

ЗМІСТ

Перелік скорочень	4
Вступ.....	6
I. Паспортна частина.....	7
1.1. Діагноз: фібриляція і тріпотіння передсердь	7
1.2. Код МКХ-10: I48.0 – фібриляція і тріпотіння передсердь.....	7
1.8. Епідеміологія.....	12
II. Загальна частина	14
Особливості процесу надання медичної допомоги	14
III. Основна частина	16
3.1. Первинна медична допомога.....	16
3.1.1. Первинна профілактика	16
3.1.2. Діагностика.....	17
3.1.3. Лікування.....	19
3.1.4. Диспансерне спостереження	28
3.2. Вторинна (спеціалізована) медична допомога.....	29
3.2.1. Профілактика	29
3.2.2. Діагностика.....	30
3.2.3. Лікування.....	31
3.2.4. Госпіталізація.....	39
3.2.5. Виписка.....	42
3.2.6. Реабілітація.....	44
3.2.7. Диспансерне спостереження	45
3.3. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога.....	47
3.3.1. Профілактика	47
3.3.2. Діагностика.....	49
3.3.3. Лікування.....	49
3.3.4. Госпіталізація.....	60
3.3.5. Виписка.....	63
3.3.6. Реабілітація.....	66
3.3.7. Диспансерне спостереження	66

IV. Опис етапів медичної допомоги	68
4.1. Алгоритм дії на догоспітальному етапі при пароксизмальній формі фібриляції передсердь тривалістю менше 48 годин	68
4.2. Алгоритм дії на догоспітальному етапі при пароксизмальній формі фібриляції передсердь тривалістю більше 48 годин	69
4.3. Каскадна стратегія ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь.....	70
4.4. Стратегія профілактики тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з фібриляцією передсердь	71
4.5. Фармакотерапія фібриляції передсердь, що вперше виникла	74
4.6. Алгоритм ведення пацієнтів із серцевою недостатністю та постійною фібриляцією передсердь	84
V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу.....	85
5.1. Первинна медична допомога	85
5.1.1. <i>Кадрові ресурси.....</i>	<i>85</i>
5.1.2. <i>Матеріально-технічне забезпечення</i>	<i>85</i>
5.2. Вторинна та третинна медична допомога	85
5.2.1. <i>Кадрові ресурси.....</i>	<i>85</i>
5.2.2. <i>Матеріально-технічне забезпечення</i>	<i>86</i>
VI. Індикатори якості медичної допомоги	86
6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги	87
VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги	92
VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги	94
Додаток 1.....	94
Додаток 2.....	95

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

ААП	антиаритмічні препарати
АВК	антагоніст вітаміну К
АВ	атріовентрикулярний
АГ	артеріальна гіпертензія
АЛТ	аланінамінотрансфераза
АПТВ	активований парціальний тромбопластиновий час
АСК	ацетилсалцилова кислота
АСТ	аспартатамінотрансфераза
АТ	артеріальний тиск
АЧТЧ	активований частковий тромбопластиновий час
БРА	блокатор рецепторів ангіотензину
в/в	внутрішньовенно
ЕІТ	електроімпульсна терапія
ЕКГ	електрокардіограма
ЕхоКГ	ехокардіографія
ІАПФ	інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту
ІХС	ішемічна хвороба серця
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
КМП	клінічний маршрут пацієнта
КПС	кардіоверсія постійним струмом
ЛП	ліве передсердя
ЛПМД	локальний протокол медичної допомоги
ЛШ	лівий шлуночок
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація захворювань та пов'язаних порушень стану здоров'я (10-те видання)
МНВ	міжнародне нормалізоване відношення
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НПАК	нові пероральні антикоагулянти
н/з	не застосовується

ПАК	пероральні антикоагулянти
ПТІ	протромбіновий індекс
СН	серцева недостатність
ТЕ	тромбоемболія
ТЕ-ЕхоКГ	трансезофагеальна ехокардіографія
ТП	тріпотіння передсердь
УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
ФК	функціональний клас
ФП	фібриляція передсердь
ХОЗЛ	хронічне обструктивне захворювання легень
ЧСЕхоКГ	черезстравохідна ехокардіографія
ЧСС	частота серцевих скорочень
ЧШС	частота шлуночкових скорочень
EHRA	Європейська асоціація з питань серцевого ритму [European Heart Rhythm Association]
NYHA	Нью-Йоркська асоціація кардіологів [New York Heart Association]

ВСТУП

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) «Фібриляція передсердь», розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування фібриляції передсердь (ФП) в Україні з позиції забезпечення наступності видів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Фібриляція передсердь», яка ґрунтується на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах – третинних джерелах, а саме:

1. Guidelines for the management of atrial fibrillation, ESC, 2010.
2. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation, ESC, 2012.

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

За формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини УКПМД відповідає вимогам «Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини», затвердженої наказом МОЗ України № 751 від 28 вересня 2012 року, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 за № 2001/22313.

УКПМД розроблений мультидисциплінарною робочою групою, до якої увійшли представники різних медичних спеціальностей: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти, лікарі-кардіологи, лікарі-хірурги, лікарі-неврологи.

Відповідно до ліцензійних вимог та стандартів акредитації у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) має бути наявний Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД), що визначає взаємодію структурних підрозділів ЗОЗ, медичного персоналу тощо (локальний рівень).

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1. ДІАГНОЗ: ФІБРИЛЯЦІЯ І ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ

1.2. КОД МКХ-10: I48.0 – ФІБРИЛЯЦІЯ І ТРІПОТІННЯ ПЕРЕДСЕРДЬ

- **пароксизмальна** (ритм відновлюється самостійно в межах 7 діб)*
 - брадисистолічна (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)**
 - тахісистолічна (частота шлуночкових скорочень більше 110 за хвилину)**
- **персистуюча** (епізод, що триває понад 7 діб, коли для відновлення синусового ритму необхідне втручання)*
 - брадисистолічна (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)**
 - тахісистолічна (частота шлуночкових скорочень більше 110 за хвилину)**
- **тривало персистуюча** (епізод, що триває 1 рік та більше, коли синусовий ритм доцільно відновлювати)*
 - брадисистолічна (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)**
 - тахісистолічна (частота шлуночкових скорочень більше 110 за хвилину)**
- **постійна** (коли синусовий ритм відновити неможливо, або не доцільно)*
 - брадисистолічна (частота шлуночкових скорочень менше 60 за хвилину)**
 - тахісистолічна (частота шлуночкових скорочень більше 110 за хвилину)**

* Усі форми можуть бути такими, що вперше виникли.

** Вказується при клінічно значущому стані.

Класи ФП залежно від виразності симптомів за EHRA
(European Heart Rhythm Association)

Клас EHRA	Пояснення
EHRA I	Відсутність симптомів
EHRA II	«Помірні симптоми»: нормальна щоденна діяльність без змін
EHRA III	«Серйозні симптоми»: нормальна щоденна діяльність змінена
EHRA IV	«Симптоми інвалідизації»: нормальна щоденна діяльність порушена

Ризик тромбоемболій при ФП неклапанної етіології
за шкалою CHA₂DS₂-VASc

Фактор ризику	Бали
Застійна серцева недостатність / дисфункція лівого шлуночка	1
Гіпертензія	1
Вік > 75 років	2
Цукровий діабет	1
Інсульт / транзиторна ішемічна атака / тромбоемболії	2
Захворювання судів	1
Вік 65–74 років	1
Стать (жіноча стать)	1
Максимум балів	9

Ризик кровотечі за шкалою HAS-BLED

Літера	Клінічна характеристика*	Бали
H	Артеріальна гіпертензія	1
A	Порушення ниркової та печінкової функції (1 бал кожний)	1 або 2
S	Інсульт	1
B	Кровотеча	1
L	Лабільне МНВ	1
E	Похилий вік (наприклад вік > 65 років)	1
D	Вживання ліків або алкоголю (1 бал кожний)	1 або 2
		Максимально 9 балів

* «Гіпертензією» в цій шкалі вважається систолічний артеріальний тиск (АТ) > 160 мм рт. ст. «Порушення ниркової функції» визначено як наявність хронічного діалізу або ниркової трансплантації або креатиніну сироватки > 200 ммоль/л. «Порушення функції печінки» визначено як хронічна печінкова хвороба (наприклад цироз печінки) або біохімічне підтвердження значного печінкового порушення (наприклад білірубін у більш ніж 2 рази перевищує верхню межу норми і АСТ / АЛТ / лужна фосфатаза перевищує верхню межу норми у більш ніж 3 рази). «Кровотеча» – наявність в анамнезі кровотеч і/або схильність до кровотеч, наприклад геморагічний діатез, анемія та ін. «Лабільне МНВ» – рівень МНВ перебуває в терапевтичному діапазоні < 60 % часу. «Вживання ліків або алкоголю» – супутнє застосування препаратів, таких як антитромботичні, нестероїдні протизапальні препарати, алкогольна залежність тощо.

1.3. Протокол призначений для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів-кардіологів, лікарів інсультних відділень стаціонарів та відділень інтенсивної терапії, лікарів-неврологів, лікарів-нейрохірургів, лікарів-хірургів, лікарів з лікувальної фізкультури, лікарів-фізіотерапевтів, лікарів, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які залучаються до медичної допомоги пацієнтам з ФП, керівників ЗОЗ різних форм власності та підпорядкування.

1.4. Мета протоколу: організація надання медичної допомоги пацієнтам з ФП, зменшення смертності та інвалідності внаслідок цього захворювання, покращення якості життя пацієнтів.

1.5. Дата складання протоколу: травень 2016 року.

1.6. Дата наступного перегляду: травень 2019 року.

1.7. Розробники:

Кравченко Василь Віталійович	Директор Медичного департаменту МОЗ України, голова робочої групи
Жарінов Олег Йосипович	Завідувач кафедри функціональної діагностики Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, д. мед. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Функціональна діагностика», заступник голови з клінічних питань
Талаєва Тетяна Володимирівна	Генеральний директор Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», д. мед. н., професор, заступник голови з координації діяльності мультидисциплінарної робочої групи
Ліщишина Олена Михайлівна	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», ст. н. с., к. мед. н., заступник голови з методологічного супроводу
Божко Ляна Іванівна	Заступник директора Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф міста Києва
Горова Елла Володимирівна	Заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України

Гетьман Таїсія В'ячеславівна	Старший науковий співробітник відділу аритмій серця Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», к. мед. н.
Залевський Валерій Павлович	Завідувач відділення хірургії складних порушень серцевого ритму і електрокардіостимуляції з рентгеноопераційною Державної установи «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», д. мед. н., професор
Карпенко Юрій Іванович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини і серцево-судинної патології Одеського національного медичного університету, д. мед. н., професор
Кіржнер Геннадій Давидович	Доцент кафедри сімейної медицини Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця
Клименко Ліліана Вікторівна	Асистент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, к. мед. н.
Матюха Лариса Федорівна	Завідувач кафедри сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д. мед. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»
Нетяженко Василь Захарович	Завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, член-кор. НАМН України, д. мед. н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Терапія»
Острополець Наталія Андріївна	Начальник відділу високоспеціалізованої медичної допомоги управління надання медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України
Романова Олена Миколаївна	Старший науковий співробітник відділу аритмій серця Державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», к. мед. н.
Руденко Костянтин Володимирович	Заступник головного лікаря ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», д. мед. н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Хірургія серця і магістральних судин у дорослих»

Сичов Олег Сергійович	Завідувач відділу аритмії серця, вчений секретар ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України», головний спеціаліст НАМН України за спеціальністю «Функціональна діагностика», д. мед. н., професор
Стичинський Олександр Сергійович	Завідувач відділення електрофізіології та рентгенхірургічного лікування серцевих аритмій ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», д. мед. н., професор
Титова Тетяна Анатоліївна	Доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, к. мед. н.
Хіміон Людмила Вікторівна	Завідувач кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Яблунчанський Микола Іванович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, д. мед. н., професор
Ягенський Андрій Володимирович	Керівник Волинського обласного центру кардіоваскулярної патології, д. мед. н., професор
Методичний супровід та інформаційне забезпечення	
Горох Євгеній Леонідович	Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к. техн. н.
Мельник Євгенія Олександрівна	Начальник Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Мігель Олександр Володимирович	Завідувач сектору економічної оцінки медичних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Нетяженко Нонна Василівна	Експерт Відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»
Шилкіна Олена Олександрівна	Начальник Відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»

Адреса для листування: Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua

Електронну версію документа можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я України: <http://www.moz.gov.ua> та на сайті <http://www.dec.gov.ua>

Рецензенти:

Дзяк Георгій Вікторович	Ректор Дніпропетровської медичної академії, д. мед. н., професор, академік НАМН України
Долженко Марина Миколаївна	Завідувач кафедри кардіології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, д. мед. н., професор
Середюк Нестор Миколайович	Професор кафедри внутрішньої медицини № 2 та медсестринства Державного вищого навчального закладу «Івано-Франківський національний медичний університет», д. мед. н., професор
Ташук Віктор Корнійович	Завідувач кафедри внутрішньої медицини, фізичної реабілітації, спортивної медицини та фізичного виховання Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», д. мед. н., професор

1.8. ЕПІДЕМІОЛОГІЯ

На ФП страждають 1–2 % популяції і ця цифра, ймовірно, зростатиме у наступні 50 років. У пацієнтів з гострим інсультом систематичне електрокардіографічне (ЕКГ) моніторування може дозволити виявити ФП у 1 з 20 пацієнтів, що значно більше тієї кількості осіб з ФП, яких можна було б виявити за допомогою стандартної ЕКГ у 12 відведеннях. Але ФП може тривалий час залишатися недіагностованою («німа» ФП), і багато пацієнтів з ФП ніколи не будуть госпіталізовані. Таким чином, істинна поширеність ФП, ймовірно, ближче до 2 % популяції.

Поширеність ФП зростає з віком, збільшуючись від < 0,5 % серед осіб віком 40–50 років до 5–15 % серед осіб віком 80 років. Захворювання частіше зустрічається у чоловіків, ніж у жінок. Після досягнення 40-річного віку пожиттєвий ризик розвитку ФП у майбутньому становить близько 25 %. Поширеність та захворюваність на ФП в популяції-

ях людей, які не належать до представників білої раси, вивчені гірше. Захворюваність на ФП зростає (13 % за останні два десятиріччя).

За даними популяційного дослідження, проведеного в ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска», встановлено, що за даними ЕКГ, зареєстрованої під час проведення епідеміологічного обстеження, поширеність ФП/тріпотіння передсердь (ТП) серед міського населення становить 1,2 %. Стандартизований показник поширеності ФП/ТП в міській популяції України становить 0,9 % (серед чоловіків – 0,9 %, серед жінок – 1,0 %). З урахуванням даних анкетування та аналізу медичної документації, зокрема, наданих пацієнтами ЕКГ, стандартизований показник поширеності ФП/ТП становить 2,5 % (2,7 % серед чоловіків і 2,4 % серед жінок). За даними, отриманими при однократній реєстрації ЕКГ, ФП/ТП в два рази частіше реєструється в міській популяції, ніж у сільській (відповідно 1,2 і 0,6 %, $p < 0,05$). Результати аналізу двох досліджень, проведених з інтервалом 25 років, свідчать про шестикратне збільшення поширеності ФП/ТП серед міського населення України (з 0,2 до 1,2 %) і трикратне – в сільській популяції (з 0,2 до 0,6 %).

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ФП є найбільш поширеним хронічним порушенням ритму серця, яке зустрічається в 1–2 % людей у загальній популяції. На сьогоднішній день від цієї аритмії страждають понад 6 мільйонів європейців, і очікується, що за наступні 50 років захворюваність на ФП стане принаймні удвічі вищою, враховуючи постаріння населення. Основною метою цього уніфікованого клінічного протоколу є створення ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам з ФП.

ФП у 5 разів збільшує ризик розвитку інсульту, і кожен п'ятий випадок інсульту обумовлений цією аритмією. Ішемічні інсульти на фоні ФП часто фатальні, а ті пацієнти, які виживають, зазвичай залишаються з більш вираженою інвалідністю через наслідки інсульту та більш схильні до повторних інсультів, ніж пацієнти, в яких інсульт виник через інші причини. Ризик смерті від інсульту, обумовленого ФП, удвічі більший, а вартість лікування такого пацієнта зростає у 1,5 разу. За останні роки була проведена масштабна дослідницька робота з вивчення підходів до профілактики інсульту й отримані результати вплинули на рекомендації, наведені у цьому уніфікованому клінічному протоколі.

У більшості пацієнтів відбувається неминуче прогресування ФП до персистуючої або постійної форми, що асоційоване з подальшим погіршенням перебігу захворювання, яке може лежати в основі аритмії. За останній час дещо покращилося наше розуміння динаміки перебігу ФП від доклінічних порушень («аритмія, що формується») до її найбільш вираженого вияву – рефрактерної до лікування аритмії, асоційованої із серйозними несприятливими серцево-судинними подіями. Почала використовуватися найновіша стратегія «upstream» терапії (терапії «проти течії»), метою якої є сповільнення або припинення прогресування ФП через вплив на серцево-судинне захворювання, яке лежить в її основі. Але на сьогоднішній день отримані лише обмежені підтвердження успіху такої терапії, що і було відображено у цьому протоколі.

У багатьох клінічних дослідженнях показано, що стратегічна мета підтримання синусового ритму не має очевидних переваг порівняно з контролем частоти скорочень шлуночків (ЧШС). Не було виявлено також переваг жорсткого контролю частоти серцевих скорочень (ЧСС). З іншого боку, за даними реєстрів та ретроспективних аналізів баз даних клінічних досліджень, ФП асоціюється з важкими ускладненнями, а збереження синусового ритму серця – з покращенням виходів.

Проблема ранньої діагностики ФП суттєво ускладнюється часто «німим» характером порушень серцевого ритму. Приблизно у третини всіх пацієнтів з цим типом аритмії пацієнти не знають про її наявність через відсутність симптомів. Якомога більш раннє виявлення аритмії дає можливість своєчасно почати лікування, щоб захистити пацієнта не лише від безпосередніх наслідків аритмії, а й від формування рефрактерної до лікування ФП.

За останнє десятиріччя досить активно розроблялися різні нефармакологічні методи втручання з метою контролю виникнення ФП або обмеження її проявів, й у цьому напрямку були отримані суттєві досягнення. Була доведена ефективність у лікуванні ФП методик абляції, які зазвичай виконуються черезшкірно за допомогою катетера, особливо за рахунок зменшення тягаря симптомів, асоційованих з цією аритмією, причому у деяких пацієнтів такі втручання обумовлювали стійке запобігання рецидивам ФП. Застосування цих методик, разом із впровадженням нових розробок у сфері медикаментозної терапії ФП, таких як нові пероральні антикоагулянти (НПАК) та більш безпечні протиаритмічні засоби, що зараз починають з'являтися, має допомогти покращити клінічні наслідки у пацієнтів з ФП.

III. ОСНОВНА ЧАСТИНА

3.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.1.1. Первинна профілактика

Положення протоколу

Пацієнти з ФП підлягають амбулаторному обстеженню та лікуванню за місцем проживання. Обстеження може проводитися в районних поліклініках, а при необхідності додаткових обстежень – у міських кардіологічних диспансерах та діагностичних центрах. При необхідності відновлення синусового ритму при персистуючій формі аритмії за неефективності амбулаторного лікування рутинними заходами та/або при порушеннях гемодинаміки, або для планової електроімпульсної терапії (ЕІТ) пацієнти підлягають госпіталізації в кардіологічний стаціонар, за відповідними показаннями – у відділення інтенсивної терапії.

Необхідні дії

Лікарю на етапі першого контакту з пацієнтами, які мають ту чи іншу форму ФП, необхідно вирішити декілька досить складних питань:

1. Чи потребує цей пацієнт відновлення синусового ритму, чи йому потрібна медикаментозна корекція ЧШС (враховується форма ФП, її тривалість, розміри лівого передсердя (ЛП), наявність тромбоемболічних ускладнень в анамнезі, наявність електролітних розладів і захворювань щитовидної залози тощо).

2. Оцініть безпеку відновлення синусового ритму на догоспітальному етапі:

– наявність клапанних вад серця, важких структурних уражень міокарда (постінфарктний кардіосклероз, дилатаційна кардіоміопатія, виражена гіпертрофія міокарда), захворювань щитовидної залози (гіпер- і гіпотиреоз), наявність і тяжкість хронічної серцевої недостатності (СН).

