

Как выбрать пероральный антикоагулянт больному с фибрилляцией предсердий

Проф. Е.П.Панченко

Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова

ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Москва

2014г

Чем опасна фибрилляция предсердий без поражения клапанов сердца?

- 1. Повышает риск развития ИИ/ТЭ (в 6 раз)**
- 2. Независимый фактор риск смерти**
3. Повышает риск развития деменции
4. Повышает риск развития ХСН
5. Ухудшает качество жизни больных

- ФП- самая частая аритмия
- Частота ФП неуклонно возрастает:
в США в 2010 году зарегистрировано 2,7-6,1 млн, к 2050 году ожидается 5,6-12 млн больных ФП

Патогенез тромбоза ушка ЛП при ФП



- **Триада Вирхова:**

- 1) стаз крови**

- 2) дисфункция эндотелия**

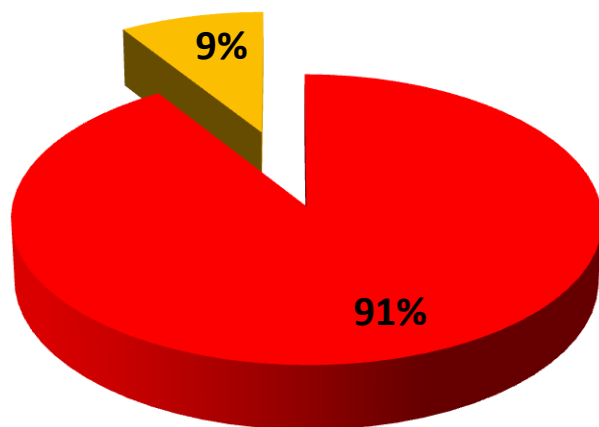
- 3) гиперкоагуляция**

- **Анатомические особенности ушка ЛП:**

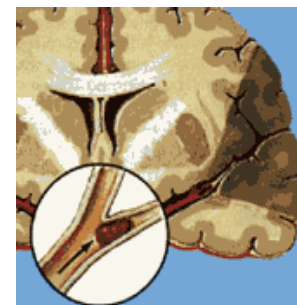
- узкая конусовидная форма,**

- неровность внутренней поверхности (гребенчатые мышцы и мышечные трабекулы)**

Структура тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП



■ Кардиоэмболический инсульт ■ Тромбоэмболии



Особенности кардиоэмболического инсульта

- часто обширный инфаркт мозга
- выраженный клинический дефицит
- часто бассейн СМА
- редко лакунарные инсульты
- чаще смерть в первые 6 месяцев наблюдения
- Среди всех инсультов – 20%

