

Клінічний випадок фібриляції передсердь на фоні ішемічної хвороби серця та коморбідної патології. Обґрунтування формулювання діагнозу та схеми лікування відповідно до сучасних рекомендацій (Матеріали для інформального навчання)

В. І. Ткаченко

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Фібриляція передсердь (ФП) – найбільш поширене порушення серцевого ритму, яке зустрічається у клінічній практиці, але її вчасна діагностика, профілактика та лікування, особливо на фоні коморбідних станів, викликає труднощі.

Мета – розгляд клінічного випадку пацієнта з фібриляцією передсердь на фоні ішемічної хвороби серця (ІХС) та коморбідної патології, обґрунтування формулювання діагнозу та схеми лікування відповідно до сучасних рекомендацій.

Матеріали та методи. Аналіз історії хвороби пацієнта, даних анамнезу, клінічного та лабораторно-інструментального обстеження, огляд сучасних міжнародних та національних керівництв відповідно до клінічного випадку. Були застосовані методи структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний метод дослідження.

Результати. Описано клінічний випадок пацієнта з уперше діагностованою постійною ФП внаслідок ІХС: стенокардія напруги II ФК, постінфарктного кардіосклерозу з ускладненням у формі серцевої недостатності зі збереженою фракцією викиду на фоні комбінованої дисліпідемії, артеріальної гіпертензії, хронічної хвороби нирок.

Обґрунтовано встановлення діагнозу за сучасними рекомендаціями та розроблення схеми лікування відповідно до ESC 2020, міжнародних та національних керівництв. Лікувальна тактика ФП ґрунтується на підході ABC Pathway (Atrial fibrillation Better Care): антикоагулянтна терапія / профілактика інсульту, кращий контроль симптомів, контроль супутніх захворювань і факторів ризику.

Висновки. Своєчасна діагностика та систематичний скринінг фібриляції передсердь, оцінка ризику інсульту мають особливо важливе значення для пацієнтів віком ≥ 65 років та кращого прогнозу пацієнтів. У лікуванні ФП слід дотримуватися підходу ABC.

Ключові слова: фібриляції передсердь, коморбідні стани, діагноз, лікування, клінічний випадок, інформальна освіта.

A clinical case of atrial fibrillation on background of coronary heart disease and comorbid pathology. Justification of the diagnosis and treatment in accordance with modern recommendations (Materials for informal learning)

V. I. Tkachenko

Atrial fibrillation (AF) is the most common heart rhythm disorder encountered in clinical practice, but its diagnosis, prevention and treatment, especially on the background of comorbid conditions, cause difficulties.

The objective – to present a clinical case of atrial fibrillation on the background of coronary heart disease and comorbid pathology, to substantiate the diagnosis and treatment scheme in accordance with modern recommendations.

Materials and methods. Analysis of the patient's medical history, anamnesis data, clinical and laboratory-instrumental examination, analysis of modern international and national guidelines, structural and logical analysis and the bibliosemantic research method were used.

Results. A clinical case of a patient with newly diagnosed permanent AF is described. AF is caused by coronary heart disease, angina pectoris, post-infarction cardiosclerosis, complicated by heart failure with a preserved ejection fraction on the background of dyslipidemia, arterial hypertension, chronic kidney disease. Establishing a diagnosis according to modern recommendations and developing a treatment regimen in accordance with ESC, international and national guidelines is substantiated. AF treatment tactics are based on the ABC Pathway (Atrial fibrillation Better Care) approach: anticoagulant therapy / stroke prevention, better symptom control, control of comorbidities and risk factors.

Conclusions. The right diagnosis and systematic screening of atrial fibrillation, stroke risk assessment and control are especially important for patients aged ≥ 65 years for better patient prognosis. The ABC approach should be followed in the treatment of AF.

Keywords: atrial fibrillation, comorbid conditions, diagnosis, treatment, clinical case, informal education.

Фібриляція передсердь (ФП) – надшлуночкова тахіаритмія з некоординованою електричною активністю передсердь і, як наслідок, неефективним скороченням передсердь. Електрокардіографічні характеристики ФП включають:

- нерегулярні інтервали R–R (коли атривентрикулярна провідність не порушена),
- відсутність чітких повторюваних зубців P,
- нерегулярні передсердні активації [1, 2].

