

Ведение пациента с фибрилляцией предсердий

Рекомендации Американской ассоциации сердца¹,
Американской кардиологической коллегии²,
Общества специалистов по сердечному ритму³ (март 2014 г.)

Американская кардиологическая коллегия (ACC) и Американская ассоциация сердца (AHA) сотрудничают в создании рекомендаций по лечению сердечно-сосудистых заболеваний с 1980 года и создали совместную рабочую группу ACC/AHA, занимающуюся разработкой, обновлением и пересмотром практических руководств. Для создания рекомендаций по ведению пациента с фибрилляцией предсердий (ФП) в качестве партнера было приглашено Общество специалистов по сердечному ритму (HRS).

При анализе данных, на основе которых разработаны рекомендации, рабочая группа использовала методологические подходы доказательной медицины. В соответствии с ними *класс рекомендации* является оценкой эффекта лечения с учетом соотношения рисков и преимуществ, а также доказательства и/или согласованности в отношении того, что данное лечение или процедура является или не является полезным/эффективным подходом, либо же в некоторых ситуациях может причинить вред. *Уровень доказательности* представляет собой оценку достоверности или точности лечебного эффекта.

Новым дополнением к этой методологии является разделение рекомендаций класса III с целью разграничить, определяет ли рекомендация «отсутствие пользы» или «вред» для пациента.

Лечебные предписания, сделанные в соответствии с этими рекомендациями, эффективны только при строгом следовании им. Поскольку отсутствие понимания пациентом важности лечения и приверженности к нему может негативно повлиять на результаты, врачи должны приложить все усилия для обеспечения активного участия пациента в соблюдении предписанных схем терапии и образа жизни. Кроме того, пациенты должны быть проинформированы о рисках, преимуществах, и

альтернативах для конкретного лечения и, по возможности, привлекаться к совместному принятию решений (особенно это касается рекомендаций класса IIa и IIb, для которых отношение выгода/риск может быть ниже).

Рекомендации во всех возможных случаях основаны на данных доказательной медицины, полученных за период с 2006 года по февраль 2014 года.

Клиническая оценка

Класс I

1. Для установления диагноза ФП рекомендовано получить данные электрокардиографического исследования. (Уровень доказательности C)⁴

Профилактика тромбозов

Антитромботическая терапия, основанная на оценке рисков

Класс I

1. Пациенты с ФП должны получать индивидуализированную антитромботическую терапию, основанную на совместном принятии решений после обсуждения абсолютных и относительных рисков инсульта и кровотечения, а также предпочтений пациента. (C)

2. Выбор антитромботической терапии должен основываться на риске тромбозов независимо от формы ФП: пароксизмальной, персистирующей или постоянной. (B)

3. У пациентов с неклапанной ФП для оценки риска инсульта рекомендуется использовать шкалу CHA₂DS₂-VASc⁵. (B)

4. Пациентам с ФП, имеющим механические клапаны сердца, рекомендован варфарин; целевое значение международного нормализованного отношения (МНО) для них (2,0-3,0 или 2,5-3,5) должно быть определено в зависимости от типа и расположения протеза. (B)

¹ American Heart Association.

² American College of Cardiology.

³ Heart Rhythm Society.

⁴ Далее по тексту в скобках указаны уровни доказательности рекомендаций

⁵ CHA₂DS₂-VASc является акронимом: Congestive heart failure – хроническая сердечная недостаточность, 1 балл; Hypertension – гипертоническая болезнь, 1 балл; Age – возраст старше 75 лет, 2 балла; Diabetes mellitus – сахарный диабет, 1 балл; Stroke – инсульт/транзиторная ишемическая атака/системный эмболизм в анамнезе, 2 балла; Vascular disease – поражение сосудов (инфаркт миокарда в анамнезе, атеросклероз периферических артерий, атеросклероз аорты), 1 балл; Age – возраст 65-74 года, 1 балл; Sex category – пол (женский), 1 балл (прим. переводчика).