Механизмы развития ишемических инсультов у больных фибрилляцией предсердий

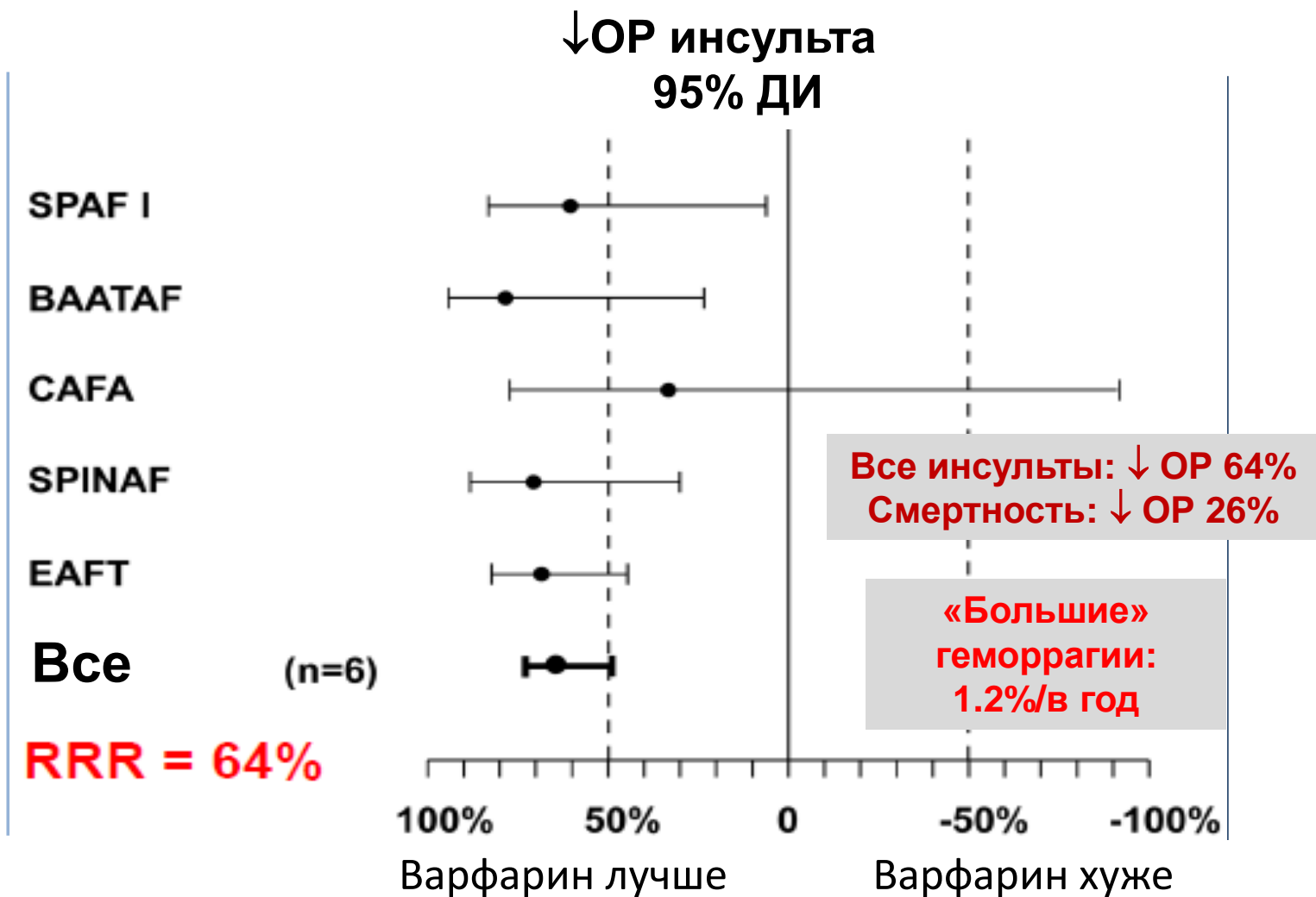


1. Превалирует кардиоэмболическое происхождение
2. 25% ИИ у больных ФП - атеротромботическая природа
Причины: атеросклероз сосудов головного мозга, атероматоз аорты (*Bogousslavsky J, et al, 1990; Miller VT et al, 1993*)
3. 50% -80% больных ФП страдают АГ
4. У 12 % пожилых больных ФП имеются атеросклеротические бляшки в сонных артериях