3. Якщо пацієнт потребує відновлення синусового ритму, то чи потрібно це робити на догоспітальному етапі, чи ця процедура повинна проводитися в плановому порядку в стаціонарі після необхідної підготовки.

4. Якщо пацієнт потребує відновлення синусового ритму на догоспітальному етапі, необхідно вибрати спосіб його відновлення:

медикаментозна або електрична кардіоверсія або ЕІТ (за умови наявності дефібрилятора та відповідно до компетенції лікаря загальної практики-сімейного лікаря).

Вирішення питання про необхідність відновлення синусового ритму на догоспітальному етапі залежить, в першу чергу, від поєднання 2 факторів: форми ФП і наявності та тяжкості розладів гемодинаміки та/або ішемії міокарда.

Показання до відновлення синусового ритму на догоспітальному етапі:

1. Тривалість ФП < 48 годин (Розділ 4, п. 4.1).
2. Тривалість ФП > 48 годин у поєднанні з:
 - вираженою задишкою і вологими хрипами в легенях;
 - артеріальною гіпотензією < 90/60 мм рт. ст., спричиненою тахіаритмією;
 - ангінозними болями, ознаками ішемії міокарда на ЕКГ (депресія сегмента ST, елевація ST, негативний зубець T);
 - ЧШС > 250 за 1 хв.

Показання до госпіталізації:

1. Вперше виявлена ФП.
2. Пароксизмальна ФП, коли немає ефекту препаратів, застосованих для відновлення синусового ритму.
3. Пароксизмальна ФП, що супроводжувалася розладами гемодинаміки або ішемією міокарда, яку вдалося зняти медикаментозно або за допомогою електричної кардіоверсії.
4. У випадку виникнення ускладнень антиаритмічної терапії.
5. Часто рецидивуючі пароксизми ФП (з метою підбору антиаритмічної терапії).
6. При постійній формі ФП госпіталізація показана при високій тахісistolії, посиленні проявів СН (для корекції медикаментозної терапії).

3.1.2. Діагностика

Положення протоколу

Обов'язкові дослідження:

1. Збір скарг та анамнезу.
2. Клінічний огляд.
3. Вимірювання АТ.

4. Лабораторне обстеження (загальні аналізи крові та сечі, АЛТ, АСТ, білірубін, креатинін, ліпідограма, тригліцериди, глюкоза крові, гормони щитовидної залози і гіпофізу (тиреотропний гормон), коагулограма, міжнародне нормалізоване відношення (МНВ), активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ)).

5. ЕКГ в 12 відведеннях.

6. Ехокардіографія (ЕхоКГ).

7. Проба з фізичним навантаженням (за показаннями).

8. Добовий моніторинг ЕКГ або моніторинг подій.

Додаткові дослідження:

1. Електрофізіологічне дослідження.

2. Чрезстравохідна ЕхоКГ (ЧСЕхоКГ).

3. Рентгенографія органів грудної клітки.

4. Лабораторне обстеження: гормони щитовидної залози і гіпофізу (T_3 , T_4), маркери запального процесу в міокарді.

Обґрунтування

Ведення пацієнтів з ФП має на меті зменшення симптоматики та попередження важких ускладнень, асоційованих з ФП. Ці терапевтичні завдання повинні виконуватися паралельно, особливо при початковій маніфестації (вперше виявленої ФП). Профілактика пов'язаних з ФП ускладнень проводиться за допомогою антитромботичної терапії, контролю ЧШС та належного лікування супутніх серцевих захворювань. Ці методи лікування вже самі по собі можуть зменшувати симптоматику, але іноді для полегшення симптомів необхідно застосовувати додаткові методи лікування, що забезпечують контроль серцевого ритму, таких як кардіоверсія, прийом антиаритмічних препаратів (ААП) або абляція (*рисунк 1*).

Необхідні дії

Каскадна стратегія ведення пацієнтів з ФП – див. Розділ 4, п. 4.3.

Стратегія антитромботичної терапії

ФП – часта причина інсультів і тромбоемболії. Ризик смерті, інвалідність, рецидиви інсульту частіше виникають при інсультах на тлі ФП, ніж при інсультах іншої етіології. Тактика ведення пацієнтів з ФП

має бути спрямована на оцінку ризику інсульту і використання відповідних засобів тромбопрофілактики.

3.1.3. Лікування

Положення протоколу

Алгоритм стратегія профілактики тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з ФП – див. Розділ 4, п. 4.4.

Пацієнти повинні отримувати комплексну терапію:

1. Антикоагулянтна терапія показана всім пацієнтам з ФП ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-Vasc} \geq 1$) невизначено довго.

2. Надавати перевагу НПАК ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-Vasc} \geq 1$).

3. Цільові рівні МНВ при застосуванні непрямих антикоагулянтів:
– Вік ≥ 60 років, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця (ІХС) – МНВ 2,0–3,0, цільовий рівень 2,5;

– Вік ≥ 75 років, жіноча стать – МНВ 2,0–3,0, цільовий рівень 2,5;

– Хронічна СН і/або фракція викиду $\leq 35\%$ – МНВ 2,0–3,0, цільовий рівень 2,5;

– Тиреотоксикоз – МНВ 2,0–3,0, цільовий рівень 2,5;

– Артеріальна гіпертензія (АГ) – МНВ 2,0–3,0, цільовий рівень 2,5;

– Ревматичний мітральний стеноз – МНВ 2,5–3,5, цільовий рівень 3;

– Протезовані клапани серця – МНВ 2,5–3,5, цільовий рівень 3;

– Тромбоемболії в анамнезі – МНВ 2,5–3,5, цільовий рівень 3;

– Тромбоутворення в порожнинах серця за даними трансторакальної ЕхоКГ та ЧСЕхоКГ – МНВ 2,5–3,5, цільовий рівень 3.

Профілактична антикоагулянтна терапія антагоністом вітаміну К (АВК) (варфарин) або НПАК показана пацієнтам з персистуючою формою ФП (тривалістю понад 48 годин), яким запланована медикаментозна або електрична кардіоверсія протягом трьох тижнів до (якщо у пацієнта при ЧСЕхоКГ не було виявлено тромбів, то цей строк може бути скорочений) і чотирьох тижнів після кардіоверсії. Коли наявні фактори високого ризику тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з постійною формою ФП, показана профілактична антикоагулянтна терапія НПАК або АВК. У пацієнтів з підвищеним ризиком кровотеч ($\text{HAS-BLED} \geq 3$) потрібно надавати перевагу НПАК (апіксабан, ривароксабан, дабігатрану етексилат).

Коли неможливе використання варфарину або НПАК, можливий прийом комбінації клопідогрелю 75 мг та ацетилсаліцилової кислоти (АСК) 75 мг.

3. Для контролю ЧШС при ФП:

– у пацієнтів без додаткового шляху проведення – в/в β-адреноблокатори або недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (верапаміл, дилтіазем);

– при СН – β-адреноблокатори ± дигоксин, аміодарон + дигоксин; β-адреноблокатори + аміодарон;

– у пацієнтів з додатковим шляхом проведення – аміодарон;

– у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ) – дилтіазем, верапаміл, препарати наперстянки, селективні β-адреноблокатори;

1. ААП, показані для відновлення синусового ритму: пропafenон, аміодарон.

2. Фонове лікування після відновлення синусового ритму: інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) / блокатор рецепторів ангіотензину (БРА) / статини, β-адреноблокатори за показаннями.

3. ААП, показані для збереження синусового ритму:

– При ідіопатичній ФП (у пацієнтів без структурних захворювань серця) – дронедазон, пропafenон, етацизин, соталол, при неефективності цих препаратів – аміодарон.

– При ФП у пацієнтів з АГ при відсутності гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) – пропafenон, етацизин, соталол, при відсутності ефекту – аміодарон. При наявності значної гіпертрофії ЛШ – аміодарон.

– При ФП на тлі ІХС – дронедазон, соталол, аміодарон.

– При хронічній СН – аміодарон.

4. Препарати, що застосовуються при постійній формі ФП для контролю ЧШС:

– дигоксин – у пацієнтів з серцевою недостатністю та систолічною дисфункцією ЛШ, а також пацієнтам, які ведуть мало-рухомий (неактивний) спосіб життя (переважно в комбінації з β-адреноблокаторами);

– β-адреноблокатори – при ІХС, АГ, СН (за необхідності, в комбінації з дигоксином);

– недигідропіридинові антагоністи кальцію – при АГ, ІХС, ХОЗЛ, за наявності протипоказань до β-адреноблокаторів;

– соталол, аміодарон – при неефективності вказаних препаратів або при наявності додаткових шляхів проведення.

5. Електрична кардіоверсія.

1) Планова електрична кардіоверсія показана при:

– неефективності медикаментозної терапії у пацієнтів з персистою ФП;

– непереносимості ААП або при ризику, пов'язаному з їх призначенням;

– прогресуванні СН, погіршенні кровопостачання серця, мозку, нижніх кінцівок, що спричинені тахіаритмією;

– наявності даних про те, що лише кардіоверсія була раніше ефективна для відновлення синусового ритму при ФП.

2) Невідкладна електрична кардіоверсія показана:

– при пароксизмі ФП з високою ЧШС на тлі гострого інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії;

– при пароксизмі ФП, який супроводжується симптоматичною гіпотензією, гострою або прогресуючою хронічною СН;

– тяжкому пароксизмі ФП, який не піддається медикаментозному лікуванню.

6. Черезстравохідна електрокардіостимуляція – з метою припинення епізоду ТП (за умови насичення ААП).

7. В амбулаторних умовах введення прокаїнамідів для відновлення синусового ритму протипоказане.

Пацієнтам, які не переносять АСК, замість неї показані тієнопіридинові антитромбоцитарні препарати.

Імплантація кардіостимулятора у відповідному режимі при наявності супутніх порушень АВ провідності та синдрому слабкості синусового вузла.

Катетерне лікування при:

– неефективності медикаментозної терапії в адекватних дозах;

– аритмогенній дії ААП;

– симптомних нападах ФП і ТП;

– поєднанні ФП із синдромом передчасного збудження шлуночків;

– ізольованому ТП.

Пацієнти потребують адекватного лікування супутніх захворювань, АГ, уражень щитовидної залози та цукрового діабету.

Обґрунтування

Невідкладна допомога: контроль частоти серцевих скорочень та серцевого ритму

Невідкладні заходи при пароксизмі ФП спрямовані на забезпечення захисту від тромбоемболічних подій та швидке покращання функції серця. Залежно від важкості спричинених ФП симптомів обирається тактика невідкладного відновлення синусового ритму (у важких пацієнтів із скомпromетованою гемодинамікою) або інтенсивної терапії з контролем ЧСС (у більшості інших пацієнтів).

Контроль частоти серцевих скорочень

Неадекватна ЧШС та нерегулярний серцевий ритм можуть обумовлювати симптоми та важкі гемодинамічні порушення у пацієнтів з ФП. Пацієнти з частою відповіддю шлуночків зазвичай потребують невідкладної терапії з контролем ЧСС. У стабільних пацієнтів такий контроль може бути досягнутий пероральним застосуванням β -адреноблокаторів або недигідропіридинових блокаторів кальцієвих каналів. У важких пацієнтів із скомпromетованою гемодинамікою дуже корисними для швидкого сповільнення проведення імпульсів через АВ вузол можуть бути верапаміл або метопролол у внутрішньовенній формі. У невідкладній клінічній ситуації цільова ЧШС зазвичай становить 80–100 за 1 хвилину. В деяких пацієнтів може застосовуватися аміодарон, особливо у випадку зниженої функції ЛШ. ФП із низькою ЧШС може відповідати на атропін (0,5–2 мг в/в), але багато пацієнтів із симптомною брадиаритмією можуть потребувати кардіоверсії або імплантації тимчасового водія ритму з електродом у правому шлуночку.

Після невідкладного початку терапії з контролем ЧСС завжди необхідно передбачити стратегію подальшого контролю ЧСС.

Медикаментозна кардіоверсія

Багато епізодів ФП завершуються спонтанно в перші години або дні після свого початку. За наявності медичних показань (наприклад, у важких пацієнтів із скомпromетованою гемодинамікою) у пацієнтів, які залишаються симптомними, незважаючи на адекватний контроль ЧСС, або у пацієнтів, для яких показана терапія з контролем серцево-

го ритму, може бути здійснена медикаментозна кардіоверсія ФП за допомогою болюсного введення ААП.

Частота успішних конверсій ритму при застосуванні ААП є нижчою, ніж на фоні ЕТ, але в цьому випадку не потрібне седування пацієнта або застосування наркозу; надалі це може сприяти вибору стратегії лікування ААП для попередження рецидиву ФП. Більшість пацієнтів, яким виконується медикаментозна кардіоверсія, потребують постійного медичного нагляду та ЕКГ-моніторингу під час інфузії препарату та протягом певного періоду часу після її завершення (зазвичай протягом терміну, який відповідає приблизно половині періоду напіввведення цього препарату) для виявлення проаритмічних подій, таких як шлуночкова проаритмія, відмова синусового вузла або АВ блокада. В деяких амбулаторних пацієнтів може бути прийнятною повторна пероральна фармакологічна кардіоверсія (підхід «таблетка в кишені» [pill-in-the-pocket]), оскільки раніше була показана безпечність такого втручання. Для проведення фармакологічної кардіоверсії можуть бути використані декілька препаратів (*таблиця 1, розділ 4*).

У кількох плацебо-контрольованих рандомізованих дослідженнях була показана ефективність пропafenону для відновлення синусового ритму при пароксизмі ФП. Через кілька годин після в/в введення препарату (2 мг/кг протягом 10–20 хв) очікувана частота кардіоверсії становила від 41 до 91 %. Відповідна частота успішних конверсій у пацієнтів, які отримували плацебо, становила 10–29 %. Водночас, пропafenон виявляв лише обмежену ефективність щодо конверсії персистуючої ФП та ТП. Слід уникати призначення пропafenону пацієнтам із серцевими захворюваннями, при яких спостерігається порушення функції ЛШ та ішемія міокарда. Крім того, беручи до уваги слабкі β-блокуючі властивості пропafenону, слід уникати його призначення при важких обструктивних захворюваннях легень. Час від введення препарату до конверсії коливається від 30 хв до 2 год. Пропafenон також ефективний при пероральному застосуванні (конверсія відбувається за період часу від 2 до 6 год).

При застосуванні аміодарону кардіоверсія відбувається кількома годинами пізніше, аніж при застосуванні пропafenону. Частота виконання успішних кардіоверсій за період 24 год у пацієнтів, які отримували плацебо, становила приблизно 40–60 %, у той час як після

застосування аміодарону вона зростала до 80–90 %. Аміодарон не дає можливості виконати кардіоверсію у короткі або середні строки. Але через 24 год цей препарат продемонстрував кращу ефективність порівняно з контролем за результатами деяких, хоча і не всіх, рандомізованих досліджень.

Інші препарати

В одному дослідженні, де порівнювалася ефективність плацебо та двох різних доз соталолу, частота успішних конверсій становила 14 % (2/14 пацієнтів), 11 % (2/11 пацієнтів) та 13 % (2/16 пацієнтів). Ця різниця між групами не була статистично значущою.

В одному дослідженні, в якому взяли участь 79 пацієнтів з ФП (без групи контролю), після в/в введення β -адреноблокатора (метопрололу) конверсія до синусового ритму відбулася у 13 %. Не було опубліковано яких-небудь значущих даних щодо такого ефекту для атенололу, карведилолу, біспрололу, пропранололу або есмололу.

До цього часу не було опубліковано результатів жодного рандомізованого контрольованого дослідження з достатньою кількістю учасників, в якому порівнювалися б верапаміл та плацебо. У дослідженнях, в яких верапаміл порівнювався з флекаїнідом, есмололом або пропафеноном, конверсія до синусового ритму відбулася у 6, 12 та 14 % відповідно з 17, 24 та 29 пацієнтів, які отримали верапаміл.

Дигоксин не ефективний для припинення ФП. В одному дослідженні, де взяли участь 239 пацієнтів з ФП, епізод якої тривав < 7 діб, частота успішних конверсій за 16 год становила 46 % у групі плацебо та 51 % серед пацієнтів, які отримували дигоксин; у двох інших дослідженнях, де взяли участь 40 та 82 пацієнти, частота успішних конверсій після застосування плацебо та дигоксину становила 40 % проти 47 % і 14 % проти 32 % відповідно.

Таким чином, існують достатньо чіткі підтвердження того, що дигоксин не є ефективним для відновлення синусового ритму. Хоча отримані для верапамілу доказові дані менш переконливі, вони свідчать про незначну ефективність препарату щодо відновлення ритму. В одному дослідженні була показана відсутність ефективності соталолу. Метопролол не виявляв ефективності у жодному з досліджень і

не було отримано яких-небудь доказових даних з цього питання для інших β -адреноблокаторів.

Підхід «таблетка в кишені» [pill-in-the-pocket]

У стаціонарних умовах пероральне застосування пропafenону дозволяло виконати кардіоверсію у 55 з 119 (45 %) пацієнтів протягом 3 год після прийому препарату порівняно з 22 зі 121 (18 %) пацієнтами з групи плацебо. У менших дослідженнях подібний ефект було продемонстровано як для пропafenону, так і для флекаїніду.

За результатами одного дослідження із середньою кількістю учасників, пероральні препарати пропafenону (450–600 мг) або флекаїніду (200–300 мг) пацієнт може приймати безпечно (1/569 епізод конверсії до ТП зі швидким проведенням імпульсу) та ефективно (94 %, 534/569 епізоди конверсії до синусового ритму) в амбулаторних умовах.

Цей підхід може використовуватися в деяких пацієнтів з вираженою симптоматикою та нечастими (наприклад, від одного разу на місяць до одного разу на рік) епізодами ФП. Для запровадження підходу «таблетка в кишені» [pill-in-the-pocket] необхідно проводити скринінг серед пацієнтів щодо показань і протипоказань та перевірити ефективність та безпечність цієї стратегії перорального лікування в стаціонарних умовах. Пацієнтів слід інструктувати як приймати пропafenон при появі симптомів ФП.

Кардіоверсія постійним струмом

Кардіоверсія постійним струмом (КПС) є ефективним методом конверсії ФП до синусового ритму.

Процедура

За винятком випадків, коли за 3 тижні до процедури пацієнту була проведена адекватна і задокументована антикоагулянтна терапія або коли епізод ФП розпочався < 48 год тому, слід виконати трансезофагеальну ЕхоКГ (ТЕ-ЕхоКГ) для виключення наявності тромбу у передсерді (рисунки 5). У випадку виникнення асистолії або брадикардії може знадобитися катетер з електродами водія ритму або зовнішній водій ритму.

Успішна КПС, як правило, визначається припиненням ФП, що документується при наявності двох або більше послідовних зубців Р після електричного розряду. Доказові дані свідчать на користь використання зовнішніх біфазних дефібриляторів, враховуючи те, що вони вимагають застосування менш сильних електричних імпульсів та мають більшу ефективність порівняно з монофазними дефібриляторами. У дослідженнях було продемонстровано статистично значуще зростання частоти успішної конверсії після першого електричного розряду при КПС у пацієнтів з ФП при застосуванні біфазних імпульсів.

На сьогоднішній день зазвичай застосовуються дві традиційні схеми розміщення електродів. У кількох дослідженнях було показано, що передньо-заднє розміщення електродів є більш ефективним, ніж передньо-бічне. Якщо перший електричний розряд не успішний щодо припинення аритмії, слід змінити розміщення електродів і повторити спробу кардіоверсії.

КПС може проводитися амбулаторно у пацієнтів, у яких стабільна гемодинаміка та відсутні важкі захворювання серця. Після процедури необхідне моніторування ЕКГ та гемодинамічних показників протягом принаймні 3 год, перш ніж пацієнту буде дозволено залишити клініку.

Внутрішня кардіоверсія може бути корисною у деяких особливих клінічних ситуаціях, наприклад, коли пацієнту проводиться інвазивне втручання і катетери для проведення кардіоверсії можуть бути введені без виконання додаткових судинних доступів, але такий метод практично не застосовується з метою кардіоверсії, за винятком випадків, коли наявні імплантовані дефібрилятори.

