

# РЕКОМЕНДАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ТОВАРИСТВА КАРДІОЛОГІВ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ 2024 РОКУ: ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ЩОДО ЛІКУВАННЯ — ПРИНЦИП AF-CARE. Частина 1

В.А. Скибчик, Т.М. Соломенчук

Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького

УДК: 616.12-008.318:615.22

**Резюме.** Огляд рекомендацій Європейського товариства кардіологів із ведення хворих із фібриляцією передсердь (ФП) 2024 року містить оновлені та частково змінені настанови з лікування ФП згідно з основним принципом AF-CARE, який включає С — «comorbidity and risk factor management» — втручання з метою корекції супутніх захворювань і факторів ризику; А — «avoid stroke and thromboembolism» — заходи з профілактики інсульту та тромбоемболії; R — «reduce symptoms by rate and rhythm control» — зменшення вираженості симптомів шляхом контролю частоти шлуночкових скорочень і контролю ритму; Е — «evaluation and dynamic reassessment» — обстеження й динамічне спостереження.

**Ключові слова:** фібриляція передсердь, принцип AF-CARE, антикоагулянтна терапія.

Фібриляція передсердь (ФП) — найчастіший тип аритмії, що трапляється у 2-3% населення. Очікується, що до 2050 року поширеність ФП подвоїться, що пов'язано зі старінням населення, зростанням кількості супутніх захворювань, підвищенням обізнаності та появою нових технологій діагностики [1].

Пацієнти з ФП можуть страждати від безлічі симптомів і поганої якості життя. Інсульт та серцева недостатність як наслідки ФП нині добре оцінені медичними працівниками, але ФП також пов'язана з низкою інших тромбоемболічних ускладнень. До них відносяться субклінічні ушкодження головного мозку, що потенційно призводять до судинної деменції, і тромбоемболія всіх інших органів, що спричиняє більш високий ризик смерті, пов'язаної з ФП.

Оновлені рекомендації щодо лікування ФП, опубліковані Європейським товариством кардіологів (ЄТК) 2024 року, змінюють підхід до лікування цього складного багатфакторного захворювання. Відповідно до Рекомендацій ЄТК (ESC) 2024 щодо лікування ФП [1], в основі терапії — пацієнтоорієнтований підхід. Лікування ФП має ґрунтуватися на принципі AF-CARE: бути індивідуальним, враховувати не лише медичні показники, а й побажання пацієнта (рис. 1).

У нових рекомендаціях також наголошується на важливості спільного прийняття рішень щодо лікування та догляду, включаючи як пацієнтів, так і багатопрофільну команду. Особлива увага приділяється навчанню пацієнтів, членів їхніх сімей і медичних працівників, щоб гарантувати, що вони мають можливість зробити правильний вибір щодо лікування кожного пацієнта.

Ще одна важлива рекомендація полягає в тому, щоб лікувати всіх пацієнтів із ФП, незалежно від того, чи є вони молодими чи літніми, чоловіками чи жінками, чорношкірими чи білими, чи мають високий чи низький ризик.

## Ведення пацієнтів із фібриляцією передсердь

Рекомендаціями ESC 2024 року запропоновано концепцію ведення пацієнтів із ФП у вигляді простого алгоритму AF-CARE.

Принцип AF-CARE включає (рис. 2):

- С — «comorbidity and risk factor management» — корекція супутніх захворювань та факторів ризику;
- А — «avoid stroke and thromboembolism» — профілактика інсульту та тромбоемболії;
- R — «reduce symptoms by rate and rhythm control» — зменшення вираженості симптомів шляхом контролю частоти шлуночкових скорочень і контролю ритму;
- Е — «evaluation and dynamic reassessment» — обстеження й динамічне спостереження.



Рис. 1. Мультидисциплінарний підхід до лікування ФП

**«С» — КОРЕКЦІЯ СУПУТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ І ФАКТОРІВ РИЗИКУ**

У розділі, присвяченому супутнім захворюванням, наголошується, що ФП не можна розглядати ізольовано. Ретельна оцінка й лікування супутніх захворювань і факторів ризику мають вирішальне значення для всіх аспектів догляду за пацієнтами з ФП, щоб уникнути рецидивів та прогресування ФП, покращити успіх лікування й запобігти несприятливим наслідкам, пов'язаним із ФП (рис. 3).