Антитромботические препараты, изучавшиеся с целью профилактики инсульта при ФП

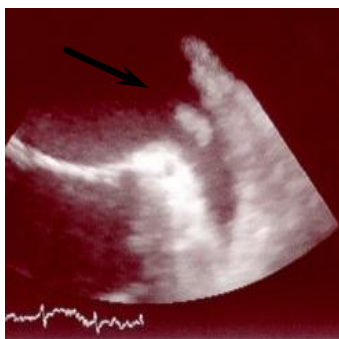
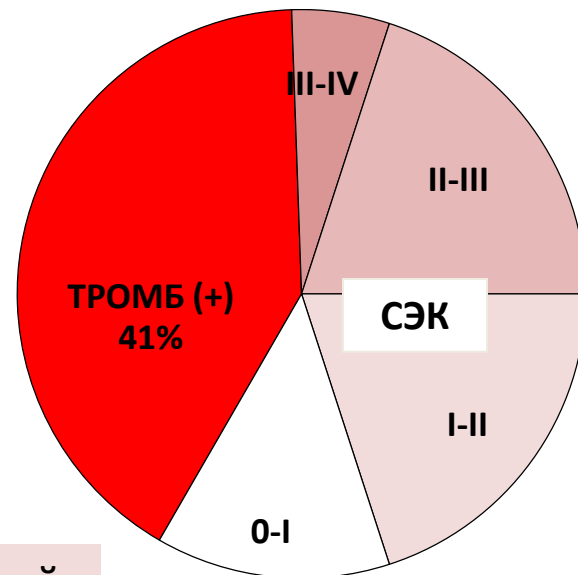
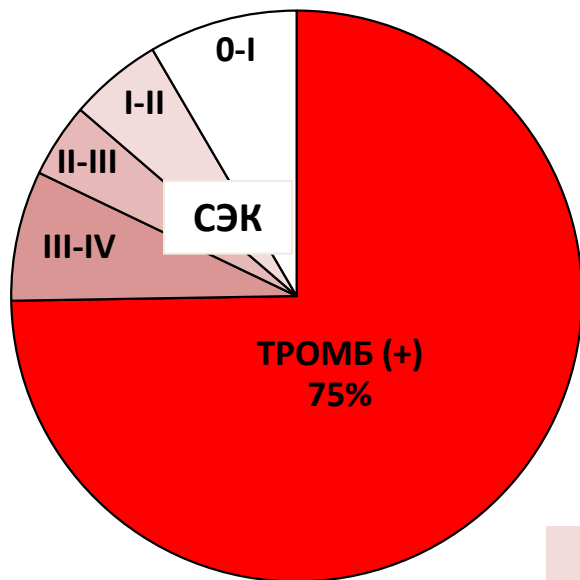
	Препарат	Характеристика
1	АВК (варфарин)	Антикоагулянт
2	Аспирин	Антиагрегант
3	Аспирин + Клопидогрел	Антиагреганты
4	Дабигатран	Новый антикоагулянт
5	Ривароксабан	Новый антикоагулянт
6	Апиксабан	Новый антикоагулянт
7	Эдоксабан	Новый антикоагулянт

Варфарин vs плацебо/контроль



- Через 1 год терапии АВК у половины больных ФП исчезает тромб из ушка ЛП

Е.С.Кропачёва, и соав.2004



Исходно

Больные ФП (высокий риск ТЭ)