5. Пациентам с неклапанной ФП и перенесенным инсультом, транзиторной ишемической атакой или суммарным баллом по $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$ рекомендованы пероральные антикоагулянты:

- варфарин (МНО 2,0-3,0) (А);
- дабигатран (В);
- ривароксабан (В);
- апиксабан (В).

6. У пациентов, получающих варфарин, МНО следует определять по крайней мере еженедельно в начале антитромботической терапии и ежемесячно при стабильной антикоагуляции (МНО в установленных пределах). (А)

7. Пациентам с неклапанной ФП, у которых варфарин не позволяет поддерживать терапевтический уровень МНО, рекомендуется использование прямого ингибитора тромбина или фактора Ха (дабигатрана, ривароксабана или апиксабана). (С)

8. Рекомендовано периодически повторно оценивать необходимость и выбор антитромботической терапии для переоценки рисков инсульта и кровотечения. (С)

9. Переходная терапия нефракционированным гепарином (НФГ) или низкомолекулярным гепарином (НМГ) рекомендована для пациентов с ФП при протезировании клапанов сердца, если необходимо прервать прием варфарина. Следует учитывать риск инсульта и кровотечения. (С)

10. У пациентов с ФП без механических клапанов сердца, которым для проведения вмешательств требуется прервать прием варфарина или антикоагулянтов нового поколения, при принятии решения о переходной терапии (НМГ или НФГ) следует учитывать риск инсульта и кровотечения, а также продолжительность периода без приема антикоагулянтов. (С)

11. Почечную функцию следует оценивать до начала приема прямого ингибитора тромбина или фактора Ха, а затем повторно оценивать по клиническим показаниям (по крайней мере раз в год). (В)

12. Для пациентов с трепетанием предсердий рекомендована антитромботическая терапия в соответствии с тем же профилем риска, что и при ФП. (С)

Класс Ia

1. Пациентам с неклапанной ФП и баллом по $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$, равным 0, целесообразно не назначать антитромботическую терапию. (В)

2. Пациентам с неклапанной ФП и баллом по $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$ или терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН) (клиренс креатинина < 15 мл/мин), или находящимся на гемодиализе, целесообразно назначать варфарин перорально (МНО 2,0-3,0). (В)

Класс Ib

1. Пациентам с неклапанной ФП и баллом 1 по $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ можно не назначать антитромботическую терапию или рассмотреть возможность назначения пероральной антикоагуляции/аспирина. (С)

2. Для больных с неклапанной ФП и ХПН от умеренной до тяжелой (балл по $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$) можно рассмотреть схему лечения с уменьшенными дозами прямого ингибитора тромбина или фактора Ха (например, дабигатрана, ривароксабана или апиксабана), однако его безопасность и эффективность не установлены. (С)

3. У пациентов с ФП, подвергающихся чрескожному коронарному вмешательству, рассмотреть возможность использования непокрытых металлических стентов для сведения к минимуму продолжительности двойной антитромбоцитарной терапии. Антикоагуляция может быть прервана на время процедуры с целью уменьшить риск кровотечений в месте прокола периферических артерий. (С)

4. После коронарной реваскуляризации (чрескожной или хирургической) у пациентов с ФП и баллом по $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$, возможно, целесообразно использовать клопидогрель (в дозе 75 мг один раз в день) одновременно с пероральными антикоагулянтами, но без аспирина. (В)

Класс III: отсутствие пользы

1. Прямой ингибитор тромбина дабигатран и ингибитор фактора Ха ривароксабан не рекомендованы пациентам с ФП и терминальной стадией ХПН или находящимся на гемодиализе из-за отсутствия полученных в клинических испытаниях доказательств относительно баланса рисков и выгод. (С)

Класс III: вред

1. Прямой ингибитор тромбина дабигатран не должен использоваться у пациентов с ФП и механическим сердечным клапаном. (В)

Контроль частоты желудочковых сокращений (ЧЖС)

Класс I

1. Пациентам с пароксизмальной, персистирующей или постоянной ФП рекомендован контроль ЧЖС β -блокаторами (ББ) или недигидропиридиновыми антагонистами кальциевых каналов (НАКК). (В)