Ускладнення

Ризики та ускладнення кардіоверсії асоційовані головним чином з тромбоемболічними подіями, післякардіоверсійними аритміями та ризиками, обумовленими загальним знеболюванням. Процедура асоційована з ризиком тромбоемболічних ускладнень на рівні 1–2 %, який може бути зменшений за допомогою належної антикоагулянтної терапії протягом кількох тижнів перед кардіоверсією або за допомогою виключення наявності тромбу у ЛП перед процедурою. Частим ускладненням є опіки шкіри. У пацієнтів з дисфункцією

синусового вузла, особливо у пацієнтів похилого віку з органічними ураженнями серця, може виникнути пролонгована відмова синусового вузла без адекватного замісного ритму. На тлі гіпокаліємії, інтоксикації препаратами наперстянки або незадовільної синхронізації можуть виникнути небезпечні для життя аритмії, такі як шлуночкова тахікардія та фібриляція шлуночків. Через седацію пацієнт може перенести гіпоксію або гіповентиляцію, але артеріальна гіпотензія і набряк легень зустрічаються рідко.

Кардіоверсія у пацієнтів з імплантованими водіями ритму та дефібриляторами

Пластинка електрода має бути розміщена на відстані не менше 8 см від батареї водія ритму і рекомендоване передньо-заднє розташування пластинок. Перевагу мають біфазні електричні розряди. У пацієнтів, які залежать від роботи імплантованого водія ритму, слід передбачити можливе зростання порогу стимуляції. Цим пацієнтам показане ретельне моніторування. Після кардіоверсії імплантований прилад слід перевірити та оцінити на предмет забезпечення його нормального функціонування.

Рецидиви фібриляції передсердь після кардіоверсії

Рецидиви ФП після КПС можна розділити на три фази:

- 1) Негайні рецидиви, які виникають у перші кілька хвилин після КПС.
- 2) Ранні рецидиви, які виникають у перші 5 днів після КПС.
- 3) Пізні рецидиви, які виникають пізніше.

До факторів, що сприяють рецидивуванню ФП, належать вік, тривалість ФП до проведення кардіоверсії, кількість попередніх рецидивів, збільшені розміри ЛП або погіршена функція ЛП та наявність коронарного атеросклерозу або ураження клапана легеневої артерії чи мітрального клапана. Передсердні ектопічні скорочення з послідовністю «довгий–короткий», більш висока ЧСС та варіації передсердно-го проведення підвищують ризик рецидивування ФП.

Попереднє лікування ААП, такими як аміодарон, соталол та пропafenон, збільшує ймовірність відновлення синусового ритму.

У деяких пацієнтів з вираженою симптоматикою, в яких епізоди ФП розвиваються нечасто (наприклад, один або два рази на

рік), настійно рекомендується надавати перевагу проведенню повторних кардіоверсій як довготривалої стратегії контролю серцевого ритму перед вибором стратегії контролю ЧСС або інших підходів до контролю ритму, які можуть бути незручними для таких пацієнтів.

Найчастіше при вперше виявленій ФП застосовується така тактика:

1. Контроль ЧСС в міру необхідності, найчастіше, за допомогою β -адреноблокаторів та/або дигоксину.
2. Антикоагулянти (варфарин) або дезагреганти (АСК) для профілактики тромбоемболічних ускладнень.
3. Обговорення питання антиаритмічної терапії.
4. Обговорення питання про доцільність відновлення синусового ритму (див. розділ 4, таблиця 7).

Після відновлення синусового ритму на 1 місяць призначається ААП з метою попередження рецидиву ФП (тривала терапія не потрібна) та антикоагулянти або дезагреганти.

Необхідні дії

Алгоритм фармакотерапії фібриляції передсердь, що виникла вперше – див. розділ 4, п. 4.5.

3.1.4. Диспансерне спостереження

Ведення пацієнта на початковому етапі

У пацієнта, в якого є підозрювана або відома ФП, необхідно ретельно вивчити медичний анамнез (таблиця 5). Ведення пацієнта у гострий період ФП повинно бути направленим на полегшення симптомів та оцінки ризику, асоційованого з ФП. Клінічне обстеження має включати визначення класу проявів аритмії за шкалою EHRA, оцінку ризику інсульту та діагностичний пошук станів, які сприяють ФП, та ускладнень аритмії. Необхідно вивчити дані ЕКГ у 12 відведеннях для виявлення ознак органічної патології серця (наприклад, гострого або перенесеного раніше інфаркту міокарда, гіпертрофії ЛШ, блокади ніжки пучка Гіса або шлуночкового передзбудження, ознак кардіоміопатії або ішемії).

3.2. ВТОРИННА (СПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.2.1. Профілактика

Положення протоколу

Спеціаліст, який займається веденням пацієнта з ФП, повинен не тільки оцінити його початковий стан та призначити належне лікування, але також розробити структурований план подальшого спостереження за пацієнтом.

Нижче перераховані важливі фактори, які слід брати до уваги при подальшому спостереженні за пацієнтом з ФП:

- Чи змінився профіль ризику пацієнта (наприклад, у випадку розвитку цукрового діабету або АГ, яких раніше не було), особливо у контексті призначення антикоагулянтної терапії?
- Чи необхідна зараз антикоагулянтна терапія – чи не з'явилися у пацієнта нові фактори ризику або чи не зникла необхідність в антикоагулянтах, наприклад, після кардіоверсії у пацієнта з низьким тромбоемболічним ризиком?
- Чи зменшується симптоматика пацієнта на тлі терапії; якщо ні, то чи слід зважити доцільність іншої стратегії лікування?
- Чи є які-небудь ознаки проаритмії або ризик проаритмії; якщо так, то чи слід зменшити дозу ААП або перейти до іншої стратегії лікування?
- Чи прогресувала пароксизмальна ФП до персистуючої/постійної форми, незважаючи на прийом ААП; у такому випадку чи слід зважити доцільність застосування іншої стратегії лікування?
- Чи ефективний застосований підхід контролю ЧСС; чи досягнутий цільовий рівень ЧСС у стані спокою та при фізичному навантаженні?

Під час візитів з подальшого спостереження слід виконувати ЕКГ у 12 відведеннях для документування ритму та ЧСС та оцінки прогресування захворювання. Для пацієнтів, які приймають ААП, важливо оцінювати потенційні ЕКГ-провісники проаритмії, такі як подовження інтервалів PR, QRS або QT, нестійка шлуночкова тахікардія або паузи (випадіння одного або кількох суміжних шлуночкових комплексів, епізоди асистолії). Якщо у пацієнта спостерігається погіршення симп-

томатики, слід зважити доцільність проведення повторних аналізів крові, тривалої ЕКГ-реєстрації та повторних ЕКГ.

Пацієнт повинен бути повністю інформований про переваги і недоліки різних методів лікування – антикоагулянтної терапії, засобів для контролю ЧСС, протиаритмічних засобів або інтервенційного лікування. Також доречно повідомити пацієнту з «ізолюваною» або ідіопатичною ФП про сприятливий прогноз, якщо буде виключена наявність серцево-судинного захворювання.

Необхідні дії

Рекомендації з діагностики та початкового ведення фібриляції передсердь – див. розділ 4, таблицю 6.

3.2.2. Діагностика

Необхідні дії

Програма діагностики фібриляції (тріпотіння) передсердь

1. Збір скарг та анамнезу.
2. Клінічний огляд.
3. Вимірювання АТ.
4. Лабораторне обстеження:
 - загальний аналіз крові;
 - загальний аналіз сечі;
 - АЛТ;
 - АСТ;
 - білірубін;
 - креатинін;
 - ліпідограма та тригліцериди;
 - глюкоза крові;
 - гормони щитовидної залози і гіпофізу (T_3 , T_4 вільний, тиреотропний гормон);
 - коагулограма та МНВ, АЧТЧ.
5. ЕКГ у 12 відведеннях.
6. ЕхоКГ.
7. Проба з фізичним навантаженням.
8. Добове моніторування ЕКГ або реєстрація випадків.

9. Електрофізіологічне дослідження.
10. ЧСЕхоКГ.
11. Рентгенографія органів грудної клітки.
13. Маркери запального процесу в міокарді.

3.2.3. Лікування

Положення протоколу

Перелік та обсяг обов'язкових медичних послуг

Пацієнти повинні отримувати комплексну терапію:

1. Застосування АСК показане всім хворим протягом невизначено тривалого часу при відсутності показань до прямих антикоагулянтів*.

2. Використання непрямих антикоагулянтів під контролем МНВ (протромбіновий індекс (ПТІ) при неможливості визначення МНВ) при наявності:

– Вік ≥ 60 років, при наявності цукрового діабету, ІХС (МНВ 2,0–3,0, цільова величина 2,5);

– Вік ≥ 75 років, жіноча стать (МНВ 2,0–3,0, цільова величина 2,5);

– Хронічна СН та/або фракція викиду $\leq 35\%$ (МНВ 2,0–3,0, цільова величина 2,5);

– Тиреотоксикоз (МНВ 2,0–3,0, цільова величина 2,5);

– АГ (МНВ 2,0–3,0, цільова величина 2,5);

– Ревматичний мітральний стеноз (МНВ 2,5–3,5, цільова величина 3);

– Протезовані клапани серця (МНВ 2,5–3,5, цільова величина 3);

– Тромбоемболії в анамнезі (МНВ 2,5–3,5, цільова величина 3);

– Тромбоутворення в порожнинах серця за даними трансторакальної ЕхоКГ та ЧСЕхоКГ (МНВ 2,5–3,5, цільова величина 3).

Профілактична антикоагулянтна терапія АВК (варфарин) показана пацієнтам з персистою формою ФП (тривалістю понад 48 год), яким запланована медикаментозна або електрична кардіоверсія, протягом трьох тижнів до кардіоверсії і чотирьох після неї. При наявності факторів високого ризику тромбоемболічних ускладнень у

* Думка експертів: згідно з рекомендаціями Європейського товариства кардіологів щодо ведення хворих з ФП (2016) та засідання Ради експертів робочої групи Асоціації кардіологів України та Асоціації аритмологів України. Використання АСК у монотерапії недоцільно. Використання антитромбоцитарної терапії при $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-Vasc} = 0$ недоцільно.

пацієнтів з постійною формою ФП показана профілактична антикоагулянтна терапія АВК. У пацієнтів з підвищеним ризиком кровотечі, але при відсутності протипоказань для проведення антикоагулянтної терапії (з цільовими показниками МНВ 2,0–3,0) цільове значення МНВ повинно відповідати інтервалу 1,6–2,5.

Оцінку МНВ необхідно проводити щотижня з початку пероральної антикоагулянтної терапії та щомісяця після досягнення необхідного рівня МНВ.

Обов'язковий 3-тижневий період застосування пероральних антикоагулянтів (ПАК) перед процедурою кардіоверсії може бути скорочений, якщо при ТЕ-ЕхоКГ не виявлені тромби в ЛП або вушці ЛП. ТЕ-ЕхоКГ може не лише виявити тромби у вушці ЛП або будь-де в іншій ділянці порожнини ЛП, але також й ідентифікувати спонтанний ехоконтраст або ускладнену аортальну атеросклеротичну бляшку. Стратегія кардіоверсії під контролем ТЕ-ЕхоКГ рекомендована як альтернатива кардіоверсії з попередньою 3-тижневою антикоагулянтною терапією, якщо є досвідчений персонал та належне устаткування, а також при необхідності раннього проведення кардіоверсії за умови, якщо попередня терапія ПАК не може бути використана через відмову пацієнта приймати таке лікування або через високий ризик геморагічних ускладнень, або при наявності високого ризику утворення тромбу в ЛП / вушці ЛП.

Якщо при ТЕ-ЕхоКГ тромб у ЛП не виявляється, перед процедурою кардіоверсії необхідно розпочати введення нефракціонованого гепарину або низькомолекулярного гепарину і продовжувати введення цього препарату до того часу, поки ПАК не дозволить досягнути цільового рівня МНВ. Як альтернатива при проведенні кардіоверсії можливе використання НПАК (ривароксабану, дабігатрану етексилату тощо).

Якщо при ТЕ-ЕхоКГ виявляється тромб у ЛП або у вушці ЛП, показаний принаймні 3-тижневий прийом АВК (МНВ 2,0–3,0) або НПАК, після чого виконується повторна ТЕ-ЕхоКГ. Якщо при цьому підтверджується зникнення тромбу, можна виконати кардіоверсію, після якої пожиттєво призначається ПАК. Якщо тромб все ще залишається, стратегія контролю серцевого ритму може бути змінена на стратегію

контролю ЧСС, особливо якщо симптоми ФП контролюються, оскільки у таких пацієнтів відзначається високий ризик тромбоемболічних ускладнень у випадку проведення кардіоверсії. Про високий ризик тромбоемболій свідчить наявність феномену спонтанного контрастування 3+–4+ за даними ТЕ-ЕхоКГ.

3. Для контролю ЧШС при ФП:

– у пацієнтів без додаткового шляху проведення – в/в β -адреноблокатори та недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (верапаміл, дилтіазем);

– при СН – в/в β -адреноблокатори + дигоксин, аміодарон + дигоксин;

– у пацієнтів з додатковим шляхом проведення – пропафенон, аміодарон;

– у пацієнтів з ХОЗЛ – дилтіазем, верапаміл, препарати наперстянки, селективні β -адреноблокатори.

4. ААП, показані для відновлення синусового ритму: пропафенон, аміодарон.

5. ААП, показані для збереження синусового ритму:

– При ідіопатичній ФП (у пацієнтів без структурних захворювань серця) – профілактика ремоделювання, ІАПФ/БРА/статини, β -блокатори за показаннями, дронедазон, пропафенон, етацизин, соталол, при неефективності цих препаратів – аміодарон.

– При ФП у пацієнтів з АГ при відсутності гіпертрофії ЛШ – пропафенон, етацизин, соталол, при відсутності ефекту – аміодарон. При наявності значної гіпертрофії ЛШ – аміодарон.

– При ФП на тлі ІХС – соталол, аміодарон.

– При хронічній СН – аміодарон.

6. Препарати, що застосовуються при постійній формі ФП для контролю ЧШС:

– дигоксин – у пацієнтів із СН та дисфункцією ЛШ, а також у пацієнтів, які ведуть малорухомий (неактивний) спосіб життя (в комбінації з β -адреноблокаторами);

– β -адреноблокатори – при ІХС, АГ, СН (в комбінації з дигоксином);

– недигідропіридинові антагоністи кальцію – при АГ, ІХС, ХОЗЛ;

– соталол, аміодарон – при неефективності препаратів або при наявності додаткових шляхів проведення.

7. Електрична кардіоверсія:

Планова електрична кардіоверсія показана при:

- неефективності медикаментозної терапії;
- непереносимості ААП або при ризику, пов'язаному з їх призначенням;

- прогресуванні СН, погіршенні кровопостачання серця, мозку, нижніх кінцівок, пов'язаному з тахіаритмією;

- наявності даних про те, що лише кардіоверсія була раніше ефективна для відновлення синусового ритму при ФП.

2) Невідкладна електрична кардіоверсія показана:

- при пароксизмі ФП, з високою ЧШС, на тлі гострого інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії;

- при пароксизмі ФП, який супроводжується симптоматичною гіпотензією, гострою або прогресуючою хронічною СН;

- при тяжкому пароксизмі ФП, який не піддається медикаментозному лікуванню.

8. Черезстравохідна електрокардіостимуляція при ТП з метою його купірування (за умовами насичення ААП).

9. В амбулаторних умовах введення прокаїнаміду для відновлення синусового ритму протипоказане.

Перелік додаткових медичних послуг

1. Пацієнтам, які не переносять АСК, замість неї показані тієнопіридинові антитромбоцитарні препарати.

2. Імплантація кардіостимулятора у відповідному режимі при наявності супутніх порушень АВ провідності та синдрому слабкості синусового вузла.

3. Катетерне лікування при:

- неефективності медикаментозної терапії, що проводиться в адекватних дозах;

- аритмогенній дії ААП;

- нападах ФП і ТП з погіршенням гемодинаміки;

- поєднанні ФП із синдромом передчасного збудження шлуночків;

- ізольованому ТП.

4. Пацієнти потребують адекватного лікування супутніх захворювань, АГ, уражень щитовидної залози та цукрового діабету.

Обґрунтування

Завдання стаціонарного етапу:

1. Лікування ускладнень, пов'язаних з тахіаритмією (зменшення ознак СН та ішемії міокарда, якщо такі були).
2. Вирішення питання про доцільність відновлення синусового ритму для кожного пацієнта індивідуально.
3. Підбір адекватної (можливо комбінованої) антиаритмічної терапії для утримання синусового ритму (*див. розділ 4, таблиця 7*).
4. Підготовка пацієнта до планової електричної кардіоверсії.

Необхідні дії

Тривалий контроль частоти шлуночкових скорочень

Нерегулярний ритм та висока ЧШС при ФП можуть викликати різні симптоми, такі як відчуття посиленого серцебиття, задишка, підвищена втомлюваність та запаморочення. Адекватний контроль ЧШС може зменшити цю симптоматику та покращити гемодинаміку, забезпечуючи достатньо часу для наповнення шлуночків та попереджуючи розвиток тахікардіоміопатії.

Інтенсивність контролю частоти серцевих скорочень

Рівень контролю ЧСС, який є оптимальним щодо захворюваності, смертності, якості життя та симптоматики, наразі невідомий. У попередніх настановах рекомендувався жорсткий контроль ЧСС, який має на меті забезпечити ЧСС на рівні 60–80 за 1 хв у стані спокою та 90–115 за 1 хв під час помірною фізичного навантаження, що ґрунтувалося на типі терапії, яка застосовувалася у дослідженні AFFIRM.

Фармакологічний контроль частоти серцевих скорочень

Лікарські засоби, що використовуються для фармакологічного контролю частоти серцевих скорочень

Головними факторами, які визначають ЧШС при ФП, є характер проведення імпульсу, рефрактерність АВ вузла та тонус симпатичної і парасимпатичної нервової системи. Часто використовуються такі лікарські засоби, як β -адреноблокатори, недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів і препарати наперстянки. Може виявитися необхідним застосування комбінацій різних препаратів. Аміодарон

може бути корисним для деяких пацієнтів, у яких ЧСС рефрактерна до інших лікарських засобів. У пацієнтів із СН може мати переваги застосування комбінації β -блокатора та препарату наперстянки.

До лікарських засобів, які дозволяють контролювати ЧСС, належать такі:

1. Бета-адrenoлокатори можуть бути особливо корисними на тлі високого адренергічного тону або при симптоматичній ішемії міокарда, що розвивається при ФП. У кількох дослідженнях, в яких β -блокатори порівнювалися із плацебо та дигоксином, було показано ефективність та безпечність тривалого лікування цими препаратами. У дослідженні AFFIRM β -адреноблокатори широко застосовувалися з метою жорсткого контролю ЧСС. Дози β -адреноблокаторів, які застосовуються найчастіше, наведені у *таблицях 8, 9*.

2. Недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів (верапаміл та дилтіазем) ефективні для контролю ЧСС при ФП як у гострий період, так і для тривалої терапії ФП. Цих лікарських засобів слід уникати у пацієнтів із систолічною СН з огляду на їх негативний інотропний ефект.

3. Дигоксин ефективний для контролю ЧСС у стані спокою, але не під час фізичного навантаження. У комбінації з β -адреноблокатором він може бути ефективним у пацієнтів як із СН, так і без неї. Дигоксин може викликати (небезпечні для життя) побічні ефекти, і тому повинен призначатися з обережністю. При застосуванні цього препарату можуть спостерігатися лікарські взаємодії з іншими засобами.

4. Аміодарон є ефективним лікарським засобом для контролю ЧСС. Внутрішньовенне застосування аміодарону ефективно та добре переноситься пацієнтами з порушеннями гемодинаміки. Аміодарон також може призначатися для тривалого лікування ФП, коли звичайні підходи виявляються неефективними, але він може викликати важкі екстракардіальні побічні ефекти, такі як дисфункція щитоподібної залози та брадикардія. Аміодарон, який зазвичай призначається для контролю серцевого ритму, може при цьому ненавмисно продовжувати використовуватися і для контролю ЧСС при прогресуванні захворювання до постійної ФП. У такій клінічній ситуації аміодарон слід відмінити, за винятком випадків, коли більш безпечні лікарські засоби не можуть бути призначені.

Інші ААП I класу неефективні для контролю ЧСС. Соталол не повинен використовуватися для контролю ЧСС як монотерапія, хоча його додаткові ефекти щодо контролю ЧСС можуть бути корисними, якщо він використовується, в першу чергу, для контролю ритму.