n=100

ИИ/СЭ - 1% в год

Б.гемор. - 2% в год

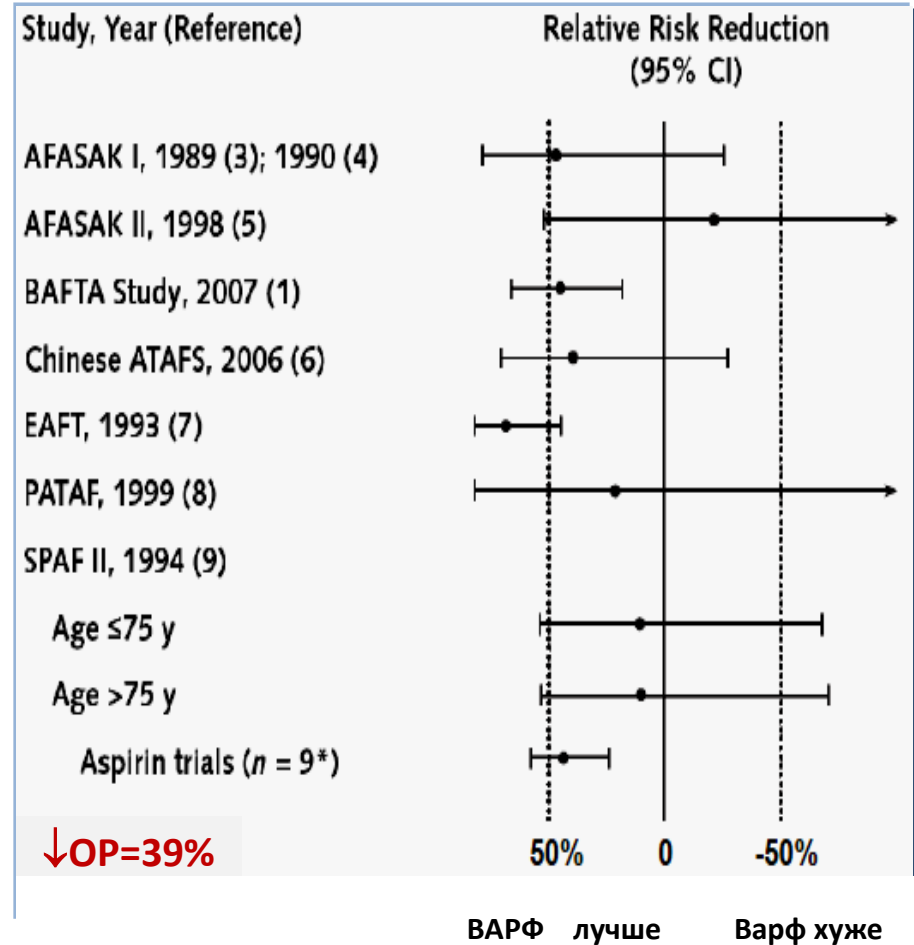


Через 12 месяцев АВК