**NB! Запам'ятати!**

Виявлення й лікування супутніх захворювань і факторів ризику є початковими та центральними компонентами ведення пацієнтів, що мають вирішальне значення для всіх інших аспектів догляду за пацієнтами з ФП.

**Рекомендації щодо супутньої патології та лікування факторів ризику при фібриляції передсердь:**

- Рекомендації щодо виявлення та лікування ФР і супутніх захворювань рекомендовано як невід'ємна частина лікування ФП (I, B).

- Лікування і зниження артеріального тиску рекомендовано пацієнтам із ФП та гіпертензією, щоб зменшити рецидиви й прогресування ФП і запобігти несприятливим серцево-судинним подіям (I, B).
- Діуретики рекомендуються пацієнтам із ФП і СН та застійними явищами, щоб полегшити симптоми і сприяти кращому лікуванню ФП (I, C).

**Первинна профілактика ФП:**

- Для профілактики ФП у загальній популяції рекомендовано підтримувати оптимальний артеріальний тиск із застосуванням інгібіторів АПФ або БРА як терапії першої лінії (I, B).
- Для запобігання ФП особам із серцевою недостатністю зі зниженою фракцією (СНзНФВ) рекомендується відповідна медикаментозна терапія СН (I, B).
- Загальній популяції рекомендується підтримувати нормальну масу тіла (ІМТ – 20-25 кг/м<sup>2</sup>) для запобігання ФП (I, B).
- Для запобігання ФП рекомендується вести активний спосіб життя, еквівалент 150-300 хв на тиждень помірної інтенсивності або 75-150 хв на тиждень високої інтенсивності аеробної фізичної активності (I, B).