Як здійснювати контроль частоти серцевих скорочень

Результати, отримані у дослідженні RACE II, та раніше зроблені спостереження за даними нерандомізованих досліджень свідчать про те, що спочатку слід використовувати гнучкий контроль ЧСС, спрямований на утримання ЧСС на рівні < 110 за 1 хв у стані спокою. Дози лікарських засобів, які використовуються для контролю ЧСС, можуть збільшуватися, і ці препарати можуть комбінуватися один з одним, поки цей цільовий рівень не буде досягнутий. Якщо при цьому пацієнт продовжує залишатися симптомним, особливо якщо скарги пов'язані із надмірною ЧСС або нерегулярністю серцевого ритму, необхідно орієнтуватися на більш жорсткі цільові рівні ЧСС. ЧШС має зменшуватися, поки не зникнуть симптоми або поки симптоми не стануть такими, що легко переносяться, або поки не стане зрозумілим, що симптоми обумовлені супутнім захворюванням, а не ЧСС чи серцевим ритмом. Якщо застосовується стратегія жорсткого контролю ЧСС (цільова ЧСС < 80 за 1 хв у стані спокою та < 110 за 1 хв при помірному фізичному навантаженні), слід виконати 24-годинне холтерівське моніторування для оцінки наявності пауз (випадіння одного або кількох суміжних шлуночкових комплексів, епізодів асистолії) та брадикардії. Якщо симптоми пов'язані із фізичним навантаженням, необхідно виконати дослідження з навантажувальними пробами (рисунки 3). Вибір лікарських засобів для контролю ЧСС залежить від віку пацієнта, наявності серцевого захворювання та цілей лікування (рисунки 4). У пацієнтів, які залишаються симптомними при застосуванні стратегії жорсткого контролю ЧСС, може бути розглянута доцільність застосування терапії, орієнтованої на контроль серцевого ритму.

Тривалий контроль серцевого ритму

Протиаритмічні лікарські засоби, які використовуються для підтримання синусового ритму

Головною метою терапії, спрямованої на контроль серцевого ритму, є покращення симптомів, обумовлених ФП. Навпаки, асимп-

томні пацієнти (або ті, які стають асимптомними при адекватному контролі ЧСС) зазвичай не повинні отримувати ААП.

Нижче наведені принципи лікування ААП з метою підтримання синусового ритму при ФП:

1) Лікування обумовлене спробою полегшити пов'язані з ФП симптоми.

2) Ефективність ААП у підтриманні синусового ритму є невеликою.

3) Клінічно ефективна терапія ААП може зменшити ймовірність рецидивів ФП, але не усунути їх зовсім.

4) Якщо один ААП виявляється неефективним, клінічно прийнятна відповідь може бути отримана при застосуванні іншого препарату.

5) Часто зустрічаються індукована лікарськими препаратами проаритмія або екстракардіальні побічні ефекти застосування таких препаратів.

6) При виборі ААП слід орієнтуватися у першу чергу на його безпечність, аніж на ефективність.

Деякі лікарські препарати обговорюються нижче, їхні основні недоліки наведені у *таблиці 10*.

Вибір антиаритмічних препаратів

Стратегію протиаритмічної терапії рецидивуючої ФП рекомендується розробляти на основі вибору безпечнішого, хоча, можливо, і менш ефективного лікарського засобу, відмовляючись від більш ефективного, але менш безпечного лікування. ФП, яка розвивається у пацієнтів без серцево-судинного захворювання або з невираженим ураженням серця, може лікуватися за допомогою майже будь-якого ААП, схваленого для терапії ФП. Більшість пацієнтів з ФП будуть спочатку отримувати β -адреноблокатори для контролю ЧСС. Амідарон є резервним препаратом для тих пацієнтів, у яких лікування іншими ААП виявилось неуспішним або які мають виражене органічне ураження серця.

Пацієнти із ФП та мінімальною або відсутньою патологією серця (ізолювана ФП). У пацієнтів з мінімальною або відсутньою патологією серця призначення β -адреноблокаторів є логічною першою спробою профілактики рецидивів ФП, коли аритмія чітко пов'язана з психічним або фізичним перенапруженням (адренергічна ФП).

Оскільки β -адреноблокатори не дуже ефективні у багатьох інших пацієнтів з «ізольованою ФП», зазвичай призначаються пропафенон, соталол або дронедазон (*рисунок 5*).

Пацієнти із захворюваннями серця. Серцево-судинне захворювання традиційно включає в себе різноманітні патофізіологічні субстрати: гіпертрофію, ішемію та застійну СН (*рисунок 6*). При кожному з цих уражень рекомендується уникати певних лікарських засобів. У дослідженнях за участю пацієнтів з ФП або іншими аритміями було показано значну токсичність флекаїніду та пропафенону, яка була визначена як наслідок проаритмічного та/або негативного інотропного ефектів цих препаратів. Відомо, що соталол подовжує інтервал QT та сприяє виникненню torsades de pointes у вразливих пацієнтів, до яких, ймовірно, належать особи з вираженою гіпертрофією ЛШ та СН. Дослідження за участю пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, показали, що соталол може відносно безпечно застосовуватися у пацієнтів з коронарним атеросклерозом. Для більшості пацієнтів із значущими органічними захворюваннями серця, особливо із СН та гіпертрофією ЛШ, в Україні доступний лише аміодарон. Починають з'являтися дані про те, що аміодарон може не бути безпечним для довготривалого застосування у пацієнтів із СН III функціонального класу (ФК) за NYHA.

3.2.4. Госпіталізація

Положення протоколу

Госпіталізація проводиться при необхідності відновлення синусового ритму при персистуючій формі аритмії за неефективності амбулаторного лікування рутинними заходами та/або при порушеннях гемодинаміки, або для планової ЕІТ, а також при відсутності ефекту від антиаритмічної терапії.

Обґрунтування

Якщо медикаментозно в стаціонарі не вдалося відновити синусовий ритм, але є обставини на користь проведення планової електричної кардіоверсії, то:

1. Пацієнт виписується з клініки з подальшим наглядом лікаря-терапевта дільничного та/або лікаря-кардіолога.

2. Триває лікування основного захворювання і призначається ААП для контролю за ЧШС.

3. Триває розпочате в стаціонарі лікування варфарином протягом 3–4 тижнів (МНВ у межах 2,0–3,0) або НПАК до проведення кардіоверсії і 4 тижні після її проведення.

4. Перед проведенням планової електричної кардіоверсії або ЕІТ обов'язкове ЧСЕхоКГ дослідження.

Що робити, якщо пацієнт прийшов до терапевта і давність ФП невідома?

1. Якщо існують обставини на користь відновлення синусового ритму, то планувати проведення планової електричної кардіоверсії.

2. Обов'язкове проведення ЧСЕхоКГ дослідження.

3. Призначається ААП для контролю за ЧШС і лікується основне захворювання (цільові рівні АТ, стабілізація ФК стенокардії або хронічної СН тощо).

4. Призначається варфарин протягом 3–4 тижнів (МНВ у межах 2,0–3,0) до проведення кардіоверсії або НПАК і 4 тижні після її проведення.

Коли можна проводити електричну кардіоверсію (ЕІТ), якщо ФП триває більше 48 годин?

1. За умови відсутності тромбів за даними ЧСЕхоКГ.

2. У разі екстреної кардіоверсії (нестабільна гемодинаміка).

3. Болюсно вводиться гепарин у дозі 5–10 тис. ОД з подальшим його введенням у дозі, необхідній для подовження АЧТЧ (АПТВ) в 1,5–2 рази від контрольних значень (у нормі 25–42 с).

4. Після відновлення ритму на 3–4 тижні призначають варфарин (МНВ 2,0–3,0) або НПАК.

Коли можна проводити електричну кардіоверсію (ЕІТ) без ЧСЕхоКГ?

1. Якщо ФП триває менше 48 годин і немає факторів ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень.

2. В/в болюсно вводиться гепарин у дозі 5–10 тис. ОД з подальшим його введенням у дозі, необхідній для подовження АЧТЧ (або АПТВ) в 1,5–2 рази від контрольних значень (у нормі від 25–42 с).

3. Після відновлення ритму на 3–4 тижні призначають варфарин (МНВ 2,0–3,0) або НПАК.

Рекомендації щодо антитромботичної терапії при ТП та ІХС:

1. Антитромботична терапія при ТП, як правило, така ж, як при ФП.
2. Вибір антитромботичного препарату за одними і тими ж критеріями незалежно від типу ТП.

3. Лікувати пацієнтів з ІХС непрямыми антикоагулянтами на основі тих самих критеріїв, що використовуються в пацієнтів без ІХС.

Досить часто запитують, як бути з пацієнтом, який має постійну ФП і якому планується хірургічне втручання з приводу ІХС.

Проведення операцій на коронарних артеріях у пацієнтів на ІХС та ФП:

1. Спеціальних клінічних досліджень цих пацієнтів не проводилося!
2. При черешкірних втручаннях на коронарних артеріях зазвичай доводиться переривати антикоагулянтну терапію або знижувати її інтенсивність.
3. Скасувати варфарин за 1 тиждень до операції.
4. Після операції на коронарних артеріях призначається клопідогрель, що забезпечує прохідність коронарних артерій.
5. Приєднання АСК до варфарину підвищує ризик більшою мірою, ніж має користь.
6. При збереженні ФП лікування варфарином слід відновити якомога швидше.
7. Використовується клопідогрель 75 мг/добу + варфарин (МНВ 2,0–3,0) терміном 9–12 місяців.
8. У подальшому може бути продовжена монотерапія варфарином.

Необхідні дії

Див. алгоритм дії на догоспітальному етапі при пароксизмальній формі ФП тривалістю менше 48 годин – див. Розділ 4, п. 4.1.

Алгоритм дії на догоспітальному етапі при пароксизмальній формі ФП тривалістю більше 48 годин – див. Розділ 4, п. 4.2.

3.2.5. Виписка

Положення протоколу

ЧШС вважається контрольованою, коли вона варіює між 60 і 80 ударами за 1 хв в стані спокою і 90–110 за 1 хв – при помірному фізичному навантаженні.

Якщо в пацієнта відновився синусовий ритм або він госпіталізований до стаціонару з таким, то при виборі ААП рекомендується діяти згідно з такими алгоритмами, оскільки пацієнти з ФП і відновленим синусовим ритмом можуть бути віднесені до тієї чи іншої групи.

Обґрунтування

Алгоритм дій для вибору стратегії профілактичної антиаритмічної терапії при ФП:

Група I: Пацієнти з першим або вперше виявленим пароксизмом ФП.

А. У пацієнта відбулося спонтанне відновлення синусового ритму.

Б. Пароксизм ФП купіровані за допомогою фармакологічної або електричної кардіоверсії.

Коментар: ймовірність рецидиву ФП не відома, тривала антиаритмічна терапія не виправдана.

- Таким пацієнтам на 1 місяць призначається ААП з метою утримання синусового ритму.

- На 1 місяць призначається антитромботичний препарат, за умови відсутності ризик-факторів тромбоемболії, про які буде наведено нижче. Якщо ризик тромбоемболічних ускладнень високий або середній, то застосування непрямих антикоагулянтів довічно.

Група II: Пацієнти з рецидивуючими пароксизмами ФП (без попередньої антиаритмічної терапії).

А. Пацієнти з безсимптомними пароксизмами ФП (за результатами холтерівського моніторингу ЕКГ).

Коментар: роль антиаритмічної терапії в профілактиці рецидивів пароксизмів ФП/ТП достовірно не визначена, але рекомендується постійний прийом антитромботичної терапії.

Б. Пацієнти з епізодами ФП, що супроводжується клінічною симптоматикою, але рідше 1 разу на 3 місяці.

Коментар: купірування нападу ФП або контроль ЧШС (*таблиця 7*).

С. Пацієнти з нападами ФП і клінічною симптоматикою, але частіше 1 разу на 3 місяці.

Коментар: виправдано тривале призначення антиаритмічної терапії для профілактики пароксизмів ФП, антикоагулянти або розглядається хірургічне лікування.

Група III: Пацієнти з рецидивуючими пароксизмами ФП і неефективною антиаритмічною терапією.

А. Пацієнти з безсимптомними пароксизмами ФП.

Коментар: спроба підбору більш ефективних ААП? (клінічні дослідження проводяться), антикоагулянти, можливе хірургічне лікування.

Б. Пацієнти з пароксизмами і клінічною симптоматикою під час ФП, але рідше 1 разу на 3 місяці.

Коментар: спроба підбору ААП, антитромботична терапія, доцільне хірургічне лікування.

С. Пацієнти з пароксизмами ФП частіше 1 разу на 3 місяці, що супроводжуються клінічною симптоматикою.

Коментар: необхідне хірургічне лікування, антитромботична терапія. При неможливості хірургічного лікування – контроль ЧШС.

Якими препаратами найкраще утримувати синусовий ритм?

Метааналіз 35 рандомізованих досліджень з використанням восьми ААП показав, що найбільшу ефективність для профілактики пароксизмів ФП мають аміодарон, соталол і пропafenон. При тривалому призначенні зазначених лікарських засобів слід пам'ятати про побічні ефекти (особливо при терапії аміодароном) і разом з регулярним ЕКГ-моніторингом контролювати стан органів-мішеней.

Необхідні дії

При виборі препарату необхідно враховувати основне захворювання, яке стало причиною ФП, а також його перебіг і ускладнення,

пов'язані з ним (інтервал QT до призначення ААП, порушення внутрішньошлуночкової провідності, ФК хронічної СН тощо).

1. Якщо ФП виникла у пацієнтів без патології серця або з його мінімальними структурними змінами (наприклад, пролапс мітрального клапана, вегетативно-дизоваріальна кардіоміопатія тощо), то профілактичну антиаритмічну терапію слід починати з ААП 1С класу пропафенон.

2. Якщо ААП не запобігає рецидивам ФП або його використання супроводжується побічними ефектами, потрібно переходити до призначення аміодарону або комбінованої антиаритмічної терапії, або обговорювати питання хірургічного лікування тахіаритмії.

3. Лікування ФП і ТП у пацієнтів з ІХС та застійною СН, як правило, обмежується використанням аміодарону.

4. АГ, що призводить до гіпертрофії міокарда ЛШ, збільшує ризик розвитку поліморфної шлуночкової тахікардії *torsade de pointes*. У зв'язку з цим для попередження рецидивів ФП віддається перевага ААП 1С класу, наприклад, пропафенону, який істотно не впливає на тривалість реполяризації та інтервал QT.

5. Алгоритм фармакотерапії при ФП і АГ такий: 1) якщо гіпертрофія міокарда ЛШ $> 1,4$ см, то слід використовувати аміодарон; 2) якщо гіпертрофія міокарда ЛШ немає або вона менше $1,4$ см, то починати лікування з пропафенону, а при його неефективності використовувати аміодарон або соталол.

3.2.6. Реабілітація

Положення протоколу

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями пацієнтам, які вживають аміодарон. При наявності частих пароксизмів та пароксизмів з порушенням гемодинаміки пацієнти потребують направлення на Медико-соціальну експертну комісію для визначення можливості продовжувати професійну діяльність.

Пацієнтам з пароксизмальною або персистуючою формами ФП/ТП після відновлення синусового ритму та підбору адекватної протирецидивної терапії, з нападами порушень ритму не частіше 2 разів на місяць, призначають санаторно-курортне лікування.

Обґрунтування

Специфічної реабілітації пацієнти з ФП не потребують.

Необхідні дії

Реабілітація основного захворювання.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Пацієнти повинні отримувати дієту з обмеженням солі до 6 грам на добу, обмежується вживання тваринних жирів та продуктів, які містять холестерин. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі, нормалізується індекс маси тіла.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю, кофеїну.

3.2.7. Диспансерне спостереження**Положення протоколу**

При нападах ФП частіше ніж 1 раз на 3 місяці пацієнти потребують постійного щоденного застосування препаратів.

Пацієнти повинні перебувати на диспансерному спостереженні за місцем проживання.

Обґрунтування

Перед лікарем-терапевтом дільничним та/або лікарем-кардіологом можуть стояти кілька завдань з ведення пацієнтів з ФП на амбулаторному етапі:

1. Перш за все, це лікування основного захворювання, яке стало причиною ФП.

2. Утримання синусового ритму якомога довше.

3. Контроль ЧШС при постійній формі ФП.

4. Активне використання критеріїв обставин у вирішенні питання про відновлення синусового ритму.

5. Дотримання послідовності в рекомендаціях, які були надані в стаціонарі (наприклад, прийняте рішення про відновлення синусового ритму за допомогою планової електричної кардіоверсії).

6. Використовувати алгоритми з тактики і тривалості застосування ААП і можливості хірургічного лікування пацієнтів.

Необхідні дії

Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше ніж 1 раз на рік.

Обов'язковий регулярний контроль МНВ (ПТІ при неможливості визначення МНВ) (щотижня):

Треба підраховувати час у терапевтичному діапазоні (ТТР) під час кожного візиту:

- використовувати валідовані методи вимірювання (наприклад, метод Rosendaal) для комп'ютеризованого підрахунку дозування;
- % вимірювань у терапевтичному діапазоні при ручному підрахунку;
- виключати показники за перші 6 тижнів використання АВК;
- враховувати дані принаймні за 6 місяців.

Оптимальне міжнародне нормалізоване відношення

На сьогоднішній день рівень антикоагуляції при застосуванні АВК оцінюється за допомогою величини МНВ, яка є відношенням дійсного протромбінового часу пацієнта та протромбінового часу стандартизованої контрольної сироватки.

Враховуючи необхідність збалансування ризику інсульту, який зростає із зниженням МНВ, та ризику геморагічних ускладнень, який зростає при підвищенні МНВ, було визначено, що оптимальним діапазоном для профілактики інсульту та системного емболізму у пацієнтів з неклапанною ФП вважається МНВ на рівні 2,0–3,0.

Однією з багатьох проблем, з якою доводиться стикатися при антикоагулянтній терапії за допомогою АВК, є високі міжіндивідуальні та внутрішньоіндивідуальні варіації рівнів МНВ. Крім того, при застосуванні АВК спостерігаються суттєві взаємодії цих препаратів з іншими лікарськими засобами, харчовими продуктами та алкоголем. За даними контрольованих клінічних досліджень, пацієнти можуть утримуватися в межах цільового діапазону МНВ 2,0–3,0 в середньому протягом 60–65 % всього часу лікування, але багато з досліджень з вивчення пацієнтів у «реальних клінічних умовах» показують, що ця цифра може становити < 50 %. Насправді лікування пацієнтів з утриманням МНВ в межах терапевтичного діапазону протягом < 60 % часу може повністю нівелювати всі переваги застосування АВК.

Хоча для пацієнтів похилого віку були запропоновані більш низькі рівні діапазону МНВ (1,8–2,5), цей висновок не отримав доказового обґрунтування ні в одному великому дослідженні. Когортні дослідження продемонстрували 2-кратне зростання ризику інсульту при МНВ 1,5–2,0, тому утримання МНВ на рівні < 2,0 не рекомендується.

На підтримання МНВ у межах цільового діапазону, а також на безпечність та ефективність цього діапазону при терапії АВК можуть впливати фармакогенетичні фактори, зокрема ген цитохрому P450 2C9 (CYP2C9) та субодиниця 1 гену менадіону епоксид-редуктазного комплексу (VKORC1). Генотипи CYP2C9 та VKORC1 можуть впливати на потребу пацієнта у дозі варфарину, у той час як генотипи CYP2C9 варіанту асоційовані з геморагічними ускладненнями. Систематичне генотипування зазвичай не потрібне, оскільки воно навряд чи буде задовольняти належному відношенню «вартість/ефективність» для типових пацієнтів з неклапанною ФП, але це відношення може бути сприятливим у пацієнтів з високим ризиком геморагічних ускладнень, які починають приймати АВК.

Протромбіновий індекс

Для оцінки стану системи згортання крові при застосуванні АВК показник МНВ є надійнішим, ніж ПТІ, тому що не залежить від якості реагента. На жаль, документація, яка додається до тромбопластинів, що використовуються сьогодні в більшості українських лабораторій, не містить інформацію щодо чутливості реагента. Тому ПТІ залишається єдиним показником, за яким може здійснюватися контроль антикоагулянтної терапії. Його традиційно розраховують за формулою: $ПТІ = (контр\ ольний\ протромбіновий\ час / протромбіновий\ час\ пацієнта) \times 100 \%$. Для профілактики інсульту і системних емболій у пацієнтів з неклапанною ФП оптимальний ПТІ становить 50–60 %, що приблизно відповідає МНВ 2,0–3,0.

3.3. ТРЕТИННА (ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНА) МЕДИЧНА ДОПОМОГА

3.3.1. Профілактика

Положення протоколу

Спеціаліст, який займається веденням пацієнта з ФП, повинен не тільки проводити початкову оцінку його стану та призначити належне лікування, але також розробити структурований план подальшого спостереження за пацієнтом.