Фібриляція передсердь МКХ-10: I48.0 – найбільш поширене порушення серцевого ритму, яке зустрічається у клінічній практиці (2–4% від загальної популяції в розвинених країнах). Поширеність ФП збільшується з віком. ФП діагностують у 17% людей віком понад 85 років [1–6].

Причини ФП [1, 2, 7]

1) серцеві:

- клапанні – набуті вади клапанів (насамперед вади мітрального клапана), вроджені вади серця (переважно із шунтуванням крові на рівні передсердь);
- неклапанні – артеріальна гіпертензія (АГ), ішемічна хвороба серця (ІХС), кардіоміопатії (особливо дилатаційна і гіпертрофічна), міокардит і перикардит, перенесені оперативні втручання на серці, синдром слабкості синусового вузла (синдром «тахікардії-брадикардії»), синдром преекзитації, системні захворювання із залученням серця – саркоїдоз, амілоїдоз, гемохроматоз, новоутворення серця – первинні і метастатичні. ФП дуже часто спостерігається у хворих із серцевою недостатністю (СН) незалежно від її причини.

2) позасерцеві – гіпертиреоз (найчастіше), гіпотиреоз, гостра інфекція, загальний наркоз, хвороби легень, феохромоцитома, ожиріння, цукровий діабет, метаболічний синдром, хронічне захворювання нирок, заняття спортом (дисципліни, які вимагають витривалості), різні речовини (алкоголь, окис вуглецю, кофеїн, деякі лікарські засоби, наприклад, β_2 -міметики).

Класифікація ФП [1]

1. Вперше діагностована ФП – не діагностована раніше, незалежно від її тривалості або наявності/тяжкості пов'язаних з ФП симптомів.
2. Пароксизмальна ФП, яка припиняється спонтанно або після втручання протягом 7 днів від початку.
3. Стійка ФП, яка безперервно зберігається понад 7 днів, включаючи епізоди, припинені кардіоверсією

(лікарськими засобами або електричною кардіоверсією) через ≥ 7 днів

4. Довготривала стійка безперервна ФП тривалістю понад 12 міс, коли вирішено прийняти стратегію контролю ритму.

5. Постійна ФП, погоджена пацієнтом і лікарем, подальші спроби відновлення/підтримки синусового ритму вживатися не будуть. Постійна ФП представляє терапевтичне ставлення пацієнта та лікаря, а не властиву патологіологічну ознаку ФП, цей термін не слід використовувати в контексті стратегії контролю ритму за допомогою антиаритмічної терапії або абляції ФП. Якщо буде прийнята стратегія контролю ритму, то аритмія буде перекласифікована як «тривала стійка ФП» [1].

Виділяють також брадисistolічну (частота шлуночкових скорочень менше 60 за 1 хв), тахісistolічну (частота шлуночкових скорочень понад 110 за 1 хв) та нормосistolічну форми ФП [2].

ФП пов'язана з високим рівнем захворюваності та смертності за рахунок тромбоемболічних ускладнень, саме тому слід проводити скринінг на виявлення ФП [1, 3].

Опортуністичний *скринінг ФП* рекомендують проводити для пацієнтів віком ≥ 65 років за допомогою вимірювання пульсу або запису електрокардіограми (ЕКГ), іншими скринінговими інструментами можуть слугувати електронні тонометри та електронні годинники з вимірюванням пульсу. Проведення систематичного скринінгу для виявлення ФП за допомогою ЕКГ слід розглянути в осіб віком ≥ 75 років або з високим ризиком інсульту [1].

Діагностика. ФП може бути діагностована за наявності характерних ЕКГ-ознак на 12-тиканальній ЕКГ або 1-канальній ЕКГ (при тривалості ФП не менше 30 с).

Допоміжними дослідженнями під час діагностики можуть слугувати:

- 1) холтеровське моніторування ЕКГ (іноді понад 24 год, до 7 діб), продовжене (наприклад, 2–4-тижневе) і постійна телеметрична реєстрація ЕКГ (у випадку пароксизмальної ФП, коли діагноз є сумнівним);
- 2) електрокардіографічний тест із фізичним навантаженням (у випадку підозри на ішемію міокарда і перед початком терапії лікарськими засобами класу Іс);
- 3) ехокардіографія (ЕхоКГ) трансторакальне дослідження слід проводити усім пацієнтам із ФП з метою діагностики можливих органічних захворювань серця або тромбу в лівому передсерді і його вухку (з цією метою необхідне черезстраходічне дослідження) [1, 3].