2. Пациентам без предвозбуждения в острой ситуации рекомендовано внутривенное (в/в) введение ББ или НАКК для урежения ЧЖС. Пациентам с гемодинамической нестабильностью показана электрическая кардиоверсия. (В)

3. У пациентов, испытывающих связанные с ФП симптомы в процессе деятельности, следует оценить адекватность контроля сердечного ритма при физической нагрузке и, при необходимости, откорректировать фармакотерапию для достижения физиологических значений ЧЖС. (С)

Класс Ia

1. Для симптоматического лечения ФП целесообразно контролировать частоту сердечных сокращений (ЧСС), которая в покое должна составлять < 80 уд./мин. (В)

2. В/в введение амиодарона может быть полезно для контроля ЧСС у пациентов без предвозбуждения в критическом состоянии. (В)

3. При неадекватной фармакотерапии, не обеспечивающей контроля ЧСС, целесообразна абляция атриовентрикулярного (АВ) узла с постоянной желудочковой стимуляцией. (В)

Класс IIb

1. Гибкая стратегия контроля ЧСС (< 110 уд./мин в покое) может быть разумна у бессимптомных пациентов с сохранившейся систолической функцией левого желудочка. (В)

2. Пероральный амиодарон может быть полезен для контроля ЧЖС при неэффективности других мер или противопоказаниях к ним. (С)

Класс III: вред

1. Абляцию АВ узла с постоянной желудочковой стимуляцией не следует применять для улучшения контроля ЧСС без предварительных попыток достичь контроля с помощью медикаментозных препаратов. (С)

2. НАКК не следует применять у пациентов с декомпенсированной сердечной недостаточностью (СН), поскольку это может привести к дальнейшему нарушению гемодинамики. (С)

3. Пациентам с предвозбуждением и ФП не следует назначать дигоксин, НАКК или в/в амиодарон, так как это может увеличить желудочковый ответ и привести к фибрилляции желудочков. (В)

4. Дронедарон не должен применяться для контроля ЧСС у пациентов с постоянной ФП, поскольку это увеличивает риск комбинированной конечной точки (инсульт, инфаркт миокарда, системная эмболия, сердечно-сосудистая смерть). (В)

Контроль синусового ритма

Профилактика тромбозов

Класс I

1. Пациентам с ФП или трепетанием предсердий длительностью ≥ 48 ч или ФП неизвестной длительности рекомендован прием антикоагулянтов с варфарином (МНО 2,0-3,0) в течение не менее 3 недель до и 4 недель после кардиоверсии, проводимой для восстановления синусового ритма, независимо от балла по CHA₂DS₂-VASc и метода (электрическая или фармакологическая). (В)

2. Пациентам с ФП или трепетанием предсердий длительностью ≥ 48 ч или неизвестной длительности, которым требуется немедленная кардиоверсия из-за гемодинамической нестабильности, следует как можно раньше начинать прием антикоагулянтов и продолжать его в течение не менее 4 недель после кардиоверсии при отсутствии противопоказаний. (С)

3. Для пациентов с ФП или трепетанием предсердий длительностью < 48 ч и с высоким риском развития инсульта, в/в введение гепарина/НМГ или прямого ингибитора фактора Ха/тромбина рекомендуется как можно скорее до или сразу после кардиоверсии с последующей долгосрочной антикоагулянтной терапией. (С)

4. После кардиоверсии при ФП любой продолжительности решение о долгосрочной антикоагулянтной терапии следует принимать на основе профиля тромбозоэмболического риска. (С)

Класс IIa

1. Пациентам с ФП или трепетанием предсердий длительностью ≥ 48 ч или неизвестной длительности, не получавших терапию антикоагулянтами в предшествующие 3 недели, целесообразно выполнять перед кардиоверсией трансэзофагеальную эхокардиографию (ТЭЭхоКГ) и приступать к кардиоверсии при отсутствии тромбоза левого предсердия (ЛП), в том числе ушка ЛП, при условии достижения антикоагуляции до ТЭЭхоКГ и поддержания ее после кардиоверсии на протяжении по крайней мере 4 недель. (В)