Нижче перераховані важливі фактори, які слід брати до уваги при подальшому спостереженні за пацієнтом з ФП:

- Чи змінився профіль ризику пацієнта (наприклад, у випадку розвитку цукрового діабету або АГ, яких раніше не було), особливо у контексті призначення антикоагулянтної терапії?
- Чи необхідна зараз антикоагулянтна терапія – чи не з'явилися у пацієнта нові фактори ризику або чи не зникла необхідність в антикоагулянтах, наприклад, після кардіоверсії у пацієнта з низьким тромбоемболічним ризиком?
- Чи зменшується симптоматика пацієнта на фоні терапії; якщо ні, то чи слід зважити доцільність іншої стратегії лікування?
- Чи є будь-які ознаки проаритмії або ризик проаритмії; якщо так, то чи слід зменшити дозу протиаритмічного засобу або перейти до іншої стратегії лікування?
- Чи прогресувала пароксизмальна ФП до персистуючої/постійної форми, незважаючи на прийом протиаритмічних засобів; у такому випадку чи слід зважити доцільність застосування іншої стратегії лікування?
- Чи ефективний застосований підхід контролю ЧСС; чи досягнутий цільовий рівень ЧСС у стані спокою та при фізичному навантаженні?

На візитах подальшого спостереження слід виконувати ЕКГ у 12 відведеннях для документування ритму та ЧСС і оцінки прогресування захворювання. Для пацієнтів, які приймають протиаритмічні засоби, важливо оцінювати потенційні ЕКГ-провісники проаритмії, такі як подовження інтервалів PR, QRS або QT, нестійка шлуночкова тахікар-

дія або паузи (випадіння одного або кількох суміжних шлуночкових комплексів, епізоди асистолії). Якщо у пацієнта спостерігається погіршення симптоматики, слід зважити доцільність проведення повторних аналізів крові, тривалої ЕКГ-реєстрації та повторних ЕКГ.

Пацієнт повинен бути повністю інформований про переваги і недоліки різних методів лікування – антикоагулянтної терапії, засобів для контролю ЧСС, протиаритмічних засобів або інтервенційного лікування. Також доречно повідомити пацієнту з «ізолюваною» або ідіопатичною ФП про сприятливий прогноз, якщо буде виключена наявність серцево-судинного захворювання.

Необхідні дії

Рекомендації з діагностики та початкового ведення ФП – *таблиця 6*.

3.3.2. Діагностика

Необхідні дії

1. Збір скарг та анамнезу.
2. Клінічний огляд.
3. Вимірювання АТ.
4. Лабораторне обстеження:
 - загальний аналіз крові;
 - загальний аналіз сечі;
 - АЛТ;
 - АСТ;
 - білірубін;
 - креатинін;
 - ліпідограма та тригліцериди;
 - глюкоза крові;
 - гормони щитовидної залози і гіпофізу (T_3 , T_4 вільний, тиреотропний гормон);
 - коагулограма та МНВ, АЧТЧ.
5. ЕКГ у 12 відведеннях.
6. ЕхоКГ.
7. Проба з фізичним навантаженням.
8. Добовий моніторинг ЕКГ або реєстрація випадків.

9. Електрофізіологічне дослідження.
10. ЧСЕхоКГ.
11. Рентгенографія органів грудної клітки.
13. Маркери запального процесу в міокарді.

3.3.3. Лікування

Положення протоколу

1. Пацієнти повинні отримувати комплексну терапію із застосуванням антиаритмічних, антикоагулянтних препаратів.
2. За необхідності проведення запланованої медикаментозної або електричної кардіоверсії. Доцільно чітко визначити необхідність ТЕ-ЕхоКГ для пацієнта молодого віку при прийнятті рішення про планову дефібриляцію для центрів без можливості ТЕ-ЕхоКГ і/тобто обов'язковість спрямування такого пацієнта до центру з можливістю ТЕ-ЕхоКГ.
4. Препарати для профілактики ремоделювання, ІАПФ/БРА/статини.
5. Радіочастотна абляція ектопічного вогнища.
6. При наявності пацієнти потребують адекватного лікування супутніх хвороб (ІХС, АГ, уражень щитовидної залози, цукрового діабету або інших соматичних захворювань).
7. Імплантація кардіостимулятора у відповідному режимі при наявності супутніх порушень АВ-провідності та синдрому слабкості синусового вузла.

Катетерна абляція лівого передсердя

Стратегії лікування, що ґрунтуються на проведенні абляції, були розроблені з метою «вилікування» ФП в окремих популяціях пацієнтів. Тривале подальше спостереження за цими пацієнтами свідчить про те, що у той час як синусовий ритм після цієї процедури зберігається краще, ніж при застосуванні протиаритмічних препаратів, пізні рецидиви ФП не є рідкісним явищем. При цьому у більшості з відповідних досліджень брали участь пацієнти з симптомною пароксизмальною ФП та відсутньою або мінімальною органічною патологією серця.

Показання

У цілому катетерна абляція має бути резервним методом лікування пацієнтів, у яких ФП залишається симптомною, незважаючи на опти-

мальну медикаментозну терапію, що включає стратегії контролю ЧСС і серцевого ритму. Для вирішення питання про доцільність проведення процедури абляції у симптомного пацієнта слід взяти до уваги таке:

- 1) стадію ураження передсердя (тобто тип перебігу ФП, розміри ЛП, анамнез ФП);
- 2) наявність та важкість супутніх серцево-судинних захворювань;
- 3) можливі альтернативні методи лікування (протиаритмічні препарати, контроль ЧСС);
- 4) уподобання самого пацієнта.

Для кожного конкретного пацієнта з симптомною ФП необхідно отримати достатньо потенційних переваг цього втручання, щоб виправдати складну процедуру абляції, що може бути асоційована з важкими ускладненнями. Досвід лікаря, який виконує цю процедуру, є важливим фактором, який слід враховувати при прийнятті рішення про доцільність проведення абляції. Дослідження, результати яких стали обґрунтуванням для рекомендацій щодо виконання абляції, майже виключно проводилися за допомогою лікарів з великим досвідом проведення цієї процедури і досвідченого персоналу, що працює в спеціалізованих клініках, але в реальній клінічній практиці в багатьох клініках до виконання цього втручання можуть бути причетні менш досвідчені лікарі та молоді спеціалісти.

Доказові дані з прямого порівняння лікування протиаритмічними препаратами та катетерної абляції як терапії першої лінії у пацієнтів з симптомною пароксизмальною ФП є обмеженими, але окремі аналізи ефективності протиаритмічних препаратів та катетерної абляції ЛП при ФП свідчать про більші переваги абляції. Проте, зважаючи на потенціал катетерної абляції ФП щодо досягнення контролю серцевого ритму у симптомних пацієнтів з пароксизмальною ФП та мінімальною або відсутньою патологією серця, а також на відносну безпечність процедури за умови її виконання досвідченими лікарями, абляція може розглядатися як стартовий метод лікування в окремих пацієнтів (*рисунк 7*).

Для пацієнтів з персистою або тривалою персистою ФП та відсутньою або мінімальною органічною патологією серця стратегії лікування та співвідношення «користь/ризик» для катетерної абляції на сьогоднішній день вивчені гірше. У таких пацієнтів можуть знадобитися поширені та часто повторювані процедури абляції, і видається доцільним рекомендувати перед прийняттям рішення щодо

застосування абляції впевнитися у тому, що вони рефрактерні до лікування протиаритмічними препаратами. Оскільки лікування аміодароном може бути асоційоване з серйозними та частими побічними ефектами, особливо при тривалому лікуванні, доцільно зважити можливість застосування катетерної абляції як альтернативи терапії аміодароном у пацієнтів молодшого віку.

Для симптомних пацієнтів з пароксизмальною та персистоючою ФП та зі значущими органічними захворюваннями серця перед застосуванням катетерної абляції рекомендовано призначити лікування протиаритмічними препаратами. У таких пацієнтів більш складно досягти успіху при абляції. Виправдати необхідність проведення цієї процедури може наявність серйозних симптомів, асоційованих з аритмією. Абляція персистоючої та тривалої персистоючої ФП асоційована з варіабельними, але досить оптимістичними рівнями ефективності, але дуже часто вимагає повторних процедур. Ці процедури тривалі та технічно складні й асоційовані з більшим ризиком, ніж лише ізоляція легеневих вен. У кожного окремого пацієнта слід ретельно оцінити, слід йому призначити терапію аміодароном чи катетерну абляцію після неефективності лікування менш токсичними протиаритмічними препаратами. До інших факторів, які необхідно враховувати при цьому, належать вік пацієнта, тип та важкість органічної патології серця, розміри ЛП, супутні захворювання та уподобання пацієнта. Існують доказові дані на користь того, що у пацієнтів із супутніми захворюваннями, пов'язаними з ФП, можна отримати переваги від застосування абляції як первинної стратегії лікування; наприклад, пацієнти із серцевою недостатністю отримують переваги від абляції ЛП, оскільки при цьому можуть значно покращитися фракція викиду і функціональні показники, такі як переносимість фізичного навантаження.

Переваги абляції ФП не були продемонстровані для асимптомних пацієнтів.

Показання до ресинхронізуючої терапії у пацієнтів з постійною формою фібриляції передсердь

Імплантація пристрою для кардіоресинхронізації показана пацієнтам з ФП, які мають прояви застійної серцевої недостатності III

та IV ФК по NYHA, тривалість QRS > 120 мс та фракцію викиду ЛШ < 35 % при умові, що бівентрикулярна стимуляція може бути досягнута у 100 %. З метою досягнення 100% бівентрикулярної стимуляції таким пацієнтам виконують абляцію АВ-вузла. Також при недостатньому медикаментозному контролі ЧШС пацієнтам з метою контролю ЧШС може бути запропонована комбінована терапія: абляція АВ-вузла та імплантація CRT (*таблиця 11*).

Можливе проведення заміни штучного водія ритму на CRT пристрій у пацієнтів із симптомами серцевої недостатності, фракцією викиду < 35% та високим відсотком шлуночкової стимуляції, у яких залишається III, IV ФК по NYHA, незважаючи на адекватну медикаментозну терапію.

Алгоритм ведення пацієнтів з серцевою недостатністю та постійною фібриляцією передсердь – див. розділ 4, п. 4.6.

Обґрунтування

Доказові дані з прямого порівняння лікування протиаритмічними препаратами та катетерної абляції як терапії першої лінії у пацієнтів з симптомною пароксизмальною ФП є обмеженими, але окремі аналізи ефективності протиаритмічних препаратів та катетерної абляції ЛП при ФП свідчать про більші переваги абляції. Проте, зважаючи на потенціал катетерної абляції ФП щодо досягнення контролю серцевого ритму у симптомних пацієнтів з пароксизмальною ФП та мінімальною або відсутньою патологією серця, а також на відносну безпечність процедури за умови її виконання досвідченими лікарями, абляція може розглядатися як стартовий метод лікування в окремих пацієнтів (*рисунок 8*).

Необхідні дії

Електрична планова кардіоверсія при фібриляції передсердь

ФП – порушення ритму, з яким досить часто доводиться зустрічатись у клінічній практиці. Частота виникнення ФП збільшується з віком і за наявності органічної патології серця. Так, поширеність ФП становить 0,4 % серед дорослого населення, зростаючи від 0,5 % в осіб у віці 50–59 років до майже 9 % в осіб у віці 80–89 років. Також з

віком збільшується ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень – від 1,5 % у віці 50–59 років до 23,5 % до 80–89 років.

Розрізняють основні форми ФП: пароксизмальну, персистуючу, тривало персистуючу та постійну. Кожна з цих форм може бути вперше зареєстрованою. Пароксизмальна – повторні епізоди ФП тривалістю до доби, при яких відновлення синусового ритму відбувається спонтанно; персистуюча – один або більше пароксизмів ФП тривалістю більше доби, відновлення синусового ритму відбувається після медикаментозного лікування або електричної кардіоверсії; тривало персистуюча – епізод, що триває 1 рік та більше, коли синусовий ритм доцільно відновлювати; постійна – коли відновлення ритму не планується, або протипоказано.

Перебіг ФП асоціюється з виникненням таких небезпечних ускладнень, як розвиток тромбоемболій, дестабілізація гемодинаміки, зниження систолічної функції серця і, як наслідок, підвищення рівня летальності пацієнтів.

Головною метою терапії персистуючої форми ФП є утримання синусового ритму та відновлення синусового ритму. Припинення ФП приводить до відновлення АВ-синхронізації і фізіологічного контролю над ритмом, нормальних співвідношень між провідністю і рефрактерністю (зникнення дисперсії електрофізіологічних показників), поліпшення гемодинаміки, запобігання розвитку дилатації ЛП і дисфункції ЛШ, усунення загрози тромбоемболічних ускладнень, підвищення толерантності до фізичних навантажень і поліпшення якості життя пацієнтів.

Відновлення синусового ритму можливе за допомогою електричної або фармакологічної кардіоверсії, а також їх поєднання. Всі ААП, що використовуються для фармакологічної кардіоверсії, є потенційно небезпечними і можуть викликати різні серйозні кардіальні та некардіальні побічні ефекти. Фармакологічна кардіоверсія буває ефективною лише у 40–70 % пацієнтів. Крім того, для відновлення синусового ритму зазвичай потрібен тривалий час. Електрична кардіоверсія є найбільш ефективним та керованим методом відновлення синусового ритму, ефективність методу понад 90 % пацієнтів з ФП.

Показання до відновлення синусового ритму:

1) всі пацієнти з першим епізодом, у яких не відбувається спонтанне відновлення синусового ритму протягом 48 годин;

2) пацієнти, у яких ФП, ймовірно, викликана гострою патологією (наприклад, пневмонією, гіпертиреозом, вживанням алкоголю або інших токсичних продуктів, електролітними порушеннями);

3) пацієнти, у яких після відновлення синусового ритму існує вибір способу підтримки синусового ритму.

Успіх кардіоверсії сумнівний, якщо є наступні маркери зменшення ймовірності досягнення та/або підтримання синусового ритму: ЛП збільшено в діаметрі більше 50 мм; швидкість вигнання з вушка ЛШ менше 20 мм/с, тривалість хронічної ФП більше 12 місяців; наявність тяжкої лівошлуночкової недостатності; вади серця; хвороби легенів; похилий вік; документована дисфункція синусового вузла.

Показання до електричної кардіоверсії:

- 1) непереносимість ААП;
- 2) відсутність ефекту медикаментозної антиаритмічної терапії;
- 3) прогресуюча внаслідок тахіаритмії серцева недостатність, симптоми погіршення кровопостачання серця, головного мозку, порушення периферичного кровообігу;
- 4) вказівка в анамнезі на позитивний ефект ЕІТ при лікуванні тахіаритмії.

Протипоказання до процедури:

- 1) Можливий тромб у ЛП:
 - тривалість ФП > 48 часів без застосування антикоагулянтів;
 - відсутні данні ЧСЕхоКГ (тривалість ФП > 48 год без застосування антикоагулянтів).
- 2) Електролітний дисбаланс
- 3) Глікозидна інтоксикація
- 4) Протипокази до анестезії з боку дихальної системи
- 5) Маніфестний гіпертиреоз
- 6) Алкогольна інтоксикація
- 7) Гостра інфекція
- 8) Декомпенсація застійної серцевої недостатності
- 9) Документований синдром слабкості синусового вузла без штучного водія ритму
- 10) Безперервно-рецидивуюча ФП.

Підготовка до процедури

АНТИКОАГУЛЯНТНА ТЕРАПІЯ

Проведення кардіоверсії може ускладнюватися системними емболіями (так звані «нормолізаційні» емболії), які можуть виникати як в момент нанесення розряду, так і протягом декількох тижнів після кардіоверсії. З метою зменшення ризику розвитку тромбоемболій пацієнтам перед плановою кардіоверсією призначається антикоагулянтна терапія, призначення якої викладено у відповідних методичних рекомендаціях.

ЧЕРЕЗСТРАВОХІДНА ЕХОКАРДІОГРАФІЯ

При підготовці пацієнтів до кардіоверсії виявлення тромбів, феномену спонтанного контрастування в порожнині серця за допомогою ЧСЕхоКГ дозволяє оцінити ризик пацієнта та уникнути тривалої антикоагулянтної терапії, допускаючи замість цього використання антикоагулянтів безпосередньо перед кардіоверсією і продовження терапії протягом 4 тижнів після кардіоверсії до відновлення механічної функції передсердь. ЧСЕхоКГ дозволяє також визначити швидкість вигнання з вушка ЛП, яка є незалежним маркером утримання синусового ритму.

МУЛЬТИСПІРАЛЬНА КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ

З метою верифікації тромбоутворення в порожнинах серця може бути використана мультиспіральна комп'ютерна томографія з контрастуванням, яка також дозволяє скоротити час підготовки до процедури.

При підготовці до планової кардіоверсії необхідно попередньо відмінити серцеві глікозиди. Тривалість скасування залежить від дози прийнятих серцевих глікозидів: при повній (насичувальній) терапевтичній дозі серцеві глікозиди відмінюють за 3–4 дні до кардіоверсії, при невеликих дозах дигоксину кардіоверсію можна проводити після одно-, дводенної паузи. Також за кілька днів припиняють прийом препаратів, що змінюють електролітну і кислотно-лужну рівновагу. Всередину або внутрішньовенно вводяться препарати калію, оскільки при гіпокаліємії кардіоверсія менш надійна і більш небезпечна. Необхідно відмінити препарати, що погіршують функцію синусового вузла та АВ-вузла.

МЕТОД ЗОВНІШНЬОЇ ЕЛЕКТРИЧНОЇ КАРДІОВЕРСІЇ

Електрична кардіоверсія проводиться кардіологом в умовах палати, яка оснащена електричним дефібрилятором, апаратом ШВЛ,

тимчасовим зовнішнім штучним водієм ритму, монітором ЕКГ, ларингоскопом. Бригада лікарів-кардіологів повинна володіти навичками інтубації та ШВЛ, нав'язування ритмоведення за допомогою тимчасового водія ритму серця.

Антифібриляторний механізм кардіоверсії обумовлений одночасною деполяризацією «критичного» числа кардіоміоцитів, що виникає після нанесення електричного розряду, і приводить до відновлення контролю над частотою водія ритму I порядку – синоатріального вузла.

Електрична кардіоверсія може бути здійснена кількома способами. Найбільш поширеним є зовнішня (трансторакальна) кардіоверсія, застосовувана з 1960-х років. При передньо-задньому методі обидва електроди розміщують на грудну клітку, один з яких – на область проекції правого передсердя, другий – на спину нижче лівої лопатки. Успішне відновлення синусового ритму при використанні передньо-задньої позиції досягає понад 90%. Сучасні зовнішні дефібрилятори розраховані на проведення кардіоверсії передньо-боковим методом, коли один електрод накладається на бокову стінку грудної клітини, дещо нижче області верхівки серця, другий на проекцію правого передсердя, ефективність 80–90%.

Кардіоверсія може бути неефективною, якщо високий поріг дефібриляції. Це може бути пов'язано з хронічним ремоделюванням передсердь (стійке зменшення ефективного рефрактерного періоду і швидкості проведення), високим грудним імпедансом. Використання передньо-задньої позиції розташування електродів дозволяє зменшити грудний імпеданс. У деяких пацієнтів дуже важливим фактором можуть бути особливості будови грудної клітини, хоча і у цих пацієнтів спочатку рекомендується застосувати передньо-задню позицію. Грудний імпеданс значно зменшується при повному видиху. Слід намагатись, щоб вектор деполяризації проходив через міокард передсердь.

У низці проведених досліджень показано, що ААП IA і III класів (за класифікацією Vaughan-Williams) мають тенденцію до зниження порогу дефібриляції, а препарати 1C класу – до його підвищення. У цих ситуаціях, якщо кардіоверсія неефективна, слід припинити прийом небажаного препарату і повторити кардіоверсію, коли препарат буде повністю виведений.

Нанесення розряду необхідно синхронізувати з комплексом QRS, оскільки у випадках його потрапляння на зубець T можливе виникнення фібриляції шлуночків. Бажано також уникати проведення кардіоверсії при призначенні серцевих глікозидів, оскільки збільшується ризик виникнення шлуночкової аритмії. У пацієнтів з виявленим або удаваним синдромом тахі-брадіаритмій на випадок постконверсійної асистолії необхідно підготувати тимчасовий електрокардіостимулятор.