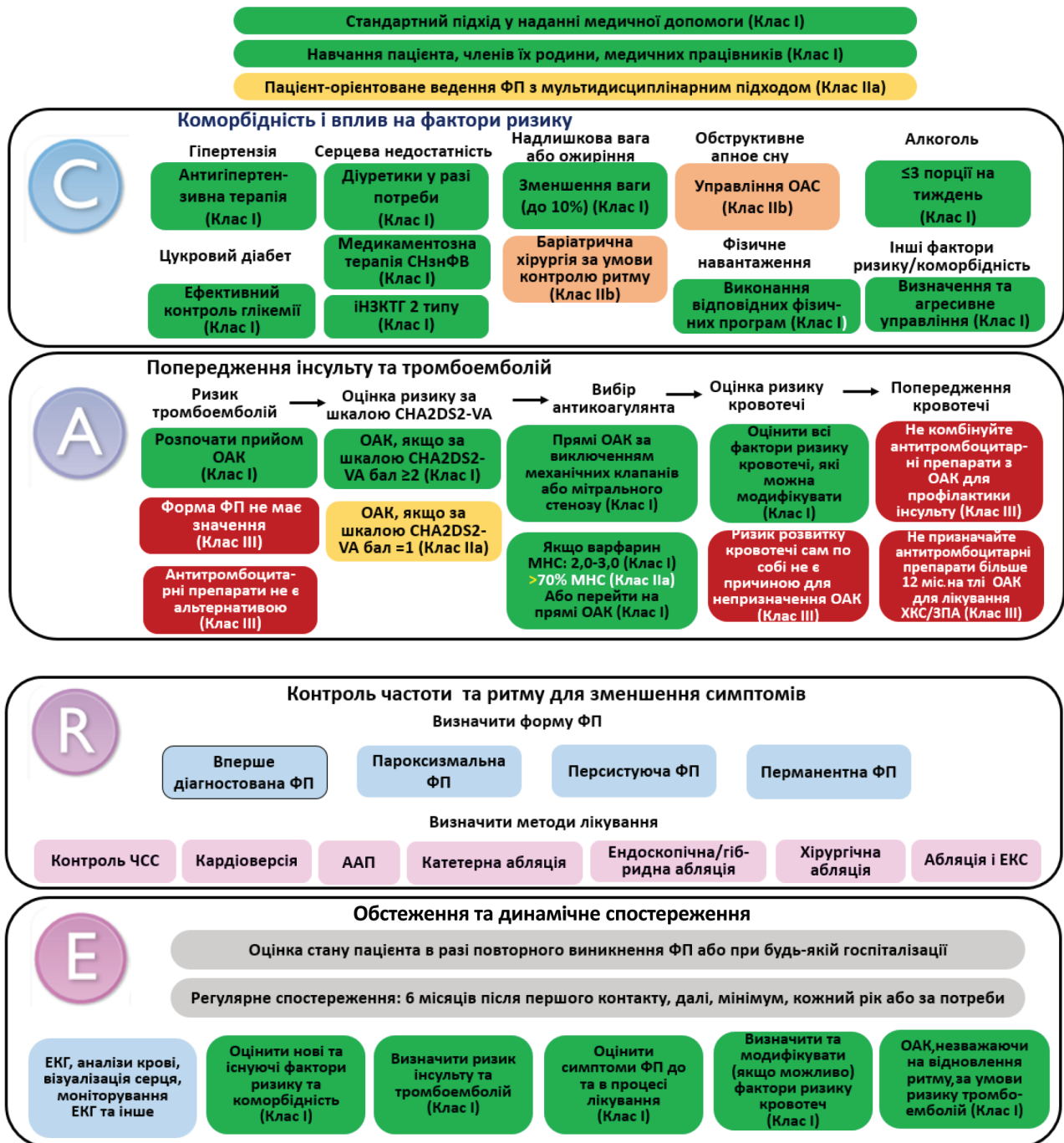


Рис. 2. Алгоритм AF-CARE при фібриляції передсердь

Примітка. ХКС — хронічний коронарний синдром; ОАК — прямий пероральний антикоагулянт; ЕКГ — електрокардіограма; СНзНФВ — серцева недостатність зі зниженою фракцією викиду; МНС — міжнародне нормалізоване співвідношення протромбінового часу; ОАС — обструктивне апное уві сні; ЗПА — захворювання периферичних судин; іНЗКТГ2 — інгібітор натрійзалежного котранспортера глюкози 2; АВК — антагоніст вітаміну К.

- У загальній популяції рекомендується уникати алкоголю (I, B).
  - Метформін або інгібітори натрійзалежного котранспортера глюкози 2-го типу (іНЗКТГ 2-го типу) слід розглянути для осіб, які потребують фармакологічного лікування ЦД для запобігання ФП (IIa, B).
  - Для запобігання ФП слід розглянути можливість зниження ваги в осіб з ожирінням (IIa, B).
- Управління супутніми захворюваннями та факторами ризику:**
- Пацієнтам із ФП із СН та порушенням ФВ лівого шлуночка рекомендовано відповідне медикаментозне лікування СН, щоб зменшити

