Фибрилляция и трепетание предсердий

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции

Фибрилляция и трепетание предсердий — наджелудочковые тахиаритмии с риском инсульта, сердечной недостаточности и рецидивов. Рекомендация описывает диагностику по ЭКГ, стратификацию риска инсульта/кровотечений, антикоагулянтную терапию, контроль ЧСС/ритма, кардиоверсию и аблацию у взрослых пациентов.

Главное

- Диагноз ФП требует регистрации эпизода на ЭКГ в 12 отведениях или записи ≥30 секунд на устройстве ЭКГ: нерегулярные RR, нет отчетливых P, предсердный цикл обычно <200 мс. Для ТП типичны волны F с частотой 250–350/мин и часто «пилообразная» кривая в II, III, aVF.
- Формы ФП/ТП: впервые диагностированная; пароксизмальная — обычно самокупируется за 48 ч, может длиться до 7 суток; персистирующая — >7 суток; длительно персистирующая — >1 года при стратегии контроля ритма; постоянная — когда не планируют восстановление синусового ритма.
- Риск инсульта оценивают по CHA2DS2-VASc у всех пациентов с ФП (ЕОК IA; УУР C, УДД 4). Пероральные антикоагулянты показаны мужчинам при ≥2 баллах и женщинам при ≥3 баллах (ЕОК IA; УУР B, УДД 2); при 1 балле у мужчин и 2 у женщин — назначение обсуждают индивидуально (ЕОК IIaB; УУР B, УДД 2).
- Высокий риск кровотечения по HAS-BLED ≥3 не является самостоятельной причиной отказа от антикоагулянта; нужен поиск источников кровотечения, коррекция модифицируемых факторов и контроль безопасности терапии.
- У пациентов без механических клапанов и без умеренного/тяжелого митрального стеноза препаратами первой линии для профилактики ТЭО являются апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан или эдоксабан (ЕОК IA; УУР A, УДД 1). Полные дозы: апиксабан 5 мг 2 раза/сут, дабигатрана этексилат 150 мг 2 раза/сут, ривароксабан 20 мг 1 раз/сут, эдоксабан 60 мг 1 раз/сут (РКО IA; УУР B, УДД 1).
- Контроль ЧСС: при отсутствии симптомов целевая ЧСС в покое ≤110/мин, при симптомах — ≤80/мин (ЕОК IIaB; УУР B, УДД 2). При ФВ ЛЖ ≥40% используют β-блокатор, дигоксин, дилтиазем или верапамил; при ФВ ЛЖ <40% — β-блокатор и дигоксин.
- Гемодинамически нестабильная ФП требует экстренной наружной электрической кардиоверсии: симптомная гипотензия, синкопе/пресинкопе, острая ишемия миокарда, отек легких или острая СН (ЕОК IB; УУР C, УДД 4).

Диагностика

1. Собрать медицинский и семейный анамнез, оценить факторы риска ФП/ТП; типичные жалобы — сердцебиение, одышка, тяжесть в груди, нарушения сна, сонливость, слабость, психосоциальные нарушения, но возможна бессимптомная ФП вплоть до дебюта инсультом или ТИА (ЕОК IB; УУР B, УДД 2).
2. Определить пульс в покое у всех пациентов с ФП для выявления бессимптомного пароксизма (РКО IC; УУР C, УДД 5); провести объективное обследование и антропометрию для выявления ожирения и сопутствующей патологии (РКО IC; УУР C, УДД 5).
3. Подтвердить аритмию регистрацией ЭКГ всем пациентам с подозрением на ФП (ЕОК IB; УУР C, УДД 5). Для скрининга: пациентам старше 65 лет — ЭКГ 1 раз в 12 месяцев при диспансерном обследовании по кардиальной патологии; лицам ≥75 лет или с высоким риском инсульта — не реже 1 раза в 12 месяцев.
4. Выполнить базовые лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с калием, натрием, глюкозой, креатинином, белком, мочевиной, мочевой кислотой, билирубином, АСТ/АЛТ; ТТГ; коагулограмму с АЧТВ и МНО (РКО IC; УУР C, УДД 5).
5. Всем пациентам с ФП провести ЭхоКГ для оценки структуры и функции сердца (РКО IC; УУР C, УДД 5). Симптомным пациентам выполнить холтеровское мониторирование для оценки контроля ЧСС и связи симптомов с ФП (РКО IC; УУР C, УДД 5).