У разі проведення планової кардіоверсії пацієнт повинен не їсти протягом 6–8 годин для уникнення можливої аспірації.

Зважаючи на біль під час процедури і наявність страху у пацієнта, застосовують загальну анестезію (наприклад, пропофол у дозі 10 мг/кг маси тіла або тіопентал в середній дозі 4–5 мг/кг маси тіла, максимальна – 8 мг/кг маси тіла) або внутрішньовенну анальгезію та седацію (наприклад, фентаніл у дозі 1 мкг/кг, потім діазепам 5–10 мг; літнім або ослабленим пацієнтам – 10 мг тримеперидину). При вихідному пригніченні дихання використовують ненаркотичні анальгетики.

Послідовність дій при проведенні електричної дефібриляції:

Пацієнт повинен перебувати в положенні, що дозволяє, при необхідності, проводити інтубацію трахеї (видалити зубні протези, що знімаються) і закритий масаж серця. Не допускається контакт з водою або металевою поверхнею. *Повністю звільнити грудну клітку (видалити трансдермальні лікарські форми).*

Обов'язковий надійний доступ до вени пацієнта, моніторинг ЕКГ, сатурація кисню, моніторинг АТ.

Зручніше працювати з двома ручними електродами. Встановити електроди на передній поверхні грудної клітки: один електрод встановлюють над зоною серцевої тупості (у жінок – назовні від верхівки серця, за межами молочної залози), другий – під правою ключицею, а якщо електрод спинний, то під лівою лопаткою.

Електроди можуть розташовуватися в передньозадньому положенні (вздовж лівого краю грудини в області 3-го і 4-го міжреберних проміжків і в лівій підлопаточній області).

Електроди можуть розташовуватися в передньобочковому положенні (у проміжку між ключицею і 2-му міжребер'ї вздовж правого

краю грудини і над 5-м і 6-м міжреберним проміжком, в ділянці верхівки серця). *Запобігайте розташування електродів над штучним водієм ритму.*

Для максимального зниження електричного опору при ЕІТ шкіру під електродами знежирюють спиртом або ефіром. При цьому використовують марлеві прокладки, добре змочені розчином натрію хлориду 0,9 %, або спеціальні пасти.

Електроди притискають до грудної стінки щільно і з силою (*приблизно 10 кг*). *Попередьте присутній персонал про початок кардіоверсії. Впевніться, що ніхто з присутніх не торкається пацієнта або ліжка.*

Розряд наносять у момент повного видиху пацієнта.

Рекомендовані параметри кардіоверсії – дефібриляції у дорослих:

– при ФП для першого впливу досить розряду 100 Дж;

– при збереженні аритмії у кожному наступному розряді енергію збільшують на 50–100 Дж до максимальної 360 Дж.

Проміжок часу між спробами повинен бути мінімальний і потрібний лише для оцінки ефекту дефібриляції і набору, у разі необхідності, наступного розряду. Відразу після ЕІТ слід спостерігати за пацієнтом до виходу з седації, оцінити ритм і в разі його відновлення зареєструвати ЕКГ у 12 відведеннях.

Після проведення кардіоверсії пацієнт повинен зберігати режим мінімальних навантажень добу після кардіоверсії.

Ускладнення та їх ведення

1. Дія електричного струму на персонал:

– зазвичай призводить до тимчасового дискомфорту;

– кращим лікуванням є профілактика.

2. Тимчасове або постійне порушення роботи штучного водія ритму:

– після успішного проведення і стабілізації гемодинаміки може з'явитися потреба до заміни штучного водія ритму;

– при необхідності розпочати черезшкірну або тимчасову транс-венозну кардіостимуляцію.

3. Опіки шкіри:

– зазвичай це опіки першого ступеня, однак вони можуть бути глибокими;

– проведіть лікування відповідно до ступеня опіку.

Збереження синусового ритму після електричної кардіоверсії не гарантовано. За даними контрольованих досліджень встановлено, що протягом 1 року тільки у 30 % пацієнтів, які отримували плацебо, зберігається синусовий ритм, отже, після відновлення синусового ритму може виникнути необхідність в антиаритмічній терапії.

3.3.4. Госпіталізація

Положення протоколу

Госпіталізація проводиться при необхідності відновлення синусового ритму при персистуючій формі аритмії та неефективності амбулаторного лікування рутинними заходами та/або порушеннях гемодинаміки, або для планової ЕІТ, а також при відсутності ефекту від антиаритмічної терапії на амбулаторному етапі.

Необхідні дії

Якщо медикаментозно в стаціонарі не вдалося відновити синусовий ритм, але є обставини на користь проведення планової електричної кардіоверсії, то:

1. Пацієнт виписується з клініки з подальшим наглядом лікаря-терапевта дільничного та/або лікаря-кардіолога.

2. Триває лікування основного захворювання і призначається ААП для контролю ЧСЧ.

3. Триває розпочате в стаціонарі лікування варфарином протягом 3–4 тижнів (МНВ в межах 2,0–3,0) або НПАК до проведення кардіоверсії і 4 тижні після її проведення.

4. Перед проведенням планової електричної кардіоверсії або ЕІТ обов'язкове ЧСЕхоКГ дослідження.

Що робити, якщо хворий прийшов до терапевта і давність ФП невідома?

1. Якщо існують обставини на користь відновлення синусового ритму, то слід планувати проведення планової електричної кардіоверсії.

2. Обов'язкове проведення ЧСЕхоКГ.

3. Призначається ААП для контролю ЧСЧ і лікується основне захворювання (цільові рівні АТ, стабілізація ФК стенокардії або хронічної серцевої недостатності тощо).

4. Призначається варфарин протягом 3–4 тижнів (МНВ у межах 2,0–3,0) до проведення кардіоверсії або НПАК і 4 тижні після її проведення.

Коли можна проводити електричну кардіоверсію (ЕІТ), якщо ФП триває більше 48 годин?

1. За умови відсутності тромбів за даними ЧСЕхоКГ.
2. У разі екстреної кардіоверсії (нестабільна гемодинаміка).
3. Болюсно вводиться гепарин у дозі 5–10 тис. ОД з наступним його введенням у дозі, необхідній для подовження АЧТЧ (АПТВ) в 1,5–2 рази від контрольних значень (у нормі 25–42 с).
4. Після відновлення ритму на 3–4 тижні призначають варфарин (МНВ 2,0–3,0) або НПАК.

Коли можна проводити електричну кардіоверсію без ЧСЕхоКГ?

1. Якщо ФП триває менше 48 годин і немає факторів ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень.
2. В/в болюсно вводиться гепарин в дозі 5–10 тис. ОД з наступним його введенням у дозі, необхідній для подовження АЧТЧ (або АПТВ) в 1,5–2 рази від контрольних значень (в нормі від 25–42 с).
3. Після відновлення ритму на 3–4 тижні призначають варфарин (МНВ 2,0–3,0) або НПАК.

Рекомендації щодо антитромботичної терапії при ТП та ІХС:

1. Антитромботична терапія при ТП зазвичай така ж, як і при ФП.
2. Вибір антитромботичного препарату за одними і тими ж критеріями незалежно від типу ТП.
3. Лікування пацієнтів на ІХС непрямыми антикоагулянтами на основі тих же самих критеріїв, які використовуються у пацієнтів без ІХС.

Досить часто запитують про те, як бути з пацієнтами, які мають постійну ФП і яким планується хірургічне втручання з приводу ІХС.

Проведення операцій на коронарних артеріях у пацієнтів з ІХС та ФП:

1. Спеціальні клінічні дослідження з цими хворими не проводили!
2. При черезшкірних втручаннях на коронарних артеріях зазвичай доводиться переривати антикоагулянтну терапію або знижувати її інтенсивність.

3. Скасування варфарину за 1 тиждень до операції.
4. Після операції на коронарних артеріях призначається клопідогрель, що забезпечує прохідність коронарних артерій.
5. Приєднання АСК до варфарину підвищує ризик більшою мірою, ніж користь.
6. Але якщо зберігається ФП, лікування варфарином слід відновити якомога швидше.
7. Використовується клопідогрель 75 мг/добу + варфарин (МНВ 2,0–3,0) терміном 9–12 місяців.
8. У подальшому може бути продовжена монотерапія варфарином.

При планових черезшкірних коронарних втручаннях застосування стентів з покриттям має обмежуватися деякими клінічними ситуаціями та/або анатомічними особливостями, наприклад, ураження досить великих фрагментів артерій, ураження дрібних судин, наявність цукрового діабету тощо, коли від застосування таких стентів очікуються суттєві переваги порівняно зі звичайними металевими стентами без покриття; при цьому потрібна антитромботична терапія (АВК або НПАК, АСК та клопідогрель) повинна призначатися протягом 4 тижнів. Після черезшкірних коронарних втручань з використанням стентів без покриття пацієнти з ФП та стабільним коронароатеросклерозом повинні отримувати тривалу терапію (протягом 12 місяців): ПАК + клопідогрель 75 мг/добу або, як альтернатива АСК \leq 100 мг/добу, + гастропротективні засоби – інгібітори протонної помпи, залежно від ризиків геморагічних та тромботичних ускладнень у пацієнта. Потрібна антитромботична терапія (ПАК, АСК та клопідогрель) повинна призначатися протягом принаймні 1 місяця після імплантації стенту без покриття, але значно довше після імплантації стенту з покриттям (\geq 3 місяців для стентів з покриттям засобами групи «олімумс» [еверолімумс, такролімумс] та принаймні протягом 6 місяців для стентів з покриттям паклітакселом), після чого призначається комбінація ПАК та клопідогрелю 75 мг/добу або, як альтернатива АСК \leq 100 мг/добу, + може продовжувати застосовуватися гастропротективна терапія.

Якщо у пацієнтів з ФП, які отримують антикоагулянтну терапію, спостерігається помірний або високий ризик тромбоемболічних ускладнень, при виконанні черезшкірних коронарних втручань мож-

на надати перевагу стратегії безперервної антикоагулянтної терапії, і навіть на тлі терапевтичної антикоагуляції (МНВ 2,0–3,0) як втручання першого вибору слід використовувати черезшкірне коронарне втручання з радіальним доступом.

3.3.5. Виписка

Положення протоколу

Виписують зі стаціонару за таких умов:

- відсутність або суттєве зменшення пароксизмів ФП і ТП (при пароксизмальній та персистуючій формах);
- відсутність порушень гемодинаміки під час нападу;
- контроль ЧШС;
- відсутність прогресування хронічної серцевої недостатності (при постійній формі ФП).

ЧШС вважається контрольованою, коли вона варіює між 60 і 80 ударами за хвилину в стані спокою і 90–110 ударів за хвилину при помірному фізичному навантаженні.

Якщо у пацієнта відновився синусовий ритм або він госпіталізований в стаціонар з таким, то при виборі ААП рекомендується діяти згідно з такими алгоритмами, оскільки пацієнти з ФП і відновленим синусовим ритмом можуть бути віднесені до тієї чи іншої групи:

Обґрунтування

Алгоритм дій для вибору стратегії профілактичної антиаритмічної терапії при ФП

Група I: Пацієнти з першим або вперше виявленим пароксизмом ФП

А. У пацієнта відбулося спонтанне відновлення синусового ритму

Б. Пароксизм ФП купований за допомогою фармакологічної або електричної кардіоверсії

Коментар: ймовірність рецидиву ФП не відома, тривала антиаритмічна терапія не виправдана.

- Таким пацієнтам на 1 місяць призначається ААП з метою утримання синусового ритму.
- На 1 місяць призначається антитромботичний препарат, за умови відсутності факторів ризику тромбоемболії, про які буде ска-

зано нижче. Якщо ризик тромбоемболічних ускладнень високий або середній, то застосування непрямих антикоагулянтів довічне.

Група II: Пацієнти з рецидивуючими пароксизмами ФП (без попередньої антиаритмічної терапії)

А. Пацієнти з безсимптомними пароксизмами ФП (за результатами Холтерівського моніторингу ЕКГ)

Коментар: роль антиаритмічної терапії в профілактиці рецидивів пароксизмів ФП/ТП достовірно не визначена, але рекомендується постійний прийом антитромботичної терапії.

Б. Пацієнти з епізодами ФП, що супроводжується клінічною симптоматикою, але рідше 1 разу на 3 місяці

Коментар: купірування нападу ФП або контроль ЧШС (*таблицю 7*).

С. Пацієнти з нападами ФП і клінічною симптоматикою, але частіше 1 разу на 3 місяці

Коментар: виправдане тривале призначення антиаритмічної терапії для профілактики пароксизмів ФП, антикоагулянти або розглядається хірургічне лікування.

Група III: Пацієнти з рецидивуючими пароксизмами ФП і неефективною антиаритмічною терапією

А. Пацієнти з безсимптомними пароксизмами ФП

Коментар: спроба підбору більш ефективних ААП? (клінічні дослідження проводяться), антикоагулянти, можливо хірургічне лікування.

Б. Пацієнти з пароксизмами і клінічною симптоматикою під час ФП, але рідше 1 разу на 3 місяці

Коментар: спроба підбору ААП, антитромботична терапія, доцільне хірургічне лікування.

С. Пацієнти з пароксизмами ФП частіше 1 разу на 3 місяці, що супроводжуються клінічною симптоматикою

Коментар: необхідне хірургічне лікування, антитромботична терапія. При неможливості хірургічного лікування – контроль ЧШС.

Якими препаратами найкраще утримувати синусовий ритм?

Метааналіз 35 рандомізованих досліджень з використанням восьми ААП показав, що найбільшу ефективність для профілактики

пароксизмів ФП мають аміодарон, соталол і пропафенон. При тривалому призначенні зазначених лікарських засобів слід пам'ятати про побічні ефекти (особливо при терапії аміодароном) і разом з регулярним ЕКГ-моніторингом контролювати стан органів-мішеней препарату.

Необхідні дії

При виборі препарату необхідно враховувати основне захворювання, яке стало причиною ФП, а також його перебіг і ускладнення, пов'язані з ним (інтервал QT до призначення ААП, порушення внутрішньошлуночкової провідності, ФК хронічної серцевої недостатності тощо).

1. Якщо ФП виникла у пацієнтів без патології серця або з його мінімальними структурними змінами (наприклад, пролапс мітрального клапана, вегетативно-дизоваріальна кардіоміопатія тощо), то профілактичну антиаритмічну терапію слід починати з ААП 1С класу пропафенону.

2. Якщо ААП не запобігає рецидивам ФП або його використання супроводжується побічними ефектами, потрібно переходити до призначення аміодарону або комбінованої антиаритмічної терапії, або обговорювати питання щодо хірургічного лікування тахіаритмії.

3. Лікування ФП і ТП у пацієнтів з ІХС та застійною серцевою недостатністю, як правило, обмежується використанням аміодарону.

4. АГ, що призводить до гіпертрофії міокарда ЛШ, збільшує ризик розвитку поліморфної шлуночкової тахікардії «типу пірует». У зв'язку з цим для попередження рецидивів ФП віддається перевага ААП 1С класу, наприклад, пропафенону, що істотно не впливає на тривалість реполяризації та інтервал QT.

5. Алгоритм фармакотерапії при ФП і АГ є таким: 1) якщо гіпертрофія міокарда ЛШ $> 1,4$ см, то використовується аміодарон; 2) якщо гіпертрофії міокарда ЛШ немає або вона менше $1,4$ см, то лікування слід розпочинати з пропафенону, а при його неефективності використовувати аміодарон або соталол.

3.3.6. Реабілітація

Положення протоколу

Вимоги до режиму праці, відпочинку, реабілітації

Не рекомендується перебування під прямими сонячними променями пацієнтам, які вживають аміодарон. При наявності частих пароксизмів та пароксизмів з порушенням гемодинаміки пацієнти потребують направлення на Медико-соціальну експертну комісію для визначення можливості продовжувати професійну діяльність.

Пацієнтам з пароксизмальною або персистуючою формами ФП/ТП після відновлення синусового ритму та підбору адекватної протирецидивної терапії, з нападами порушень ритму не частіше 2 разів на місяць, призначають санаторно-курортне лікування.

Обґрунтування

Специфічної реабілітації пацієнти з ФП не потребують.

Необхідні дії

Реабілітація основного захворювання.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень

Пацієнти повинні дотримуватись дієти із обмеженням солі до 6 г на добу, обмеженням вживання тваринних жирів та продуктів, які містять холестерин. При зайвій вазі обмежується енергетична цінність їжі.

При наявності шкідливих звичок – відмова від тютюнопаління, обмеження вживання алкоголю.

3.3.7. Диспансерне спостереження

Положення протоколу

При нападах ФП частіше ніж 1 раз на 3 місяці пацієнти потребують постійного щоденного застосування препаратів.

Пацієнти повинні перебувати на диспансерному спостереженні за місцем проживання. Проходити щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності корекція терапії частіше ніж 1 раз на рік.

Обов'язковий регулярний контроль МНВ (ПТІ при неможливості визначення МНВ).

Обґрунтування

Перед лікарем-терапевтом дільничним та/або лікарем-кардіологом можуть постати кілька завдань з ведення пацієнтів з ФП на амбулаторному етапі:

1. Перш за все, це лікування основного захворювання, що стало причиною ФП.

2. Утримання синусового ритму якомога довше.

3. Контроль ЧШС при постійній формі ФП.

4. Активне використання критеріїв обставин у вирішенні питання про відновлення синусового ритму.

5. Дотримуватися послідовності в рекомендаціях, які були надані в стаціонарі (наприклад, прийняте рішення про відновлення синусового ритму за допомогою планової електричної кардіоверсії).

6. Використання алгоритмів з тактики і тривалості застосування ААП і можливостей хірургічного лікування пацієнтів.

Необхідні дії

Щорічне обов'язкове обстеження, при необхідності обстеження і корекція терапії частіше ніж 1 раз на рік.

Обов'язковий регулярний контроль МНВ (ПТІ при неможливості визначення МНВ) (кожен тиждень).

Необхідно підраховувати час у терапевтичному діапазоні (TTR) на кожному візиті:

- використовувати валідовані методи вимірювання (наприклад, метод Rosendaal) для комп'ютеризованого підрахунку дозування;
- % вимірів у терапевтичному діапазоні при ручному підрахунку;
- виключати показники за перші 6 тижнів використання АВК;
- враховувати дані принаймні за 6 місяців.

IV. ОПИС ЕТАПІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. АЛГОРИТМ ДІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНІЙ ФОРМІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ТРИВАЛІСТЮ МЕНШЕ 48 ГОДИН



Електрична кардіоверсія може виконуватися за умови наявності дефібрилятора та відповідно до компетенції лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

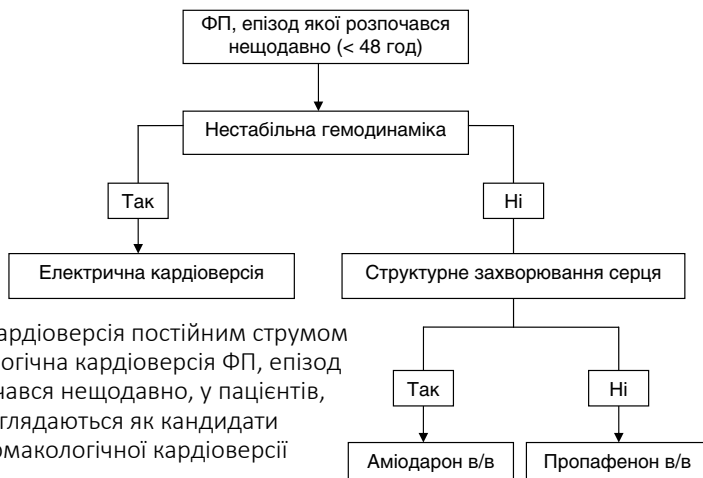
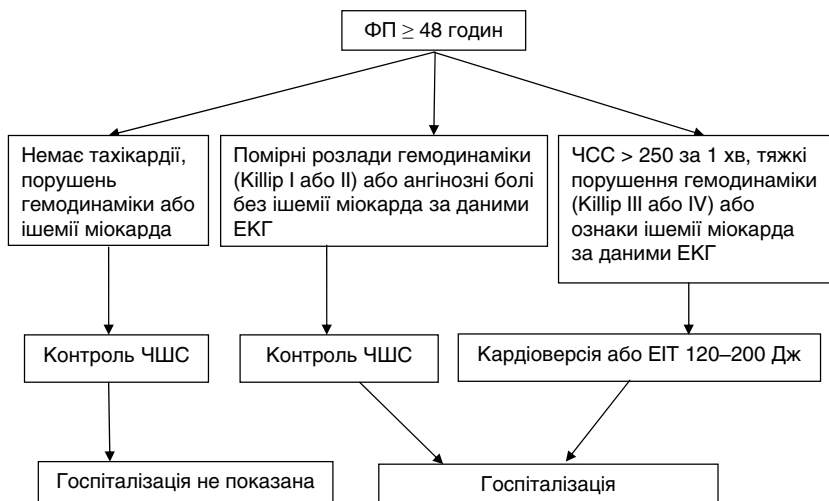


Рисунок 1. Кардіоверсія постійним струмом та фармакологічна кардіоверсія ФП, епізод якої розпочався нещодавно, у пацієнтів, які розглядаються як кандидати для фармакологічної кардіоверсії

4.2. АЛГОРИТМ ДІЇ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНІЙ ФОРМІ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ТРИВАЛІСТЮ БІЛЬШЕ 48 ГОДИН



Електрична кардіоверсія може виконуватися за умови наявності дефібрилятора та відповідно до компетенції лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

4.3. КАСКАДНА СТРАТЕГІЯ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ



* За умови реєстрації в Україні.