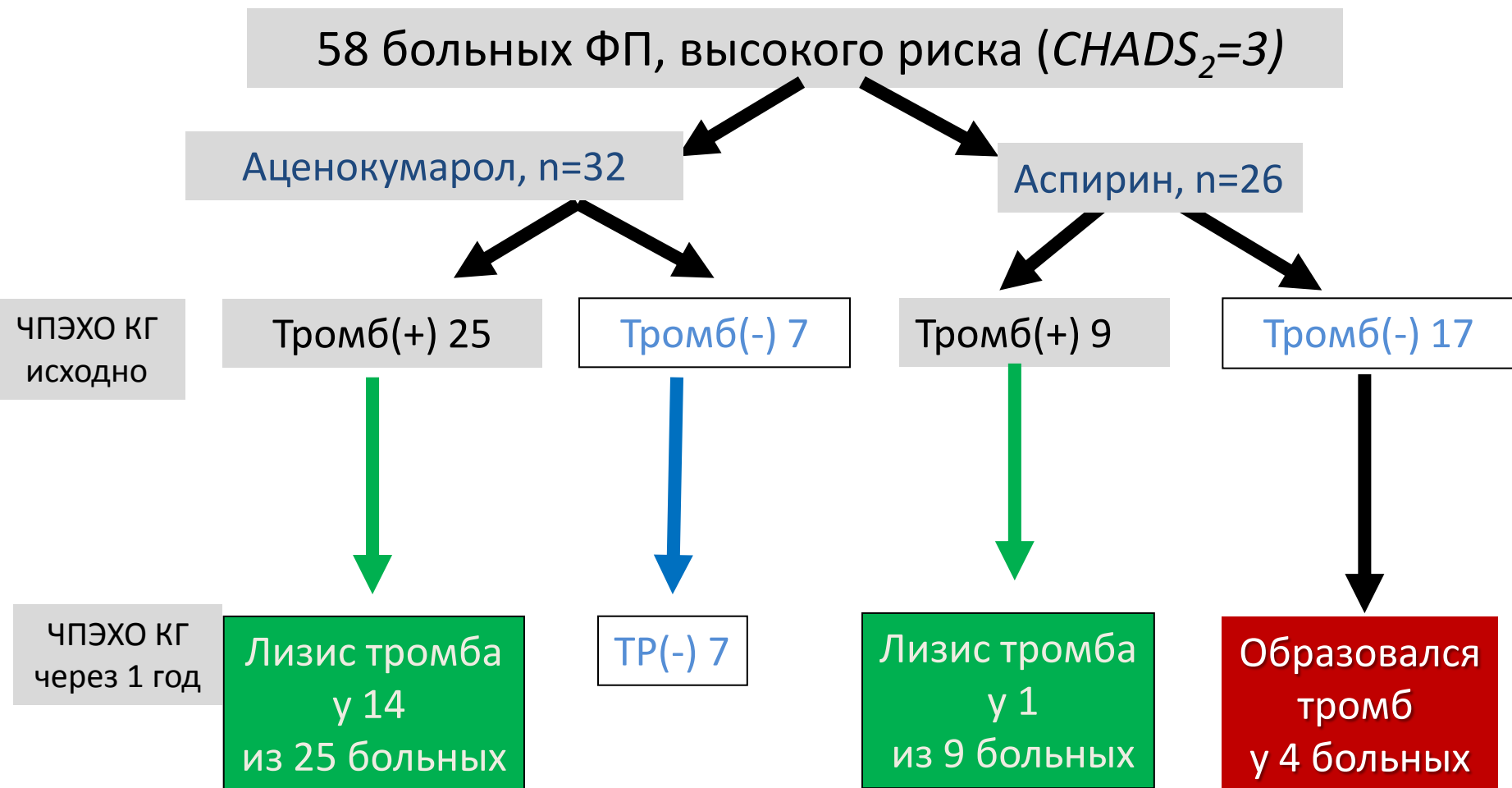
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ ФП