Класи ФП залежно від вираженості симптомів за EHRA (European Heart Rhythm Association) [1]

Клас EHRA	Симптоми	Пояснення
EHRA 1	Відсутні	Відсутність симптомів
EHRA 2a	Легкі	Нормальна щоденна активність, на яку не впливають симптоми, пов'язані з ФП
EHRA 2b	Помірні	Нормальна щоденна активність, на яку не впливають симптоми, пов'язані з ФП, але симптоми турбують пацієнта
EHRA 3	Важкі	Нормальна щоденна активність, але на неї впливають симптоми, пов'язані з ФП
EHRA 4	Інвалідизація	Нормальна щоденна діяльність порушена, інвалідизація

Лікування. Сучасні рекомендації щодо інтегрованої медичної допомоги, профілактики та лікування ФП, зокрема на фоні коморбідних станів, із пацієнторієнтованим підходом, залученням мультидисциплінарної команди та зазначені у міжнародних та національних рекомендаціях (ESC 2020, протоколи Duodecim, рекомендації Всеукраїнської асоціації кардіологів України 2021, уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фібриляція передсердь») [1, 2, 4–8]. Насамперед у лікуванні ФП слід дотримуватися АВС підходу.

Мета – аналіз клінічного випадку пацієнта з фібриляцією передсердь на фоні ІХС та коморбідної патології, обґрунтування формулювання діагнозу та схеми лікування відповідно до сучасних рекомендацій.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі проаналізовано історію хвороби пацієнта, даних анамнезу, клінічного та лабораторно-інструментального обстеження, аналіз сучасних міжнародних та національних керівництв відповідно до клінічного випадку.

Були використані методи структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний метод дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ

Клінічний випадок

Хворий Ф, 76 років, госпіталізований зі скаргами на періодичний стискаючий біль за грудиною, задишку, слабкість, які спостерігаються при незначному фізичному навантаженні (200 м ходи або підйом сходами на 2-й поверх), періодичні відчуття перебоїв у роботі серця, прискореного серцебиття, іноді із запамороченням, що порушують щоденну активність.

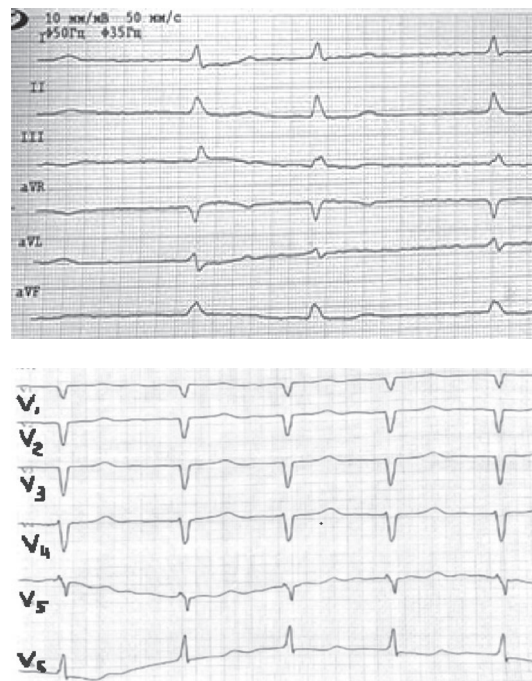
З анамнезу відомо, що біль за грудиною стискаючого характеру, підвищений холестерин та артеріальний тиск (АТ) спостерігалися приблизно 10 років, 5 років тому (у 2018 р.) лікувався в кардіологічному стаціонарі з приводу гострого інфаркту міокарда та АГ. Після того спостерігався у кардіолога біля року, далі почував себе добре, до лікарів не звертався і продовжував раніше призначену терапію.

Деякі місяці тому почали турбувати перебої в роботі серця, до лікаря не звертався. Звернувся по медичну допомогу зараз у зв'язку з прогресуванням перебоїв у роботі серця та появою приступів швидкого серцебиття і запаморочень.

Постійно приймає карведілол 6,25 мг двічі на добу, розувастатин 20 мг, ацетилсаліцилову кислоту 100 мг.