2. Пациентам с ФП или трепетанием предсердий длительностью ≥ 48 ч или ФП неизвестной длительности целесообразно получать антикоагулянтную терапию дабигатраном, ривароксабаном или апиксабаном не менее 3 недель до и 4 недель после кардиоверсии. (С)

Класс IIb

1. Для пациентов с ФП или трепетанием предсердий длительностью < 48 ч с низким риском тромбозов можно рассмотреть применение антикоагулянтов (в/в гепарин, НМГ или новые пероральные антикоагулянты) либо проведение кардиоверсии без антитромботической терапии; прием пероральных антикоагулянтов после кардиоверсии не требуется. (С)

Кардиоверсия постоянным током

Класс I

1. В рамках стратегии восстановления синусового ритма рекомендуется проведение кардиоверсии пациентам с ФП или трепетанием предсердий. Если кардиоверсия неуспешная, можно предпринять повторные попытки кардиоверсии постоянным током после коррекции расположения электродов, прилагаемого к ним давления или последующей антиаритмической фармакотерапии. (В)

2. Кардиоверсия рекомендуется, если быстрый желудочковый ответ при ФП или трепетании предсердий не реагирует в короткий срок на фармакотерапию, способствуя развитию длительной ишемии миокарда, гипотонии или СН. (С)

3. Кардиоверсия рекомендована пациентам с ФП/трепетанием предсердий и предвозбуждением, если тахикардия обусловлена гемодинамической нестабильностью. (С)

Класс IIa

1. Разумно выполнять повторные кардиоверсии у больных с постоянной ФП при условии, что синусовый ритм может быть поддержан в течение клинически значимого периода между процедурами кардиоверсии. Следует принимать во внимание тяжесть симптомов ФП и предпочтения пациента при разработке стратегии, требующей проведения нескольких кардиоверсий. (С)

Фармакологическая кардиоверсия

Класс I

1. Для фармакологической кардиоверсии ФП/трепетания предсердий применяют флекаинид, дофетилид, пропафенон и в/в ибутилид при отсутствии противопоказаний к выбранному препарату. (А)

Класс IIa

1. Для фармакологической кардиоверсии ФП целесообразно применять пероральный амиодарон. (А)

2. Обосновано применение пропafenона или флекаинида (подход «таблетка в кармане») в дополнение к ББ и НАКК для прекращения ФП вне лечебного учреждения, если безопасность такого лечения для пациента была подтверждена под контролем врача. (В)

Класс III: вред

1. Терапию дофетилидом не следует начинать вне лечебного учреждения из-за риска чрезмерного удлинения интервала QT, что может вызвать полиморфную желудочковую тахикардию (типа «пируэт»). (В)

Антиаритмические препараты для поддержания синусового ритма*Класс I*

1. Перед началом антиаритмической лекарственной терапии рекомендовано провести лечение обратимых заболеваний и состояний, способствующих развитию ФП. (С)

2. Пациентам с ФП для поддержания синусового ритма, в зависимости от основного заболевания сердца и сопутствующих заболеваний, рекомендованы такие антиаритмические препараты (А):

- амиодарон;
- дофетилид;
- дронедазон;
- флекаинид;
- пропafenон;
- соталол.

3. Риски, связанные с терапией антиаритмическими препаратами, в том числе развитие проаритмии, следует оценить до начала терапии каждым из препаратов. (С)

4. Из-за потенциальной токсичности амиодарон следует использовать только после оценки рисков и если другие препараты неэффективны/противопоказаны. (С)

Класс IIa

1. Стратегия восстановления синусового ритма («rhythm control») при фармакологической терапии может быть полезна у пациентов с ФП для лечения кардиомиопатии, вызванной тахикардией. (С)

Класс IIb

1. Продолжение текущей антиаритмической фармакотерапии может быть целесообразным при редких, хорошо переносимых рецидивах ФП, если препарат способствовал снижению частоты или уменьшению проявлений симптомов ФП. (С)