6. После ТИА или ишемического инсульта выполнить ЭКГ покоя и холтеровское мониторирование не менее 72 часов для выявления ФП (ЕОК IB; УУР С, УДД 4); при криптогенном инсульте можно использовать более длительное неинвазивное мониторирование или имплантируемый петлевой регистратор.
7. Перед назначением перорального антикоагулянта исключить анемию и тромбоцитопению, оценить печень, креатинин с расчетом клиренса по Кокрофту–Голту, исходное МНО и анализ мочи; при анамнезе ЖКК, язв или диспепсии выполнить ЭГДС.

Лечение

- Ведение пациента строить по AF-CARE: контроль коморбидности и факторов риска, профилактика инсульта/ТЭО, уменьшение симптомов через контроль ЧСС или ритма, регулярная переоценка состояния.
- Назначить пероральные антикоагулянты по CHA2DS2-VASc: обязательно мужчинам ≥2 и женщинам ≥3 баллов; индивидуально — мужчинам 1 балл и женщинам 2 балла. Не назначать антикоагулянты или антиагреганты при отсутствии факторов риска ТЭО; ацетилсалициловая кислота и клопидогрел не подходят для профилактики инсульта при ФП.
- ПОАК назначать в полной дозе, если нет специальных показаний к снижению: апиксабан 5 мг 2 раза/сут, дабигатрана этексилат 150 мг 2 раза/сут, ривароксабан 20 мг 1 раз/сут, эдоксабан 60 мг 1 раз/сут. Сниженные дозы: апиксабан 2,5 мг 2 раза/сут при КлКр 15–29 мл/мин или ≥2 критериях (возраст ≥80 лет, масса ≤60 кг, креатинин ≥133 мкмоль/л); дабигатран 110 мг 2 раза/сут при возрасте >80 лет или при верапамиле; ривароксабан 15 мг 1 раз/сут при КлКр 15–49 мл/мин; эдоксабан 30 мг 1 раз/сут при КлКр 15–49 мл/мин, массе ≤60 кг или сильных ингибиторах Р-гликопротеина.
- При механическом протезе клапана или умеренном/тяжелом митральном стенозе использовать только антагонисты витамина К; ПОАК в этих ситуациях не рекомендованы. При митральном стенозе терапевтический диапазон МНО для варфарина — 2,0–3,0; при механическом протезе целевое МНО зависит от позиции и типа протеза и факторов риска ТЭО. Для современного двустворчатого механического протеза у пациента с ФП целевое МНО — 3, допустимый диапазон 2,5–3,5. При терапии варфарином оптимальное время в терапевтическом диапазоне ≥70%; при сочетании с антиагрегантами следует стремиться к МНО 2,0–2,5.
- Кардиоверсия: если эпизод ФП ≥48 часов или длительность неизвестна, до процедуры нужна антикоагуляция не менее 3 недель независимо от CHA2DS2-VASc и метода кардиоверсии; альтернатива — исключить тромб ЛП/ушка ЛП на ЧП-ЭхоКГ или КТ ЛП на фоне терапевтической антикоагуляции. После кардиоверсии антикоагуляцию продолжать минимум 4 недели; далее решение — по CHA2DS2-VASc.
- Для контроля ЧСС при ФП/ТП применяют β-блокаторы, дигоксин, верапамил/дилтиазем или комбинацию β-блокатора с дигоксином (ЕОК IA; УУР В, УДД 1). При недостаточном эффекте одного препарата допустимы комбинации; сочетание верапамила/дилтиазема с β-блокатором и сочетание дигоксина с верапамилом или амиодароном нежелательны.
- Стратегию контроля ритма выбирать у пациентов с ФП/ТП давностью <12 месяцев от диагноза и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (РКО IA; УУР В, УДД 2). Для медикаментозной кардиоверсии применяют пропафенон в/в при ФП до 48 ч без противопоказаний, прокаинамид в/в при ФП до 48 ч, амиодарон в/в в том числе при структурном поражении сердца; для редких пароксизмов <48 ч без ИБС и структурного заболевания сердца возможна «таблетка в кармане»: флекаинид 200–300 мг или пропафенон 450–600 мг после проверки безопасности в стационаре.
- Катетерная аблация показана при симптомных рецидивах пароксизмальной ФП на фоне антиаритмической терапии и желании сохранять контроль ритма (ЕОК IA; УУР В, УДД 2); при персистирующей ФП — также при симптомных рецидивах на терапии (ЕОК IIaB; УУР В, УДД 2). После аблации системную антикоагуляцию варфарином или ПОАК продолжать не менее 2 месяцев, а далее — по риску инсульта, независимо от успеха процедуры.