Об'єктивно: шкірні покриви звичайного кольору, маса тіла – 75 кг, ІМТ – 24 кг/м², набряки нижніх кінцівок, пульс аритмічний – 72–80 за 1 хв, АТ підвищений – до 155/95 мм рт.ст, ЧД – 20 за 1 хв. Аускультативно серцеві тони приглушені, аритмічні, акцент ІІ тону над аортою, в легенях везикулярне дихання. Живіт без особливостей, пальпаторно-перкуторні симптоми живота і симптом Пастернацького негативні. Випорожнення та діурез у нормі.

ЕКГ на момент огляду:



Опис ЕКГ: Ритм неправильний, нерегулярний, несинусовий – відсутність зубців Р, наявність нерегулярних хвиль f (хвиля фібриляції) між комплексами QRS, нерегулярні неправильні інтервали R-R. Середня частота серцевих скорочень (ЧСС) – 76–80 за 1 хв. Електрична вісь серця незначно відхилена вліво. Зубець Q у відведеннях V1-V3, +/- Т у V1-V3, збільшення амплітуди зубців R у V5–6.

Заключення. Фібриляція передсердь, нормосистолічний варіант із ЧСС – 76–80 за 1 хв. Рубцеві зміни міокарда передньоперетинкової і верхівкової ділянок лівого шлуночка – ЛШ (зубець Q у відведенні V1-V3, +/- Т у V1-V3). Ознаки гіпертрофії ЛШ.

Результати додаткового лабораторно-інструментального обстеження:

- 1) загальні аналізи крові та сечі без патологічних змін,
- 2) біохімічний аналіз крові: креатинін – 124 мкмоль/л (1,4027 мг/дл), сечовина – 7,2 ммоль/л, АСТ – 40 ОД/л, АЛТ – 51 ОД/л, загальний білок – 60 г/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л, K⁺ 4,3 ммоль/л, кліренс креатиніну – 43,07 мл/хв (маса тіла 75 кг). Розрахункова ШКФ=46 мл/хв/1,73 м² за СКД=ЕРІ. Аналогічні результати фіксувались у медичній документації й раніше,
- 3) гормони щитоподібної залози і тиреотропний гормон у нормі,
- 4) коагулограма, МНВ, АЧТЧ у межах норми,
- 5) ліпідограма – загальний холестерин – 6,4 ммоль/л, тригліцериди – 1,9 ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) – 4,2 ммоль/л, ліпопротеїди високої щільності (ЛПВЩ) – 2,7 ммоль/л.
- 6) ЕхоКГ: фракція викиду ФВ – 55%, гіпокінез передньоперетинкової і частково верхівкової ділянки гіпертрофованого лівого шлуночка, гіпертрофія міокарда лівого шлуночка 15 мм.
- 7) УЗД ОЧП: ознаки хронічного панкреатиту.

Таблиця 1

Шкала оцінки ризику інсульту CHA₂DS₂-VASc

Клінічні фактори ризику інсульту, ТІА та системної емболії	Бали
Хронічна серцева недостатність Ознаки / симптоми СН або об'єктивні докази зниженої фракції викиду лівого шлуночка	+1
Артеріальна гіпертензія Як мінімум два епізоди підвищення АТ у спокої > 140/90 мм рт.ст. або поточна антигіпертензивна терапія	+1
Вік 75 років або старше	+2
Цукровий діабет Глюкоза натще > 12,5 мг/л (7 ммоль/л) або лікування пероральними гіпоглікемічними препаратами і/або інсуліном	+1
Інсульт, транзиторна ішемічна атака або тромбоемболія в анамнезі	+2
Судинне захворювання Інфаркт в анамнезі, захворювання периферичних артерій або аортальна бляшка	+1
Вік 65–74 роки	+1
Жіноча стать	+1