Класс III: вред

1. Если ФП становится постоянной, не следует продолжать прием антиаритмических препаратов для восстановления синусового ритма (С), в том числе дронедазона. (В)

2. Дронедазон не должен использоваться для лечения ФП у пациентов с СН класса III и IV по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) или у больных с эпизодом декомпенсации СН в течение последних 4 недель. (В)

«Опережающая» терапия*Класс IIa*

1. Целесообразно применять ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) или блокатор рецепторов ангиотензина (БРА) для первичной профилактики при впервые выявленной ФП у пациентов с СН со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка. (В)

Класс IIb

1. Терапия ИАПФ или БРА может быть рассмотрена для первичной профилактики при впервые выявленной ФП у пациентов с артериальной гипертензией. (В)

2. Терапия статинами может быть целесообразна для первичной профилактики при впервые выявленной ФП после хирургического вмешательства на коронарных артериях. (А)

Класс III: отсутствие пользы

1. Терапия ИАПФ, БРА или статинами не полезна для первичной профилактики ФП у пациентов без сердечно-сосудистых заболеваний. (В)

Катетерная абляция ФП для поддержания синусового ритма*Класс I*

1. Катетерная абляция ФП эффективна при симптоматической пароксизмальной ФП, трудно поддающейся лечению, или при непереносимости по крайней мере одного антиаритмического препарата класса I или III, когда желательна стратегия восстановления синусового ритма. (А)

2. До рассмотрения возможности катетерной абляции ФП рекомендуется провести оценку процедурных рисков и исходов для конкретного пациента. (С)

Класс IIa

1. Проведение катетерной абляции ФП целесообразно для отдельных пациентов с симптоматической персистирующей ФП, трудно поддающейся лечению, или при непереносимости по крайней мере одного антиаритмического препарата класса I или III. (А)

2. У пациентов с рецидивами симптоматической пароксизмальной ФП применение катетерной абляции целесообразно в качестве начальной стратегии восстановления синусового ритма, до терапевтических исследований антиаритмических препаратов (после оценки процедурных рисков и исходов фармакотерапии и абляции). (В)

Класс IIb

1. Проведение катетерной абляции ФП может быть рассмотрено при симптоматической длительной (> 12 мес.) персистирующей ФП, трудно поддающийся лечению, или при непереносимости по крайней мере одного антиаритмического препарата класса I или III, когда желательна стратегия восстановления синусового ритма. (В)

2. Проведение катетерной абляции ФП может быть рассмотрено до начала антиаритмической лекарственной терапии препаратами I или III класса в случае симптоматической персистирующей ФП, когда желательна стратегия восстановления синусового ритма. (С)

Класс III: вред

1. Не следует проводить катетерную абляцию ФП пациентам, которые не могут получить антикоагулянтную терапию во время и после процедуры. (С)

2. Катетерная абляция ФП для восстановления синусового ритма не должна выполняться, если единственной целью является устранение необходимости приема антикоагулянтов. (С)

Хирургическая абляция (операция «лабиринт»)*Класс IIa*

1. Проведение хирургической абляции целесообразно для отдельных пациентов с ФП, подвергающихся хирургическому вмешательству на сердце по другим показаниям. (С)

Класс IIb

1. Хирургическая процедура исключительно с целью абляции может быть целесообразной для отдельных пациентов с тяжелыми симптомами ФП при неэффективности других подходов к лечению. (В)

Особые группы пациентов и ФП**Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМ)***Класс I*

1. Антикоагуляция показана пациентам с ГКМ и ФП независимо от балла по CHA₂DS₂-VASc. (В)

Класс IIa

1. Антиаритмические препараты могут быть полезны для профилактики рецидивов ФП у пациентов с ГКМ. Целесообразно назначать амиодарон или дизопирамид в сочетании с ББ или НАКК. (С)

2. Катетерная абляция ФП может быть полезна пациентам с ГКМ, у которых желателен применение стратегии восстановления синусового ритма, при неэффективности или непереносимости антиаритмических препаратов. (В)