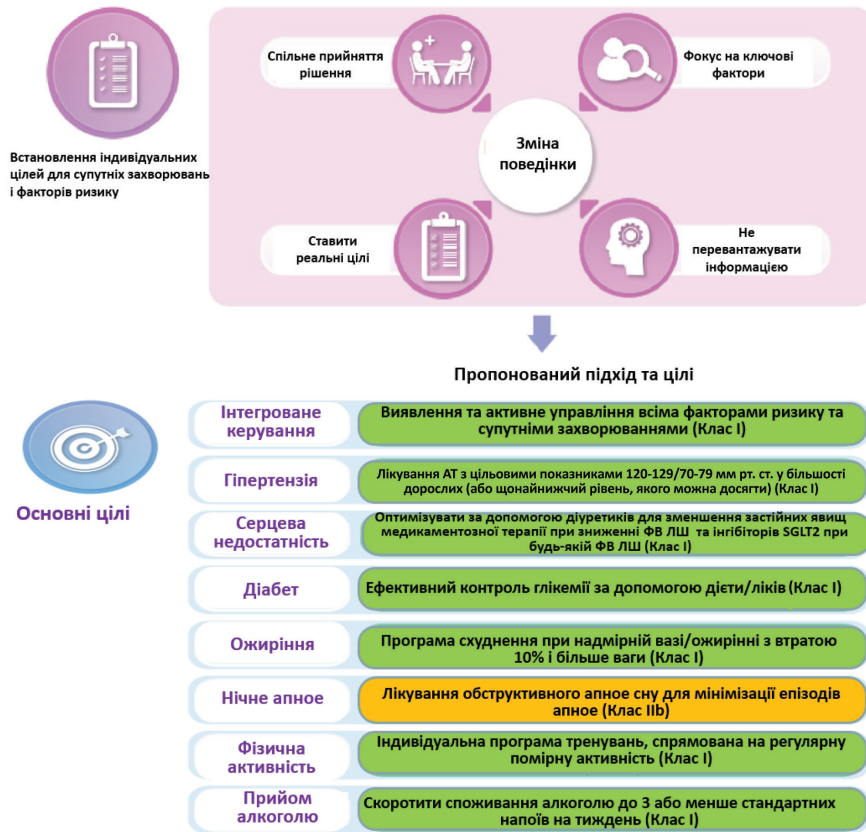


Рис. 3. Лікування основних супутніх захворювань для зменшення рецидивів ФП

симптоми та/або госпіталізацію, пов'язану із СН, і запобігти рецидиву ФП (I, B).

- ІНЗКТГ2 рекомендуються пацієнтам із СН і ФП незалежно від ФВ ЛШ, щоб зменшити ризик госпіталізації з приводу СН і серцево-судинної смерті (I, A).
- Ефективний глікемічний контроль рекомендується як частина комплексного управління ФР в осіб із ЦД і ФП, щоб зменшити тягар, рецидиви й прогресування ФП (I, C).

#### «А» — ПОПЕРЕДЖЕННЯ ІНСУЛЬТУ ТА ТРОМБОЕМБОЛІЙ

Фібриляція передсердь є основним фактором ризику кардіоемболічного інсульту та тромбоемболії, незалежно від того, чи є вона пароксизмальною, персистуючою чи постійною. Без лікування та залежно від інших специфічних для пацієнта факторів ризик ішемічного інсульту при ФП підвищується в п'ять разів, також один із п'яти інсультів пов'язаний із ФП. Тому підхід за замовчуванням: необхідне призначення ОАК усім пацієнтам із ФП, за винятком тих, хто має низький ризик виникнення інсульту або тромбоемболії. Ефективність ОАК для профілактики ішемічного інсульту в пацієнтів із ФП переконливо доведена. Антиагрегантні препарати (аспірин або аспірин у комбінації з клопидогрелем) не рекомендуються для профілактики інсульту при ФП.

Для оцінки ризику інсульту в пацієнтів із ФП рекомендується використовувати шкалу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA (ESC, 2024) (табл. 1).

#### Ведення пацієнтів із ФП та високим тромбоемболічним ризиком

- ОАК рекомендовано пацієнтам із ФП із підвищеним тромбоемболічним ризиком для профілактики ішемічного інсульту та тромбоемболій (I, A).
- Два бали за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA свідчать про високий тромбоемболічний ризик та необхідність призначення ОАК (I, C).
- ОАК рекомендовано пацієнтам із ФП та гіпертрофічною кардіоміопатією (ГКМП) або амілоїдозом серця незалежно від бала за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA для профілактики ішемічного інсульту і тромбоемболій (I, B).
- Рекомендована періодична оцінка тромбоемболічного ризику в пацієнтів із ФП для призначення/корекції терапії ОАК (I, B).
- Один бал за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA може свідчити про високий тромбоемболічний ризик та необхідність призначення ОАК (IIa, C).
- Призначення прямих ОАК може бути розглянуто в пацієнтів із безсимптомною ФП, яка була діагностована інструментальними методами, і підвищеним тромбоемболічним ризиком, за винятком пацієнтів із високим ризиком кровотеч (IIb, B).