Когда направить и как наблюдать

- Немедленно направить на экстренную наружную электрическую кардиоверсию при ФП с симптомной гипотензией, синкопе/пресинкопе, острой ишемией миокарда, отеком легких или острой СН.
- Пациента с симптомными рецидивами ФП на антиаритмической терапии и желанием контроля ритма направлять в опытный центр для катетерной аблации; процедуру должен выполнять подготовленный специалист.

- При ФП и синдроме ВПУ с быстрым проведением по дополнительному пути направлять на катетерную абляцию ДПП; всем пережившим внезапную сердечную смерть абляция ДПП нужна без промедления.
- При клинически значимом кровотечении на пероральном антикоагулянте прервать препарат до устранения причины, оценить тяжесть и источник кровотечения; решение о возобновлении антикоагуляции принимать с участием профильных специалистов.
- При остром инсульте на фоне перорального антикоагулянта выполнить КТ и/или МРТ головного мозга; срок временной отмены и возобновления антикоагулянта определять мультидисциплинарно.

Частые вопросы

Какой минимальной записи достаточно для диагноза ФП?

Для диагноза нужна ФП на стандартной ЭКГ в 12 отведениях или запись ≥30 секунд на устройстве ЭКГ с одним или несколькими отведениями. Общепринятая стандартная ЭКГ длится ≥10 секунд, а для одноканальных/многоканальных устройств принят порог ≥30 секунд.

Когда назначать антикоагулянт при ФП?

Риск ТЭО оценивают по CHA2DS2-VASc. Постоянный пероральный антикоагулянт показан мужчинам при ≥2 баллах и женщинам при ≥3 баллах; при 1 балле у мужчин и 2 у женщин решение принимают индивидуально.

Можно ли заменить антикоагулянт аспирином или клопидогрелом?

Нет. Антитромбоцитарные препараты, включая ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел, не рекомендованы для профилактики инсульта и системных эмболий у пациентов с ФП.

Что делать с антикоагуляцией перед кардиоверсией ФП длительностью больше 48 часов?

Если эпизод длится ≥48 часов или длительность неизвестна, антикоагуляцию проводят минимум 3 недели до кардиоверсии независимо от CHA2DS2-VASc. Альтернатива — исключить тромб ЛП/ушка ЛП на ЧП-ЭхоКГ или КТ ЛП и легочных вен с контрастированием; при тромбе кардиоверсию не выполняют.

Какие препараты нельзя использовать при ФП на фоне синдрома ВПУ?

Для контроля ЧСС при пароксизмальной или персистирующей ФП/ТП у пациентов с ВПУ не рекомендованы верапамил, дилтиазем, дигоксин, β-блокаторы и внутривенный амиодарон, так как они могут ухудшить ситуацию за счет проведения по дополнительному пути. Метод выбора для контроля ЧСС — абляция дополнительного пути.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/382-fibrillyaciya-i-trepetanie-predserdii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/382_2