Класс IIb

1. Назначение соталола, дофетилида и дронедрона может рассматриваться в рамках стратегии восстановления синусового ритма у пациентов с ГКМ. (С)

ФП, осложненная острым коронарным синдромом*Класс I*

1. Срочная кардиоверсия постоянным током при впервые возникшей ФП в случае острого коронарного синдрома (ОКС) рекомендуется для пациентов с гемодинамическими нарушениями, длительной ишемией или недостаточным контролем ЧЖС. (С)

2. В/в введение ББ рекомендуется для замедления быстрого желудочкового ответа на фибрилляцию предсердий у пациентов с ОКС, не имеющих проявлений СН, гемодинамической нестабильности или бронхоспазма. (С)

3. Пациентам с ОКС и фибрилляцией предсердий, имеющим балл по CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 , рекомендуется назначать антикоагулянты с варфарином при отсутствии противопоказаний. (С)

Класс IIb

1. Может быть рассмотрено назначение амиодарона или дигоксина для замедления быстрого же-

лудочкового ответа у пациентов с ОКС и ФП, связанными с тяжелой дисфункцией левого желудочка и СН или гемодинамической нестабильностью. (С)

2. Назначение НАКК для замедления быстрого желудочкового ответа у больных с ОКС и ФП возможно только при отсутствии выраженной СН или гемодинамической нестабильности. (С)

Гипертиреоз*Класс I*

1. ББ рекомендованы для контроля желудочкового ритма у пациентов с ФП, осложненной тиреотоксикозом, при отсутствии противопоказаний. (С)

2. В условиях, при которых ББ не могут быть использованы, для контроля ЧЖС рекомендованы НАКК. (С)

Заболевания легких*Класс I*

1. НАКК рекомендованы для контроля желудочкового ритма у пациентов с ФП и хроническим обструктивным заболеванием легких. (С)

2. Следует предпринять попытку провести кардиоверсию постоянным током у пациентов с заболеванием легких, которые становятся гемодинамически нестабильными вследствие впервые возникшей ФП. (С)

Синдромы Вольфа – Паркинсона – Уайта и предвозбуждения желудочков*Класс I*

1. При гемодинамических нарушениях пациентам с ФП, синдромом Вольфа – Паркинсона – Уайта и быстрым желудочковым ответом рекомендовано срочное проведение кардиоверсии постоянным током. (С)

2. В/в введение прокаинамида или ибутилида для восстановления синусового ритма или замедления ЧЖС рекомендовано пациентам с ФП при предвозбуждении и быстром желудочковом ответе, если у них нет гемодинамических нарушений. (С)

3. Катетерная абляция дополнительного проводящего пути рекомендована у пациентов с симптомами ФП и предвозбуждением, особенно если дополнительный проводящий путь имеет короткий рефрактерный период, делающий возможным быстрое антеградное проведение. (С)

Класс III: вред

1. Назначение амиодарона в/в; аденозина, дигоксина (перорально или в/в) или НАКК (перорально или в/в) больным ФП с синдромом Вольфа – Паркинсона – Уайта и предвозбуждением потенциально опасно, поскольку эти препараты ускоряют ЧЖС. (В)

Сердечная недостаточность*Класс I*

1. Контроль ЧСС в покое с использованием ББ или НАКК рекомендуется для пациентов с персистирующей или постоянной ФП и компенсированной СН с сохраненной ФВ (СНсФВ). (В)

2. При отсутствии предвозбуждения рекомендуется в/в введение ББ (или НАКК у пациентов с СНсФВ) для замедления желудочкового ответа на ФП в острой ситуации; у пациентов с выраженным

застоем, гипотензией или СН со снижением ФВ левого желудочка – с осторожностью. (В)

3. При отсутствии предвозбуждения дигоксин или амиодарон в/в рекомендованы для контроля ЧСС в острой ситуации у пациентов с СН. (В)

4. Оценка контроля ЧСС во время физических упражнений и коррекция фармакотерапии с целью удержания ЧСС в физиологическом диапазоне полезны для симптоматических пациентов в процессе жизнедеятельности. (С)