**Таблиця 1. Оновлені визначення оцінки CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VA**

Компоненти шкали		Визначення та коментарі	Кількість балів
C	Хронічна серцева недостатність	Симптоми або ознаки серцевої недостатності (незалежно від ФВЛШ) чи наявність асимптомної ФВЛШ <40%	1
H	Гіпертензія	АТ у спокої >140/90 мм рт. ст. при як мінімум 2 вимірюваннях або антигіпертензивна терапія. Цільовий рівень АТ – 120-129/70-79 мм рт. ст.	1
A	Вік 75 років і старше	Вік – незалежний фактор ризику ішемічного інсульту. З віком ризик зростає. Тому вік ≥75 років – це 2 бали.	2
D	Цукровий діабет	Цукровий діабет 1-го або 2-го типу; або лікування з використанням препаратів, що знижують рівень глюкози.	1
S	Інсульт, ТІА	Тромбоемболія в анамнезі асоціюється з високим ризиком повторних епізодів; тому 2 бали.	2
V	Захворювання судин	Коронарне захворювання артерій (ІМ, стенокардія, хірургічна або черезшкірна реваскуляризація в анамнезі), значні артеріальні ураження на коронарографії або при візуалізації міокарда АБО Захворювання периферичних артерій (ЗПА), переміжна кульгавість, реваскуляризація з приводу ЗПА, черезшкірна або хірургічна інтервенція на абдомінальній аорті, аортальна бляшка з ульceraцією або товщиною ≥4 мм.	1
A	Вік 65-74 роки	1 бал за вік 65-74 роки	1

**Таблиця 2. Рекомендовані дози для прямих пероральних антикоагулянтів**

ПОАК	Стандартна доза	Критерії зниження дози	Знижена доза
Апіксабан	5 мг 2 рази/добу	Мінімум 2 із 3 критеріїв: • Вік ≥80 років • Маса тіла ≤60 кг або • Креатинін сироватки ≥133 ммоль/л	2,5 мг 2 рази/добу
Дабігатран	150 мг 2 рази/добу	Призначається пацієнтам: • Вік ≥80 років • Одночасний прийом верапамілу Індивідуальне зменшення дози в таких випадках: • вік 75-80 років; • помірна ниркова недостатність (кліренс креатиніну 30-50 мл/хв); • пацієнти з гастритом, езофагітом або гастроєзофагеальним рефлюксом; • підвищеним ризиком кровотечі	110 мг 2 рази/добу
Едоксабан	60 мг 1 раз/добу	За наявності будь-якого із критеріїв: • КлКР 15-50 мл/хв • Маса тіла ≤60 кг • Одночасний прийом дронедазону, циклоспорину, еритроміцину або кетоконазолу	30 мг 1 раз/добу
Ривароксабан	20 мг 1 раз/добу	КлКР 15-49 мл/хв	15 мг 1 раз/добу

Примітка: \* — знижена доза при дотримуванні критеріїв; КлКР — кліренс креатиніну, ПОАК — прямих пероральних антикоагулянтів.

- Антитромбоцитарна терапія не рекомендована як альтернатива ОАК у пацієнтів із ФП для профілактики ішемічного інсульту і тромбоемболій (III, A).
- Форма клінічного перебігу ФП (пароксизмальна, персистуюча або перманентна) не впливає на визначення необхідності призначення ОАК (III, B).

**Рекомендації щодо антикоагулянтної терапії при фібриляції передсердь**

- Прямі пероральні антикоагулянти (ПОАК) рекомендуються переважно замість антагоністів вітаміну К (АВК) для профілактики ішемічного

інсульту та тромбоемболії, за винятком пацієнтів із механічними серцевими клапанами або стенозом мітрального клапана помірного або важкого ступеня (I, A).

- Цільове міжнародне нормалізоване відношення (МНВ/INR) у межах 2,0-3,0 рекомендовано пацієнтам із ФП, яким призначені АВК для попередження інсульту, щоб гарантувати безпеку й ефективність (I, B).
- Рекомендується перейти на ПОАК пацієнтам, які не змогли підтримувати адекватний час у терапевтичному діапазоні (ЧТД <70%) на АВК, щоб

- запобігти тромбоемболії та внутрішньочерепним крововиливам (I, B).
- Підтримка ЧТД більше 70% має бути розглянута в пацієнтів, які приймають АВК, щоб гарантувати безпеку й ефективність, з достатньою частотою перевірки МНВ та освіти з консультуванням, які орієнтовані на пацієнта (IIa, A).
- Продовження терапії АВК замість переходу на ПОАК має бути розглянуто в пацієнтів  $\geq 75$  років у клінічно стабільних хворих на терапії АВК із множинними призначеннями, щоб попередити додатковий ризик кровотеч (IIb, B).
- Редукована (знижена) доза ПОАК не рекомендована для уникнення тромбоемболічних подій, хіба що пацієнт підходить під ПОАК-специфічні критерії, щоб запобігти недостатньому дозуванню (III, B).  
При ініціюванні антикоагулянтної терапії необхідно віддавати перевагу ПОАК (табл. 2), оскільки результати великого метааналізу (Ruff et al., 2014) показали, що ПОАК виявились ефективнішими для профілактики інсульту та системних емболій: у групі ПОАК було зареєстровано на 19% менше ішемічних подій порівняно з групою АВК (варфарину).