4.4. СТРАТЕГІЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Категорія ризику	Кількість балів за шкалою CHA ₂ DS ₂ -VASc	Рекомендована антитромботична терапія
Один «серйозний» фактор ризику або ≥ 2 «клінічно значущих несерйозних» факторів ризику	≥ 2	НПАК або ПАК ^a
Один «клінічно значущий несерйозний» фактор ризику	1	НПАК або ПАК Перевагу мають НПАК порівняно з АСК
Відсутність факторів ризику	0	Без антитромботичної терапії або АСК 100–325 мг на добу

Таблиця 1. Препарати та дози, які використовуються для фармакологічної кардіоверсії ритму при ФП (яка розпочалася нещодавно)

Препарат	Доза	Подальша доза	Ризики
Аміодарон	5 мг/кг в/в протягом 1 год або 600–800 мг на день у кілька прийомів перорально (загальне навантаження до 10 г)	50 мг/год або після загального навантаження до 10 г перорально, 200 мг 1 раз на день перорально	Флебїт, артеріальна гіпотензія. Сповільнює ЧШС. Затримує конверсію ФП до синусового ритму
Пропафенон	2 мг/кг в/в протягом 10 хв або 450–600 мг перорально		Не підходить для хворих з вираженим структурним ураженням серця; може подовжувати комплекс QRS; дещо сповільнює ЧШС, але може також підвищувати ЧШС через трансформацію ФП у ТП з проведенням імпульсів до шлуночків у відношенні 1:1

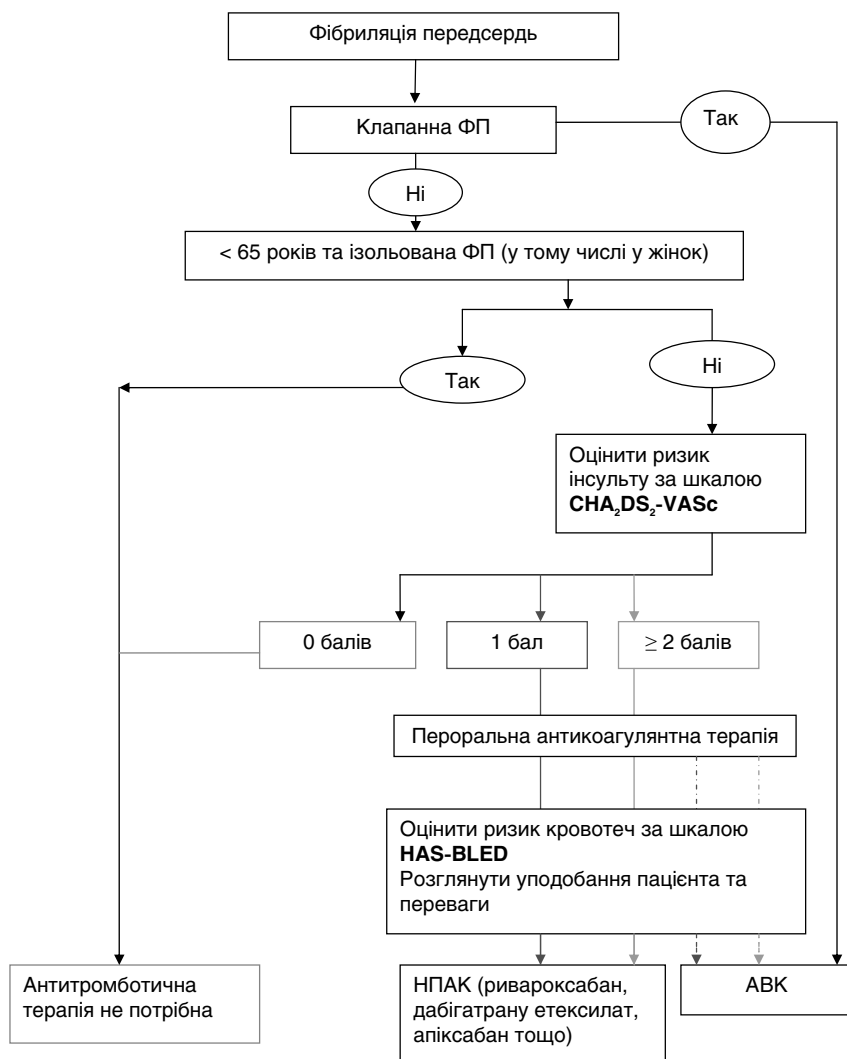


Рисунок 2. Клінічний алгоритм застосування ПАК з метою профілактики інсульту при ФП (згідно з доповненнями 2012 року)

Таблиця 2. Рекомендації щодо проведення фармакологічної кардіоверсії

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Якщо перевага надається фармакологічній кардіоверсії і якщо у пацієнта відсутнє органічне захворювання серця, для кардіоверсії ФП, епізод якої розпочався нещодавно, рекомендоване застосування пропafenону в/в	I	A
У пацієнтів з ФП, епізод якої розпочався нещодавно, та з органічним ураженням серця рекомендоване застосування аміодарону в/в	I	A
У деяких пацієнтів з ФП, епізод якої розпочався нещодавно, та без значущого структурного ураження серця слід зважити доцільність застосування однократної високої дози пропafenону перорально (підхід «таблетка в кишені» [pill-in-the-pocket]), забезпечивши безпечність такого лікування за допомогою попередньої перевірки цієї стратегії у контрольованих клінічних умовах	IIa	B
Дигоксин (РД А), верапаміл, соталол, метопролол (РД В), інші β-блокатори (РД С) неефективні для конверсії ФП, епізод якої розпочався нещодавно, до синусового ритму і не рекомендуються до застосування з цією метою	III	A B C

^a Клас рекомендації. ^b Рівень доказовості. РД – рівень доказовості. Те саме в інших таблицях.

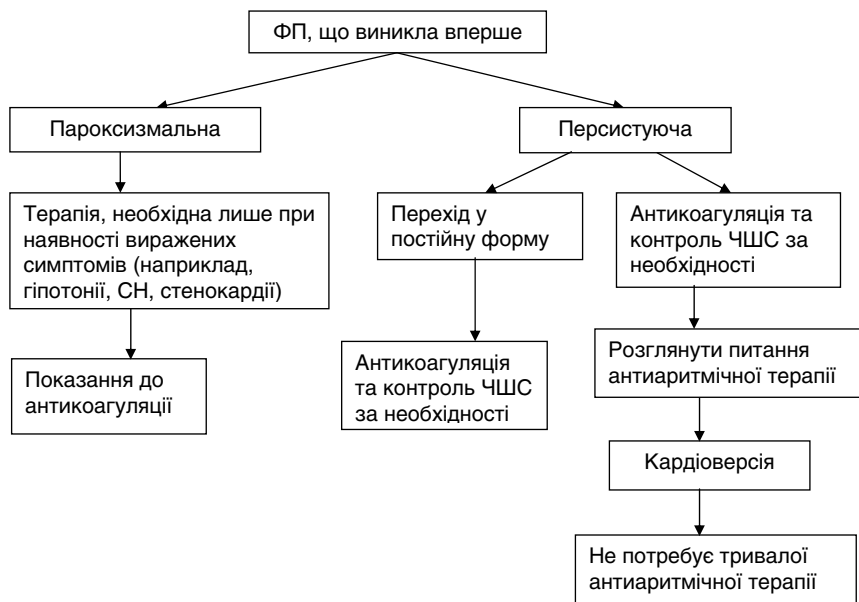
Таблиця 3. Рекомендації щодо проведення кардіоверсії постійним струмом

Рекомендації	Клас	Рівень
Невідкладна КПС рекомендується у випадку, коли висока ЧШС не відповідає негайно на фармакологічні втручання у пацієнтів з ФП та супутньою ішемією міокарда, симптомною артеріальною гіпотензією, стенокардією або СН	I	C
Невідкладна КПС рекомендується у пацієнтів з ФП, що включає передзбудження шлуночків, з вираженою тахікардією або гемодинамічною нестабільністю	I	B
Слід зважити доцільність проведення планової КПС з метою ініціювати стратегію довготривалого контролю серцевого ритму у пацієнтів з ФП	IIa	B
Слід зважити доцільність проведення попередньої терапії аміодароном, пропafenоном або соталолом для підвищення вірогідності успішності КПС та попередження рецидивування ФП	IIa	B

Таблиця 3. Продовження

У пацієнтів з вираженою симптоматикою, рефрактерних до інших методів лікування, може бути зважена доцільність проведення повторних процедур КПС	IIb	C
Може бути зважена доцільність попереднього лікування β -блокаторами, дилтіаземом або верапамілом з метою контролю ЧСС, хоча ефективність цих препаратів для підвищення вірогідності успішності КПС або попередження ранніх рецидивів ФП наразі не визначена	IIb	C
Проведення КПС протипоказане у пацієнтів з інтоксикацією препаратами наперстянки	III	C

4.5. ФАРМАКОТЕРАПІЯ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ, ЩО ВПЕРШЕ ВИНИКЛА



Таблиця 5. Важливі запитання, які потрібно поставити пацієнту з можливою або діагностованою ФП

Яким відчувається серцевий ритм під час епізоду аритмії – регулярним чи нерегулярним?
Чи існують які-небудь фактори, що сприяють виникненню епізоду аритмії, наприклад, фізичне навантаження, емоційне перенапруження або прийом алкоголю?
Симптоми під час епізоду аритмії – помірні чи важкі? (Важкість симптомів може бути виражена за допомогою шкали EHRA, яка подібна до шкали CCS-SAF)
Епізоди аритмії – часті чи нечасті, тривалі чи короткі?
Чи є в анамнезі пацієнта супутні захворювання, такі як АГ, коронарний атеросклероз, СН, захворювання периферичних артерій, цереброваскулярна патологія, інсульт, цукровий діабет або хронічне захворювання легень?
Чи зловживає пацієнт алкоголем?
Чи є ФП у членів родини пацієнта?

CCS-SAF – шкала важкості ФП Канадського серцево-судинного товариства (*Canadian Cardiovascular Society Severity in Atrial Fibrillation*).

Таблиця 6. Рекомендації з діагностики та початкового ведення ФП

Рекомендації	Клас	Рівень
Діагноз ФП вимагає документації даними ЕКГ	I	B
У пацієнтів з недіагностованою ФП необхідно намагатися записати ЕКГ на фоні симптомів, які викликали підозру щодо ФП	I	B
Для кількісної оцінки пов'язаних з ФП симптомів рекомендується використання простої шкали симптомів (шкала EHRA)	I	B
Усім пацієнтам з ФП необхідно провести ретельне фізикальне обстеження, а також зібрати у них дані анамнезу, які можуть стосуватися патології серця і аритмії	I	C
У пацієнтів з тяжкими симптомами, документованою або підозрюваною патологією серця або з наявністю факторів ризику рекомендується проведення ЕхоКГ	I	B
При подальшому спостереженні у пацієнтів, які отримують ААП, слід регулярно записувати ЕКГ у 12 відведеннях	I	C

Таблиця 6. Продовження

Рекомендації	Клас	Рівень
У пацієнтів з підозрою на симптомну ФП слід зважити доцільність додаткового ЕКГ-моніторингу з метою документування аритмії	IIa	B
Слід зважити доцільність додаткового ЕКГ-моніторингу з метою виявлення «німої» аритмії у пацієнтів, у яких може розвинути пов'язане з ФП ускладнення	IIa	B
У пацієнтів з ФП, які отримують засоби для контролю ЧСС, слід зважити доцільність проведення холтеровського моніторингу ЕКГ з метою оцінки ефективності контролю ЧСС або визначення наявності брадикардії	IIa	C
У молодих активних пацієнтів, які отримують засоби для контролю ЧСС, слід зважити доцільність проведення навантажувальних проб (з фізичним навантаженням) з метою оцінки ефективності контролю ЧСС	IIa	C
У пацієнтів з документованою або можливою ФП слід зважити доцільність виконання ЕхоКГ	IIa	C
У пацієнтів із симптомною ФП або пов'язаними з ФП ускладненнями слід зважити доцільність направлення до кардіолога	IIa	C
Структурований план подальшого спостереження за пацієнтом, складений спеціалістом, корисний для ведення пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем або лікарем-терапевтом дільничним	IIa	C
У пацієнтів, які отримують засоби для контролю серцевого ритму, можна зважити доцільність проведення повторних ЕКГ з метою оцінки ефективності лікування	IIb	B
Більшість пацієнтів з ФП можуть отримати переваги від регулярного спостереження у спеціаліста в ході подальшого спостереження за ними	IIb	C

Таблиця 7. Обставини, які слід враховувати при вирішенні питання про відновлення синусового ритму

Відновлення ритму і призначення ААП	Збереження ФП і контроль ЧШС
Симптоми хронічної СН або слабкість посилюються у відсутності синусового ритму	Відсутність погіршення симптоматики на тлі ФП, якщо ЧШС контролюється
Гіпертрофія або виражене порушення функції ЛШ	

Таблиця 7. Продовження

Відновлення ритму і призначення ААП	Збереження ФП і контроль ЧШС
Розмір ЛП менше 50 мм	Нормальна або майже нормальна функція ЛШ
Тривалість ФП менше 1 року	Тривалість ФП більше 1 року
Молоді, активні пацієнти	Літні, малоактивні люди
Наявність пароксизмальної ФП	Стойка ФП
Протипоказання для тривалої антикоагулянтної терапії	Відсутність протипоказань до призначення антикоагулянтів
	Неможливість утримувати синусовий ритм, незважаючи на кардіоверсію та адекватну антиаритмічну терапію

При вирішенні питання про відновлення синусового ритму необхідно зважувати всі «за» і «проти», враховуючи критерії, представлені в таблиці. В основному, при невідновленні синусового ритму в стаціонарі здійснюється контроль ЧШС за допомогою лікарських засобів.

Таблиця 8. Препарати для застосування всередину з метою контролю ЧШС у пацієнтів з ФП

Препарат	Навантажувальна доза	Початок дії	Підтримуюча доза
Дилтіазем	Відповідає підтримуючій дозі	2–4 год	120–360 мг/добу; є форма з уповільненим вивільненням
Метопролол	Відповідає підтримуючій дозі	4–6 год	25–100 мг 2 рази на день всередину
Пропранолол	Відповідає підтримуючій дозі	60–90 хв	80–240 мг/добу всередину
Верапаміл	Відповідає підтримуючій дозі	1–2 год	120–360 мг/добу; є форма з уповільненим вивільненням

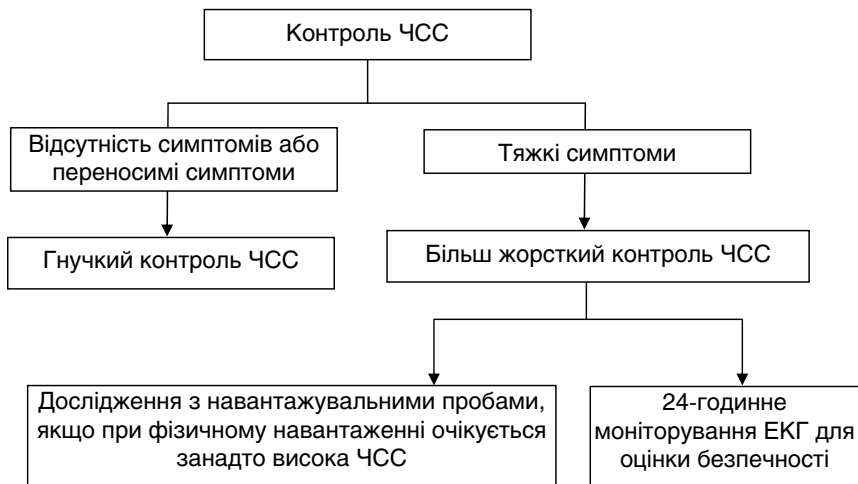
Таблиця 8. Продовження

Препарат	Навантажувальна доза	Початок дії	Підтримуюча доза
Аміодарон	800 мг/добу протягом 1 тиж всередину, 600 мг/добу протягом 1 тиж 400 мг/добу протягом 4–6 тиж	1–3 тиж	200 мг/добу всередину
Дигоксин	0,5 мг всередину	2 доби	0,125–0,375 мг/добу всередину

Таблиця 9. Лікарські засоби, які використовуються для контролю ЧСС

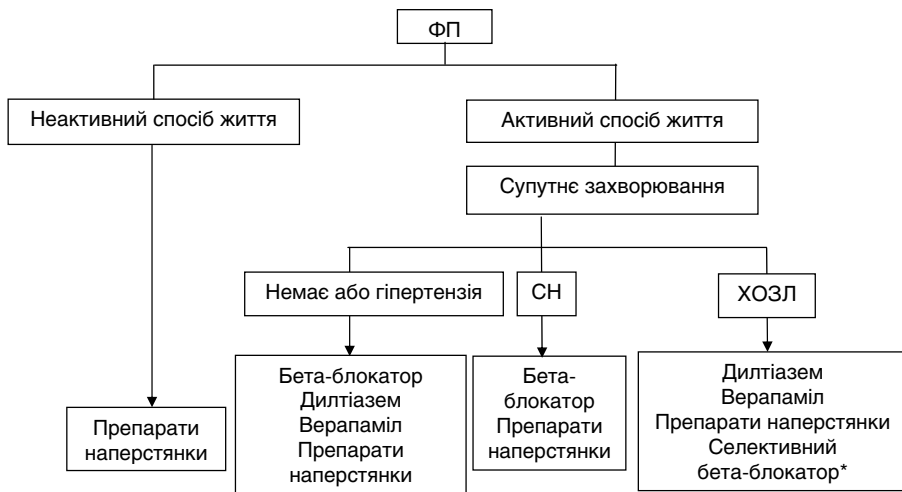
Препарат	Доза для в/в введення	Звичайна підтримуюча доза для перорального прийому
<i>β-адреноблокатори</i>		
Метопролол CR/XL	2,5–5 мг	100–200 мг 1 раз на добу (ER)
Бісопролол	н/з	2,5–10 мг 1 раз на добу
Атенолол	н/з	25–100 мг 1 раз на добу
Пропранолол	1 мг	10–40 мг 3 рази на добу
Карведилол	н/з	3,125–25 мг 2 рази на добу
<i>Недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів</i>		
Верапаміл	5 мг	3 40 мг 2 рази на добу до 360 мг (ER) 1 раз на добу
Дилтіазем	н/з	3 60 мг 3 рази на добу до 360 мг (ER) 1 раз на добу
<i>Глікозиди наперстянки</i>		
Дигоксин	0,5–1 мг	0,125–0,5 мг 1 раз на добу
<i>Інші</i>		
Аміодарон	5 мг/кг протягом 1 год та 50 мг/год підтримуюча доза	100–200 мг 1 раз на добу

ER (extended release) – лікарська форма сповільненого вивільнення.