5. Дигоксин эффективно контролирует ЧСС в покое у пациентов с СН со сниженной фракцией выброса. (С)

Класс IIa

1. Сочетание дигоксина и ББ (или НАКК для пациентов с СНсФВ) целесообразно для контроля ЧСС в покое и при нагрузке у пациентов с фибрилляцией предсердий. (В)

2. Проведение абляции АВ узла с желудочковой стимуляцией целесообразно для контроля ЧСС, если фармакотерапия недостаточно эффективна или не переносится. (В)

3. Амиодарон в/в может быть полезен для контроля ЧСС у пациентов с ФП, если другие меры безрезультатны или противопоказаны. (С)

4. Для пациентов с ФП и быстрым желудочковым ответом, вызывающим (или предположительно вызывающим) развитие индуцированной тахикардией кардиомиопатии, целесообразно достижение контроля ЧЖС за счет блокады АВ узла или стратегии восстановления синусового ритма. (В)

5. Для пациентов с хронической СН, у которых симптомы ФП проявляются, несмотря на стратегию контроля ЧЖС, целесообразно использовать стратегию восстановления синусового ритма. (С)

Класс IIb

1. Применение перорального амиодарона может быть рассмотрено, если ЧСС в покое и при физической нагрузке не контролируется адекватно с помощью ББ (или НАКК у пациентов с СНсФВ) либо дигоксина, отдельно или в комбинации. (С)

2. Проведение абляции АВ узла можно рассмотреть при отсутствии контроля ЧЖС и подозрении на индуцированную тахикардией кардиомиопатию. (С)

Класс III: вред

1. Не следует проводить абляцию АВ узла для достижения контроля ЧЖС без фармакологического исследования. (С)

2. Не следует вводить пациентам с декомпенсированной сердечной недостаточностью НАКК (в/в), ББ (в/в) и дронадарон для контроля ЧЖС. (С)

Семейная (наследственная) ФП

Класс IIb

1. Целесообразно рассмотреть направление пациентов с ФП, члены семьи которых в нескольких поколениях страдали ФП, в центр специализированной медицинской помощи для генетического консультирования и тестирования. (С)

Назначения после проведения кардиохирургических и торакальных вмешательств

Класс I

1. Для лечения пациентов с ФП, развившейся после операции на сердце, рекомендованы ББ при отсутствии противопоказаний. (А)

2. При неэффективности ББ для достижения контроля ЧЖС у пациентов с послеоперационной фибрилляцией предсердий рекомендованы НАКК. (В)

Класс IIa

1. Предоперационное применение амиодарона снижает заболеваемость ФП у пациентов, перенесших операции на сердце, и целесообразно в качестве профилактической терапии при высоком риске развития послеоперационной ФП. (А)

2. При послеоперационной ФП обоснованным является восстановление синусового ритма фармакологически (ибутилид) или кардиоверсией постоянным током, как это рекомендовано для нехирургических пациентов. (В)

3. Целесообразно назначать антиаритмические препараты для поддержания синусового ритма у больных с рецидивирующей или резистентной послеоперационной ФП, как это рекомендовано для других пациентов с ФП. (В)

4. Оправдано назначение антитромботических препаратов пациентам с послеоперационной ФП, как это рекомендовано для нехирургических пациентов. (В)

5. При хорошо переносимой впервые развившейся послеоперационной ФП на фоне контроля ЧЖС и приема антикоагулянтов целесообразно провести кардиоверсию, если синусовый ритм не восстанавливается спонтанно в течение периода наблюдения. (С)

Класс IIb

1. Профилактическое назначение соталола может быть рассмотрено для пациентов с риском развития ФП после кардиохирургического вмешательства. (В)

2. Назначение колхицина может быть рассмотрено для пациентов, перенесших операцию, с целью снижения вероятности развития ФП. (В)

Реферативный обзор подготовила Наталия Купко по материалам January C.T., Wann L.S., Alpert J.S. et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society (Circulation. 2014; 10)