### Список використаної літератури

1. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HGM, De Potter TJR, Dwight J, Guasti L, Hanke Th, Jaarsma T, Lettino M, Løchen M-L, Lumbers RT, Maesen B, Mølgaard I, Rosano GMC, Sanders P, Schnabel RB, Suwalski P, Svennberg E, Tamargo J, Tica O, Traykov V, Tzeis S, Kotecha D, ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*. 2024; ehae176, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>.

### 2024 EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY RECOMMENDATIONS FOR ATRIAL FIBRILLATION: THE MAIN PROVISIONS REGARDING TREATMENT – THE AF-CARE PRINCIPLE

V.A. Skybchuk, T.M. Solomenchuk

**Abstract.** The review of 2024 European Society of Cardiology recommendations for the management of patients with atrial fibrillation (AF) contains updated and partially changed guidelines for the treatment of AF according to the basic AF-CARE principle, which includes C – «comorbidity and risk factor management» — handing over the appointment of the correction of concomitant diseases and risk factors; A – «avoid stroke and thromboembolism» — measures for specialized consultation and thromboembolism; R – «reduce symptoms by rate and rhythm control» — reducing the severity of symptoms by controlling the frequency of ventricular rates and rhythm control; E – «evaluation and dynamic reassessment» — examination and dynamic observation.

**Keywords:** atrial fibrillation, AF-CARE principle, anticoagulant therapy.

**Для цитування:** Скибчик ВА, Соломенчук ТМ. Рекомендації Європейського товариства кардіологів із фібриляції передсердь 2024 року: основні положення щодо лікування — принципи AF-CARE. Частина 1. Практикуючий лікар, 2024. № 3. с. 4-10. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-3.4.

**Адреса для листування:** Скибчик Василь Антонович, profvas292@gmail.com; кафедра сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна. Соломенчук Тетяна Миколаївна, profsolomenchuk@ukr.net; кафедра сімейної медицини ФПДО, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, 79010, Україна.

**Відомості про авторів:** Скибчик Василь Антонович, доктор медичних наук, професор кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-7140-0162. Соломенчук Тетяна Миколаївна, докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри сімейної медицини ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. ORCID: 0000-0002-6153-0457.

**Особистий внесок:** Скибчик В.А. — генератор ідеї, редагування матеріалу, оформлення статті. Соломенчук Т.М. — участь у написанні та оформленні статті до друку.

**Фінансування:** Стаття підготовлена в рамках бюджетного фінансування Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

**Декларація:** Автори задекларували відсутність конфлікту інтересів і фінансових зобов'язань.

**Проходження статті:** Надійшла до редакції 12.07.2024 р., прийнята на друкування 05.08.2024 р., надрукована 30.09.2024 р.

**For citation:** Skybchuk VA, Solomenchuk TM. 2024 European society of cardiology recommendations for atrial fibrillation: the main provisions regarding treatment – the AF-CARE principle. *The Practitioner*, 2024. № 3. p. 4-10. DOI: 10.31793/2413-5461.2024.13-3.4.

**Correspondence address:** Skybchuk Vasyl Antonovych, profvas292@gmail.com; Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine. Solomenchuk Tetiana Mykolaivna, profsolomenchuk@ukr.net; Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska street, 69, 79010, Ukraine.

**Information about the authors:** Skybchuk Vasyl Antonovych, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-7140-0162. Solomenchuk Tetiana Mykolaivna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the of the Department of FPE Family Medicine, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0002-6153-0457.

**Personal contribution:** Skybchuk VA — an idea generator, material editing, article design. Solomenchuk TM — interpretation of results, writing of the article.

**Funding:** The article was prepared within the budget funding of the Danylo Halytsky Lviv National Medical University.

**Declaration of Ethics:** The authors declare that there is no conflict of interest or financial bias.

**Article:** Received 12.07.2024, accepted 05.08.2024, published 30.09.2024.