Таблиця 2

Шкала оцінки ризику кровотеч HAS-BLED

Фактори ризику і визначення	Нараховані бали
H Неконтрольована гіпертензія САТ > 160 мм рт.ст.	1
A Порушена функція нирок і/або печінки Діаліз, трансплантат, креатинін сироватки > 200 ммоль/л, цирроз, білірубін у 2 рази вище норми, АСТ / АЛТ / ЛФ у 3 рази вище норми	1 бал за кожне
S Інсульт Попередній ішемічний або геморагічний інсульт	1
B Кровотеча в анамнезі або схильність Велика кровотеча в анамнезі або анемія, або тяжка тромбоцитопенія	1
L Лабільне МНВ Час у терапевтичному діапазоні МНВ (TTR) < 60% у пацієнта, який отримує антагоністи вітаміну К	1
E Похилый вік Вік старше 65 років або крайня слабкість	1
D Лікарські засоби або надмірне вживання алкоголю Супутне застосування антитромбоцитарних або НПЗЗ; та/або надмірне споживання алкоголю	1 бал за кожне
Максимальний бал	9

Примітки: ≥3 балів = високий ризик. Якщо HAS-BLED ≥ 3 – модифікувати фактори ризику кровотеч та звернути увагу пацієнта на їхній регулярний контроль. Високий бал не повинен бути причиною відмови від ОАК.

Діагноз

Враховуючи дані анамнезу, скарг, об'єктивного огляду та даних лабораторно-інструментального обстеження пацієнту встановлено попередній діагноз: ІХС: стенокардія напруги II ФК, постінфарктний кардіосклероз з рубцевими змінами у передньоперетинковій і верхівковій ділянках лівого шлуночка (Q-інфаркт – 2018 р.), вперше діагностована постійна нормосистолічна форма ФП з епізодами тахісистоїї, EHRA 3. АГ III стадії (постінфарктний кардіосклероз, гіпертрофія лівого шлуночка), 1-й ступінь, ризик дуже високий. Комбінована дисліпідемія. СН ІІА зі збереженою фракцією викиду (ФВ 55%), NYHA II ФК. ХХН G3a, неуточнена (ШКФ=46 мл/хв/1,73 м² за СКД=ЕРІ).

Обґрунтування діагнозу. Ймовірніше за все ФП стала наслідком ІХС та постінфарктного кардіосклерозу; інші причини ФП виключені завдяки проведенням лабораторно-інструментальним дослідженням (нормальні рівні гормонів щитоподібної залози, глюкози, вади серця та інші серцеві захворювання серця виключено за допомогою ЕхоКГ).

Діагноз ІХС, стенокардії напруги та постінфарктного кардіосклерозу встановлено на підставі критеріїв ESC 2021 [7–10], даних анамнезу, скарги на періодичний стискаючий біль за грудиною, задишку, слабкість, які спостерігаються при незначному фізичному навантаженні (200 м ходи або підняття на 2-й поверх сходів – ФК II), та дані ЕКГ (зубець Q у V1-V3, +/- T у V1-V3) і ЕхоКГ (гіпокінез передньоперетинкової і верхівкової ділянок лівого шлуночка).

Фібриляція передсердь встановлена вперше під час візиту хворого згідно з рекомендаціями та критеріями ESC 2020, рекомендаціями Всеукраїнської асоціації кардіологів України (2021), на підставі скарг хворого та даних ЕКГ. Про наявність ФП свідчать характерні скарги на періодичні відчуття перебоїв у роботі серця, прискороного серцебиття, іноді із запамороченням, зміни ЕКГ (відсутність зубців Р, наявність нерегулярних хвиль f, нерегулярні неправильні інтервали R-R). Постійна нормосистолічна форма підтверджена ЕКГ, з епізодами тахісистоїї, зі слів хворого, та симптомами, які обмежують нормальну щоденну діяльність (EHRA 3), отже вимагають лікування [1, 2, 7, 8].

Обов'язковим кроком діагностики при фібриляції передсердь є оцінка ризику інсульту за допомогою шкали «CHA₂DS₂-VASc» (табл. 1) – у нашого пацієнта 5 балів (СН, АГ, вік старше 75 років, інфаркт в анамнезі) – ризик інсульту високий – 15% протягом року.

Відомо, що для визначення тактики важливим є оцінювання ризику кровотечі за шкалою HAS-BLED (табл. 2) – у нашого пацієнта 2 бали (похилый вік, супутнє застосування ацетилсаліцилової кислоти) = помірний ризик – необхідно зниження ризику кровотеч шляхом модифікації ризиків – контроль АГ, стану функції нирок, відміна ацетилсаліцилової кислоти, застосування інгібіторів протонної помпи.