Рисуюнок 3. Оптимальний рівень контролю ЧСС

Вибір лікарських засобів залежить від особливостей способу життя пацієнта та супутнього серцевого захворювання



Рисуюнок 4. Контроль ЧСС

* Низькі дози β_1 -селективних блокаторів можуть застосовуватися при ХОЗЛ, якщо належний контроль ЧСС не забезпечується недигідропіридиновими блокаторами кальцієвих каналів та дигосином. Амiodарон також застосовується для контролю ЧСС у пацієнтів, які не відповідають на глікозиди наперстянки, β -блокатори або недигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів

Таблиця 10. Рекомендовані дози найчастіше застосовуваних ААП та основні застереження щодо них

Препарат	Доза	Основні протипоказання та застереження	Зміни на ЕКГ, які зумовлюють необхідність зниження дози або відміни препарату	Сповіднення проведення імпульсу через АВ вузол
Етацизин	50–100 мг 3 рази на добу	Протипоказаний при систолічній СН. Дотримуватися обережності при наявності ураження провідної системи серця та порушенні функції нирок	Тривалість QRS зростає на > 25 % від початкового рівня	Невелике
Пропафенон	150–300 мг 3 рази на добу	Протипоказані при ІХС, при зниженні фракції викиду ЛШ. Застосовуються з обережністю при наявності ураження провідної системи серця та дисфункції нирок	Тривалість QRS зростає на > 25 % від початкового рівня	Невелике
d,l-Соталол	80–160 мг 2 рази на добу	Протипоказаний при значній гіпертрофії ЛШ, систолічній СН, вже існуючому подовженні інтервалу QT, гіпокаліємії, кліренсі креатиніну < 50 мг/мл. Помірна дисфункція нирок вимагає ретельного коригування дози	Інтервал QT > 500 мс	Подібне до такого, що спостерігається на тлі прийому високих доз β-блокаторів
Аміодарон	600 мг 1 раз на добу протягом 4 тиж, 400 мг 1 раз на добу протягом 4 тиж, потім 200 мг 1 раз на добу	Застосовується з обережністю при одночасному прийомі препаратів, що подовжують інтервал QT, при СН. Дози АВК та дигоксину мають бути знижені	Інтервал QT > 500 мс	На 10–12 уд/хв при ФП

Таблиця 10. Продовження

Препарат	Доза	Основні протипоказання та застереження	Зміни на ЕКГ, які зумовлюють необхідність зниження дози або відміни препарату	Сповільнення проведення імпульсу через АВ вузол
Дронедарон	400 мг 2 рази на добу	Протипоказаний при СН в анамнезі або на цей момент, нестабільній СН; токсичних реакціях з боку печінки та легенів, пов'язаних із попереднім застосуванням аміодарону; на тлі одночасного прийому препаратів, що подовжують інтервал QT; на тлі одночасного прийому інгібіторів СYP3A4; при кліренсі креатиніну < 30 мг/мл. Дози дигоксину мають бути знижені. Підвищення сироваткового вмісту креатиніну на 0,1–0,2 мг/дл є поширеним явищем і не свідчить про погіршення функції нирок	Інтервал QT >500 мс	На 10–12 уд/хв при ФП

CYP – цитохром P.

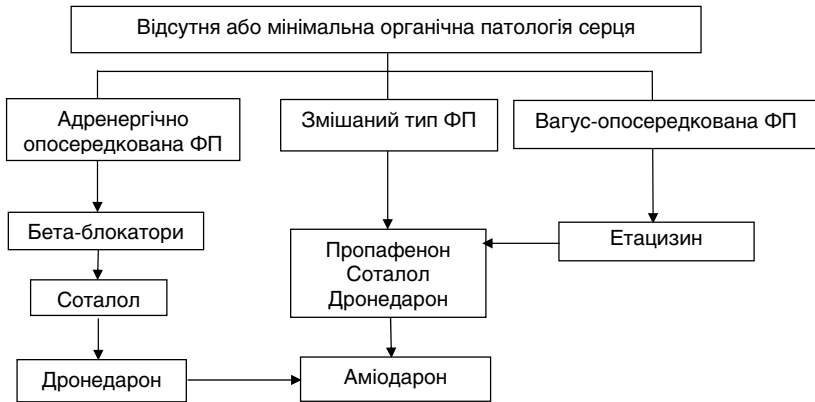


Рисунок 5. Вибір ААП для пацієнта з ФП та відсутньою або мінімальною органічною патологією серця. Початковий вибір препарату може ґрунтуватися на особливостях початку аритмії (адренергічно чи вагус-опосередкована)

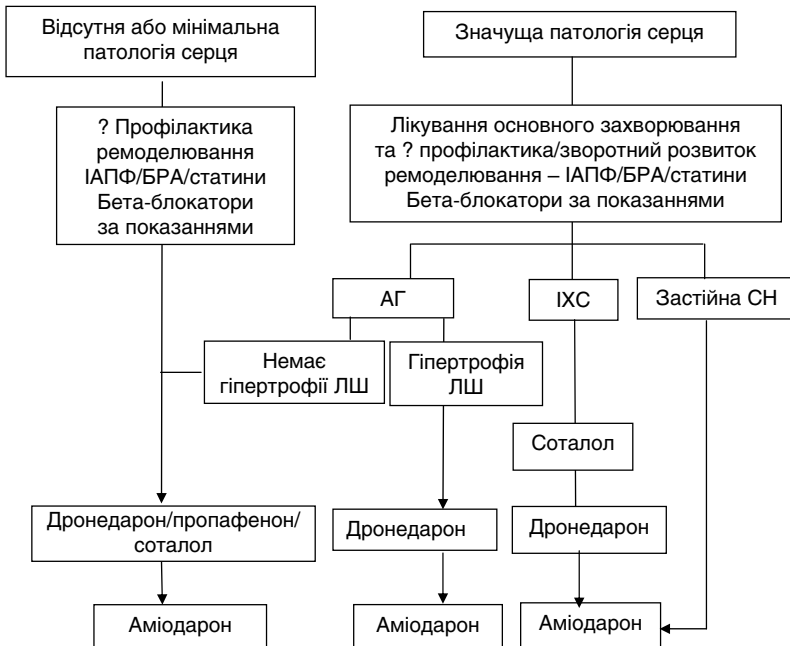


Рисунок 6. Вибір ААП залежно від патології серця. Термін «нестабільна» вказує на декомпенсацію роботи серця у попередні 4 тижні. Знак запитання (?) вказує на те, що доказові дані щодо upstream терапії для попередження ремоделювання передсердя все ще залишаються суперечливими

Таблиця 11. Рекомендації щодо ресинхронізуючої терапії у пацієнтів з постійною формою ФП

Рекомендації	Клас	Рівень
1. Пацієнти із СН, широкими комплексами QRS та низькою фракцією викиду ЛШ 1А. CRT необхідно рекомендувати пацієнтам із хронічною СН, тривалістю QRS > 120 мс та фракцією викиду ЛШ < 35%, котрі залишаються у III та амбулаторному IV ФК за NYHA, незважаючи на адекватну медикаментозну терапію при умові, що бівентрикулярна стимуляція може бути досягнута у 100%	IIa	B
1Б. Абляція АВ вузла має бути проведена у випадку непостійної бівентрикулярної стимуляції	IIa	B
2. Пацієнти з неконтрольованою ЧСС, котрі є кандидатами для абляції АВ вузла, CRT необхідно порекомендувати у пацієнтів зі зниженою фракцією викиду ЛШ, котрим показана абляція АВ вузла з метою контролю ЧСС	IIa	B

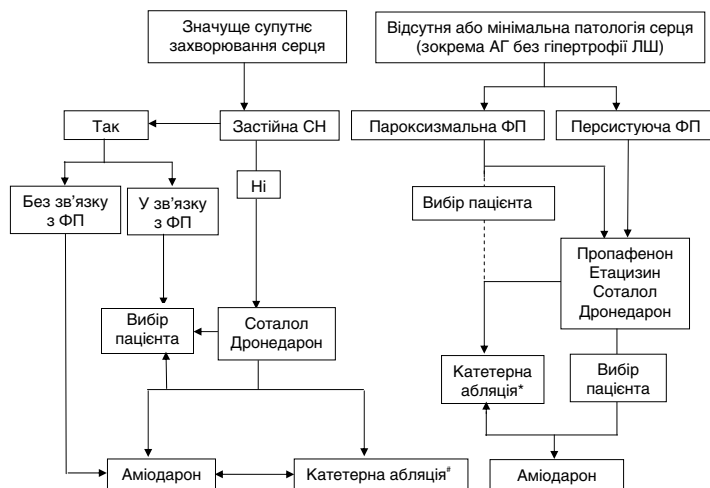
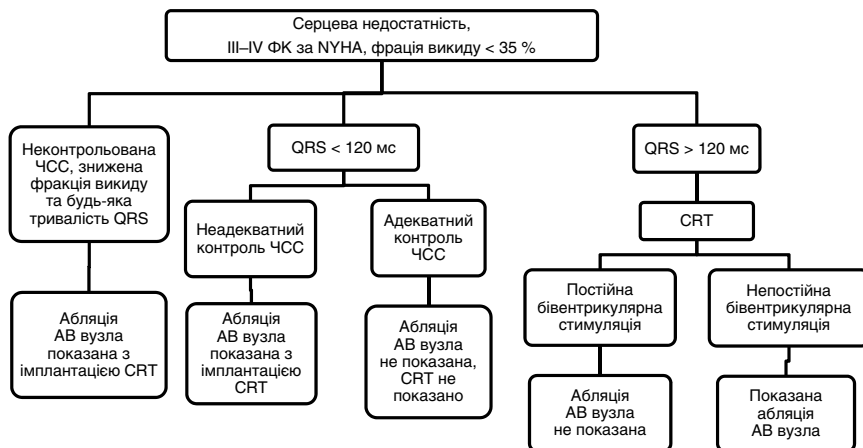


Рисунок 7. Вибір між абляцією та лікуванням ААП у пацієнтів з органічними ураженнями серця і без них. Запропонована інтеграція ААП та катетерної абляції ФП у пацієнтів із значущою супутньою патологією серця та у тих, у кого відсутня або мінімальна патологія серця, в тому числі АГ без гіпертрофії ЛШ. # Може знадобитися більш поширена абляція ЛП; * зазвичай достатньо проведення ізоляції легеневих вен. У кожному підрозділі ААП наведені в алфавітному порядку. Застосування абляції ЛП як терапії першої лінії (пунктирна лінія) є рекомендацією класу IIb для пацієнтів з пароксизмальною ФП та відсутньою або мінімальною патологією серця, які залишаються значною мірою симптомними, незважаючи на контроль ЧСС, та які відмовляються від терапії ААП

4.6. АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ПОСТІЙНОЮ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ



Застосування антикоагулянтів до та після процедур абляції та імплантації пристроїв

	Алгоритм дії	Рівень доказів
Антиагреганти		
Первина профілактика інфаркту міокарда	Відмінити антиагреганти за 3–7 діб до процедури, залежно від препарату	Нерандомізоване дослідження, думка експертів
Подвійна антиагрегантна терапія після стентування або гострого коронарного синдрому		Нерандомізоване дослідження, думка експертів
Період невисокого ризику	Продовжити тільки АСК (невисокий ризик ускладнень)	
Період високого ризику	Продовжити терапію в повному обсязі (високий ризик ускладнень)	
Терапія варфарином	Відмінити варфарин за 3–6 днів до процедури або продовжувати під контролем МНВ (нижня межа рекомендованого МНВ) вирішує лікар залежно від оцінки ризиків	Міжнародний консенсус експертів
НПАК	Відмінити за 1–3 дні до процедури або продовжити залежно від оцінки ризику. Відновити після досягнення надійного гемостазу	Консенсус експертів

V. РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України. Електронна адреса Державного реєстра лікарських засобів України: <http://www.drlz.com.ua/>

5.1. ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні. В сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (сестрами медичними загальної практики-сімейної медицини).

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (наведені в алфавітному порядку)

Аміодарон, апіксабан, ацетилсаліцилова кислота, варфарин, верапаміл, дабігатрану етексилат, дигоксин, дилтіазем, клопідогрель, метопролол, препарати наперстянки, пропafenон, ривароксабан, соталол.

5.2. ВТОРИННА ТА ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

5.2.1. Кадрові ресурси

Лікар-кардіолог, лікар інсультних відділень стаціонарів та відділень інтенсивної терапії, лікар-невролог, лікар-нейрохірург, лікар-хірург, лікар з лікувальної фізкультури, лікар-фізіотерапевт.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення. Відповідно до таблиця оснащення.

Лікарські засоби (наведені в алфавітному порядку)

Аміодарон, апіксабан, атенолол, атропін, ацетилсаліцилова кислота, бісопролол, верапаміл, варфарин, гепарин, дабігатрану етексилат, дигоксин, дилтіазем, діазепам, дронедазон, еверолімус, есмолол, етакізин, карведилол, клопідогрель, метопролол, натрію хлорид, паклітаксел, прокаїнамід, пропафенон, пропофол, пропранолол, ривароксабан, соталол, такролімус, тіопентал, тримеперидин, фентаніл.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о), затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

6.1.1. Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з фібриляцією передсердь

6.1.2. Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з фібриляцією передсердь

6.1.3. Відсоток пацієнтів з фібриляцією передсердь, для яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем було отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду

6.2. ПАСПОРТИ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

6.2.1. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає первинну медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з фібриляцією передсердь

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД цим індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90 %;

2017 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають первинну медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають первинну медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з ФП (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючим лікарем, який надає первинну медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2. А) Наявність у лікуючого лікаря, який надає вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, локального протоколу ведення пацієнта з фібриляцією передсердь

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД цим індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2016 рік – 90 %;

2017 рік та подальший період – 100 %.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ; структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від всіх лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

ґ) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікуючих лікарів, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу ведення пацієнта з ФП (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікуючими лікарями, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3. А) Відсоток пацієнтів з фібриляцією передсердь, для яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем було отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики – сімейним лікарем / лікарем-терапевтом дільничним (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги) протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта, а також наявність або відсутність прогресування захворювання. Пацієнти, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо лікар має достовірну інформацію про те, що пацієнт живий та перебуває в районі обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики – сімейний лікар / лікар-терапевт дільничний (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги). Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики – сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), розташованими в районі обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. При наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики – сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх лікарів загальної практики – сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів, які складають чисельник та знаменник індикатора.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з фібриляцією передсердь, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги).

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з фібриляцією передсердь, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики – сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги), для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності проявів захворювання. Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ, ВИКОРИСТАНИХ ПРИ РОЗРОБЦІ УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Фібриляція передсердь», 2016

Наказ МОЗ України від 14.03.2015 р. № 183 «Про затвердження восьмого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

Наказ МОЗ України від 27.12.2013 р. № 1150 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».

Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

Наказ МОЗ України від 14.02.2012 р. № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28.04.2012 за № 661/20974.

Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 734 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні планового лікування».

Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 735 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів лікарні інтенсивного лікування».

Наказ МОЗ України від 31.10.2011 р. № 739 «Про затвердження табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення структурних підрозділів консультативно-діагностичного центру».

Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127 «Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».

Наказ МОЗ України від 05.07.2005 р. № 330 «Про запровадження ведення електронного варіанту облікових статистичних форм в лікувально-профілактичних закладах».

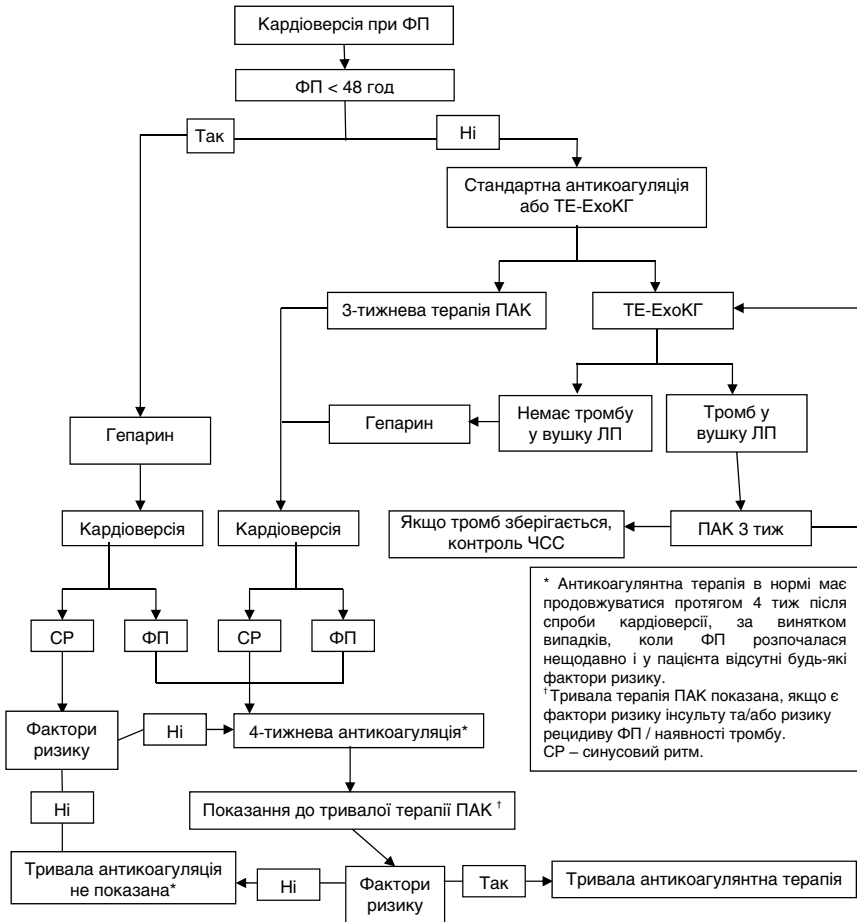
Наказ МОЗ України від 28.10.2002 р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 12.11.2002 за № 892/7180.

Наказ МОЗ України від 23.02.2000 р. № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я».

VIII. ДОДАТКИ ДО УНІФІКОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ПРОТОКОЛУ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Додаток 1 **до уніфікованого клінічного протоколу** **первинної, вторинної (спеціалізованої)** **та третинної (високоспеціалізованої)** **медичної допомоги «Фібриляція передсердь»**

Кардіоверсія при гемодинамічно стабільній ФП, місце кардіоверсії під контролем ТЕ-ЕхоКГ та подальша стратегія антикоагулянтної терапії



Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої)
та третинної (високоспеціалізованої)
медичної допомоги «Фібриляція передсердь»

Стратегії антитромботичної терапії після стентування коронарних артерій у пацієнтів з ФП та помірним або високим ризиком тромбоемболічних подій (тих, кому показана терапія ПАК)

Ризик геморагічних ускладнень	Клінічна ситуація	Імплантаваний стент	Режим антикоагулянтної терапії
Низький або помірний (наприклад, 0–2 бали за шкалою HAS-BLED)	Планове через-шкірне коронарне втручання	Стент без покриття	1 міс: потрійна антитромботична терапія – АВК (МНВ 2,0–2,5) + АСК ≤ 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу Пожиттєво: монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0) або НПАК
	Планове через-шкірне коронарне втручання	Стент з покриттям	3–3 міс (для стентів з покриттям засобами групи «-олімус» ^а) до 6 міс (для стентів з покриттям паклітакселом): потрійна антитромботична терапія – АВК (МНВ 2,0–2,5) + АСК 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу До 12 міс: комбінація АВК (МНВ 2,0–2,5) або НПАК + клопідогрель 75 мг/добу ^б (або АСК 100 мг/добу) Пожиттєво: монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0) або НПАК
	Гострий коронарний синдром	Стент без покриття / Стент з покриттям	6 міс: потрійна антитромботична терапія – АВК (МНВ 2,0–2,5) + АСК 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу До 12 міс: комбінація АВК (МНВ 2,0–2,5) або НПАК + клопідогрель 75 мг/добу ^б (або АСК 100 мг/добу) Пожиттєво: монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0) або НПАК

Високий (наприклад, ≥ 3 балів за шкалою HAS-BLED)	Планове через-шкірне коронарне втручання	Стент без покриття ^c	2–4 тиж: потрібна антитромботична терапія – АВК (МНВ 2,0–2,5) + АСК 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу Пожиттєво: монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0) або НПАК
	Гострий коронарний синдром	Стент без покриття ^c	4 тиж: потрібна антитромботична терапія – АВК (МНВ 2,0–2,5) + АСК 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу До 12 міс: комбінація АВК (МНВ 2,0–2,5) або НПАК + клопідогрель 75 мг/добу ^b (або АСК 100 мг/добу) Пожиттєво: монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0) або НПАК

За необхідності слід зважити доцільність захисту слизової оболонки шлунку інгібітором протонної помпи.

^a Еверолімус та такролімус.

^b Як альтернатива може застосовуватися комбінація АВК (МНВ 2,0–3,0) + АСК ≤ 100 мг/добу (з інгібітором протонної помпи, за необхідності).

^c Якщо є можливість, слід уникати застосування стентів з лікарським покриттям, але, якщо вони все ж застосовуються, показана більш тривала (3–6 міс) потрібна антитромботична терапія.

Адаптовано за даними Lip et al.