Крім того, у хворого фіксується підвищений АТ тривалий час (біля 10 років) та визначено порушення функції нирок (підвищений креатинін, знижені розрахункова ШКФ, кліренс креатиніну) останні декілька місяців, точну причину яких неможливо встановити через відсутність медичних даних. У зв'язку з чим було зазначено термін «Артеріальна гіпертензія». У разі отримання да-

них медичного обстеження щодо відсутності інших причин підвищеного АТ, зокрема патології нирок у минулому, матимемо можливість встановити «Гіпертонічну хворобу» (як первинну АГ). Гіпертонічна хвороба може бути причиною як фібриляції передсердь, так і ураження нирок, що слід враховувати при формулюванні діагнозу. Стадію, ступінь АГ та серцево-судинний ризик встановлено відповідно до наявних ускладнень та рівня АТ згідно з чинними рекомендаціями [7, 8, 11–13].

Виявлені порушення функції нирок і ШКФ дозволяють встановити діагноз хронічної хвороби нирок за критеріями KDIGO 2012 [14]. Причинами ХХН можуть бути різноманітні гломерулярні, тубулоінтерстиціальні, судинні ураження (зокрема атеросклероз, АГ), кісти та вроджені аномалії, які слід виключити. Оскільки в аналізі сечі відсутні патологічні зміни, відсутні на даний момент інші ознаки патології нирок, найбільш ймовірно причиною ХХН у нашого пацієнта є гіпертензивна нефропатія, хоча це потребує уточнення і більш детального нефрологічного обстеження, направлення до нефролога. Стадія ХХН G3a встановлена за рівнем ШКФ [14].

Комбіновану дисліпідемію встановлено на підставі підвищеного рівня загального холестерину і тригліцеридів, дисбалансу ліпідограма [7, 8, 15].

СН є ускладненням наявних у пацієнта серцево-судинних захворювань та встановлена за критеріями ESC і національними рекомендаціями (скарги на задишку, слабкість, периферійні набряки у комбінації із структурними і функціональними порушеннями на ЕхоКГ) – ступінь СН ІІА зі збереженою фракцією викиду (ФВ 55%) [7, 8, 15, 19]. За Функціональною класифікацією Нью-Йоркської кардіологічної асоціації на підставі тяжкості симптомів і фізичної активності СН нашого пацієнта відповідає NYHA ІІ ФК (незначне обмеження фізичної активності, у спокої – комфортно, але звичайна фізична активність призводить до надмірної задишки, втоми або серцебиття) [8, 15, 19].

Якщо вважати, що розвиток СН у даного хворого найбільше пов'язаний із ІХС, постінфарктним кардіосклерозом, наслідком яких є ФП, а гіпертонічна хвороба є супутньою патологією, то **діагноз** може бути сформульований наступним чином:

Основний: ІХС – стенокардія напруги ІІ ФК, постінфарктний кардіосклероз (Q-інфаркт міокарда передньо-перетинкової і верхівкової ділянок ЛШ 2018 р.), уперше діагностована постійна нормосистолічна форма ФП з епізодами тахісистолії, EHRA 3, CHA₂DS₂-VASc – 5 балів, HAS-BLED – 2 бали. Комбінована дисліпідемія.

Ускладнення основного: СН ІІА із збереженою фракцією викиду (ФВ 55%), NYHA ІІ ФК.

Супутній: гіпертонічна хвороба (якщо виключена вторинна АГ), ІІІ стадія (постінфарктний кардіосклероз, гіпертрофія лівого шлуночка), 1-й ступінь, ризик 4-й (дуже високий).

Ускладнення супутнього: ХХН G3a: гіпертензивна нефропатія (ШКФ=46 мл/хв/1,73 м² за СКД=ЕРІ).

Вищенаведений приклад формулювання діагнозу у даному клінічному випадку є одним із варіантів клінічного мислення. Проте тактика лікування пацієнта повинна мати комплексний пацієнторієнтований підхід і враховувати усі коморбідні стани та ризики пацієнта.

Визначення схеми лікування

Згідно з рекомендаціями ESC 2020 щодо фібриляції передсердь та національних керівництв [1, 2, 4–8], лікувальна тактика ФП ґрунтується на підході ABC Pathway (Atrial fibrillation Better Care):

1. А (Anticoagulation / Avoid stroke) – антикоагулянтна терапія / профілактика інсульту. Антикоагулянтна терапія як профілактика тромбоемболічних ускладнень показана всім пацієнтам із ФП, якщо CHA₂DS₂-VASc становить ≥ 1 у чоловіків або 2 у жінок; рекомендовано обов'язково призначити оральні антикоагулянти, якщо CHA₂DS₂-VASc становить ≥ 2 у чоловіків або ≥ 3 балів у жінок (Клас ІА). Отже у пацієнта слід розпочати застосування прямих оральних антикоагулянтів (антагоністи вітаміну К можуть бути розглянуті лише при МНВ 2,0–3,0 з індивідуальним TTR > 70%). Прямі оральні антикоагулянти загалом рекомендуються як терапія першої лінії, вони мають переваги перед антагоністами вітаміну К, оскільки є більш безпечними і не потребують моніторингу МНВ. Якщо ризик кровотечі за HAS-BLED ≥ 3 балів – необхідно модифікувати фактори ризику кровотеч, але оцінка ризику кровотечі не повинна впливати на рішення щодо лікування з метою профілактики інсульту прямими оральними антикоагулянтами (за відсутності абсолютних протипоказань).

Нашому пацієнту слід відмінити ацетилсаліцилову кислоту та призначити нові оральні антикоагулянти на тривалий період, наприклад, ривароксабан, продовжувати контроль АТ та моніторинг функції нирок. Доза ривароксабану залежить від кліренсу креатиніну – коли він вище 50 мл/хв, то доза становить 20 мг на добу, але у нашого пацієнта у зв'язку із зниженим кліренсом креатиніну (у пацієнта – 43,07 мл/хв) ривароксабан слід призначити у меншій дозі (15 мг на добу).

2. В (Better symptom management) – кращий контроль симптомів (контроль ЧСС). У пацієнтів з тяжкими симптомами застосовується стратегія жорсткого контролю ЧСС (цільова ЧСС < 80 за 1 хв у стані спокою та < 110 за 1 хв при фізичному навантаженні), для оцінювання безпечності такого підходу слід провести добуве амбулаторне моніторування ЕКГ для виявлення пауз та брадикардії. У нашого пацієнта у зв'язку з появою перебоїв у ділянці серця на фоні тривалого вживання бета-адреноблокаторів (понад 12 міс), дотриманні ЧСС у спокої до 80 за 1 хв, наявністю лівошлуночкової недостатності та похилого віку успіх медикаментозної кардіоверсії та відновлення синусового ритму мало ймовірний, профілактична антиаритмічна терапія для контролю ЧСС за наявності СН полягатиме у продовженні застосування бета-адреноблокаторів в адекватній підібраній дозі та за умови адекватного контролю АТ й інших ризиків. За неефективності монотерапії, при прогресуванні важких симптомів, для тривалого контролю ритму у пацієнта слід оцінити застосування альтернативних препаратів, беручи до уваги супутні захворювання. У нашого пацієнта з наявністю ІХС, АГ з гіпертрофією лівого шлуночка > 1,4 см, СН при вирішенні питання комбінованої терапії щодо контролю ритму слід розглядати застосування додатково аміодарону 100–200 мг один раз на добу або препаратів наперстянки – дигоксину 0,125–0,5 мг один раз на добу (у разі зниження ФВ менше 40%) та уникати застосування антагоністів

кальцію (протипоказані при СН, особливо при зниженій фракції викиду).

3. С (Comorbidity Control) – контроль супутніх захворювань і факторів ризику: задовільний контроль АТ, ліпідограми, зниження серцево-судинних ризиків, ризику кровотеч, а також лікування СН зі збереженою фракцією викиду, корекція порушення функції нирок.

З цією метою слід розглянути необхідність додаткового застосування:

1) ІАПФ/БРА (антигіпертензивний препарат з додатковим протиаритмічним і нефропротекторним ефектом, засіб профілактики / зворотного розвитку ремоделювання лівого шлуночка) [7, 8, 11–14];

2) петльові діуретики, антагоністи мінералокортикоїдних рецепторів (спіронолактон, фінеренон) з метою зменшення застійних явищ СН;

3) інгібітори натрійзалежного котранспортеру глюкози 2-го типу у разі прогресування зниження фракції викиду з метою зниження ризику госпіталізації і смертності [7, 8, 18, 19]. Враховуючи вік старше 75 років (76 роки), попередньо призначену статинотера-

пію та дуже високий кардіоваскулярний ризик, рекомендовано продовжити статинотерапію, проте через зниження функції нирок слід обмірковувати зменшення дози розувастатину до 10–5 мг/добу [15–17]. З метою зниження ризику кровотечі можливе тривале застосування інгібіторів протонної помпи [20].

ВИСНОВКИ

Оцінювання ризику розвитку інсульту, своєчасна діагностика та систематичний скринінг ФП мають особливо важливе значення для прогнозу життя пацієнтів віком ≥ 65 років.

Лікування ФП згідно з рекомендаціями ESC 2020 та національними керівництвами повинно бути комплексним і ґрунтується на підході ABC Pathway (Atrial fibrillation Better Care), що включає три обов'язкові компоненти терапії: А – (Anticoagulation / Avoid stroke) – антикоагулянтну терапію / профілактику інсульту, В (Better symptom management) – найкращий контроль симптомів і порушення ритму, С – контроль супутніх захворювань і факторів ризику.

Відомості про автора

Ткаченко Вікторія Іванівна – д-р мед. наук, проф., Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: wtk@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-0789-5340

Information about the author

Tkachenko Victoria I. – MD, PhD, DSc, Professor, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: wtk@ukr.net*
ORCID: 0000-0002-0789-5340

ПОСИЛАННЯ

- Hindricks G, Potpara T, Dagres N, Arbelo E, Bax JJ, Blomström-Lundqvist C et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2021;42(5):373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
- Ministry of Health of Ukraine. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care (UKPMD) «Atrial fibrillation» [Internet]. 2016. Order No. 597. 2016 June 15. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_597_ykpmf_fibrpreds.pdf.
- Zathar Z, Karunatileke A, Fawzy AM, Lip GH. Atrial Fibrillation in Older People: Concepts and Controversies. *Front Med (Lausanne)*. 2019;6:175. doi: 10.3389/fmed.2019.00175.
- Duodecim Medical Publications Ltd. Heart rate control in persistent atrial fibrillation: International clinical protocols [Internet]. Guideline No. 01007; Guideline No. 01008. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3890>.
- Duodecim Medical Publications Ltd. Approaches to treating atrial fibrillation: rate control or rhythm control: International Clinical Protocols of Cardiology [Internet]. Guideline No. 01007. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3889>.
- Duodecim Medical Publications Ltd. Indications and use of anticoagulant therapy in atrial fibrillation: international clinical protocols in cardiology [Internet]. Guideline No. 00983. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3887>.
- Duodecim Medical Publications Ltd. International clinical protocols in cardiology [Internet]. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents>.
- Kovalenko VM, Lutaya MI, Sirenka YM, Stchova OS, editors. Cardiovascular diseases. Classification, standards of diagnosis and treatment: 5th ed. Kyiv: Morion; 2021. 320 p.
- Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2020;41(3):407-77. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425.
- Ministry of Health of Ukraine. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care (UKPMD) «Stable ischemic heart disease» [Internet]. 2021. Order No. 2857. 2021 Dec 23. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/12/2021_2857_ykpmf_stabihs.pdf.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021-104. doi: 10.1093/eurheartj/ehy339.
- Mancia G, Kretz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens.* 2023. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480.
- Ministry of Health of Ukraine. Unified clinical protocol of medical care (UCPMD) «Arterial hypertension» [Internet]. 2012. Order No. 384. 2012 May 24. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/384_2012ykpmf_ag.pdf.
- KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Supplements* 2013;3(1):163.
- Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-88. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
- Ministry of Health of Ukraine. Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care (UKPMD) «Prevention of cardiovascular diseases» [Internet]. Order No. 564. 2016 June 13. Available from: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_564_ykpmf_pssz.pdf.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumgartner H, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-726. doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumgartner H, Böhm M, et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2023;44(37):3627-39. doi: 10.1093/eurheartj/ehad195.
- Shcherbynin MB, Bondarenko YuM. Proton pump inhibitors: new insights into clinical practice. *Health Ukraine (Thematic issue)*. 2020;58(4):13-4.

Стаття надійшла до редакції 12.10.2023. – Дата першого рішення 18.10.2023. – Стаття подана до друку 15.11.2023