- Адекватная терапия АВК на 39% эффективнее аспирина
- При отдельном анализе больных ФП с высоким риском ИИ (>6% в год)
↓ ОР инсульта на варфарине против аспирина - 50%

ВАРФАРИН ЛУЧШЕ АСПИРИНА

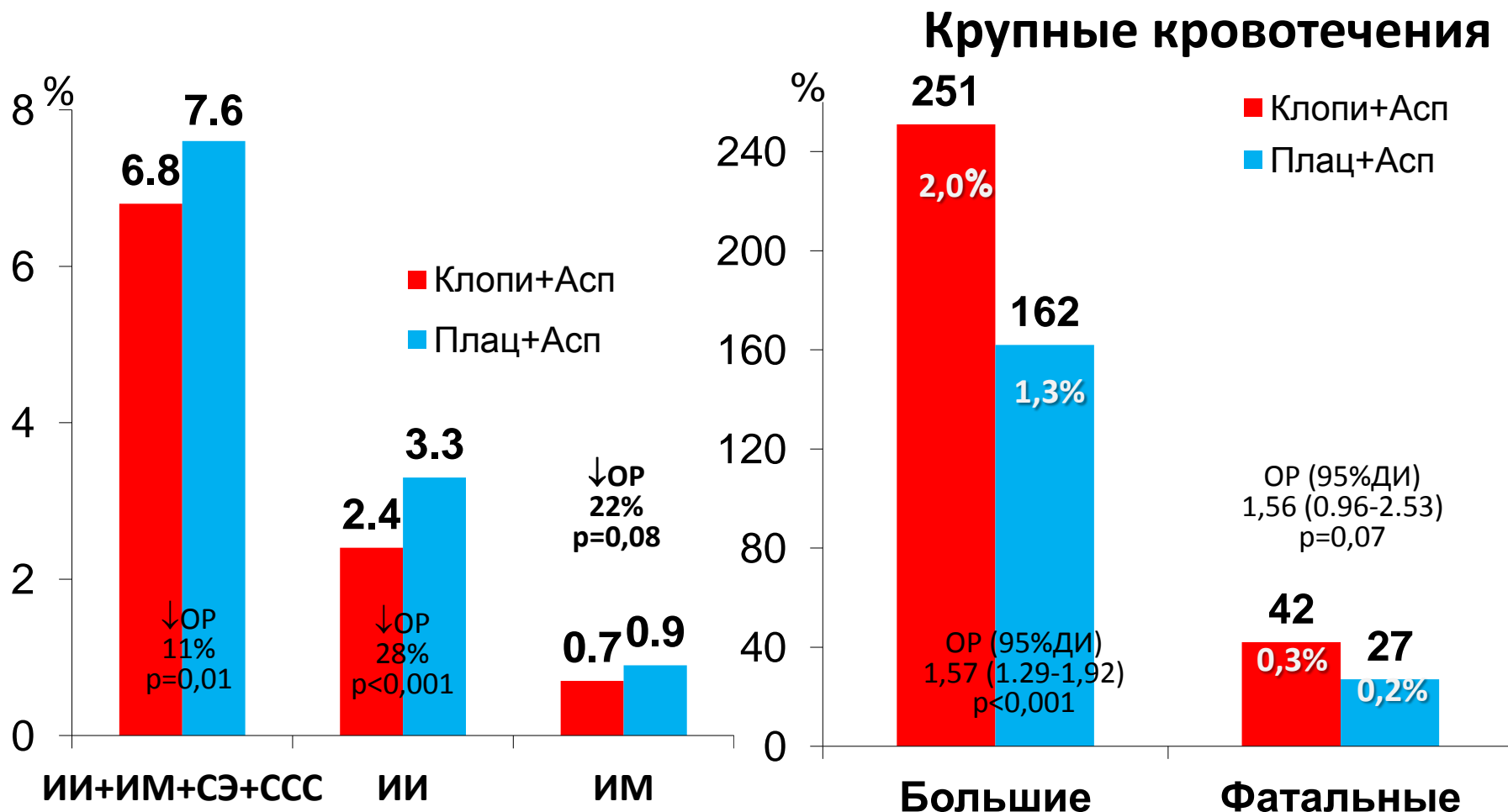


АСПИРИН НЕ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ОБРАЗОВАНИЕ ТРОМБОВ В УЛП У БОЛЬНЫХ ФП С ВЫСОКИМ РИСКОМ ТЭ ОСЛОЖНЕНИЙ



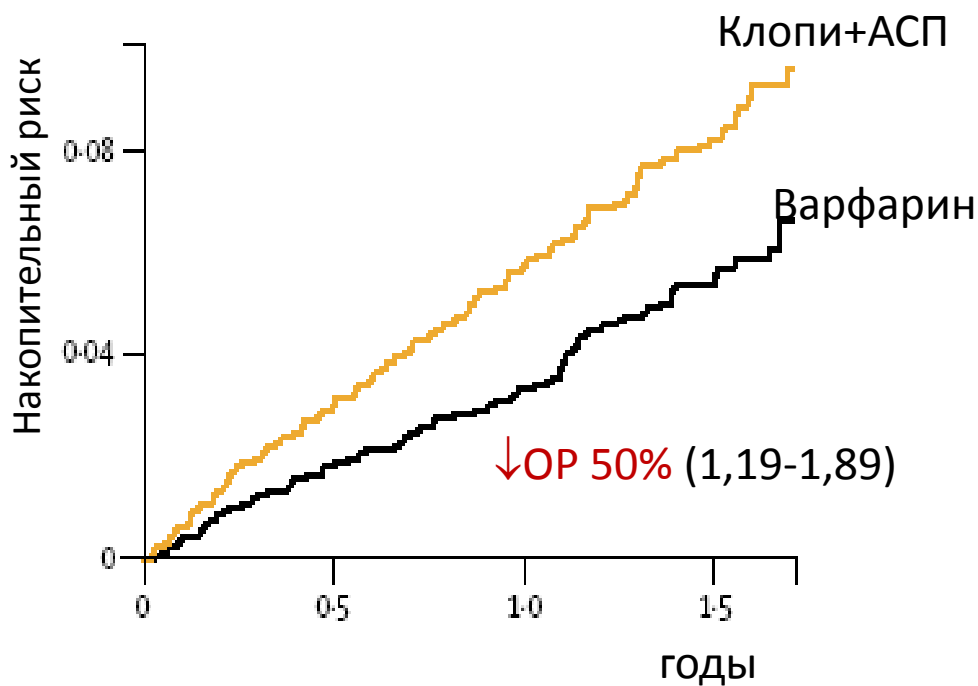
АСПИРИН+КЛОПИДОГРЕЛ ПРОТИВ АСПИРИНА У БОЛЬНЫХ ФП (ACTIVE-A)

- 7554 больных ФП, которые не могли/не хотели принимать варфарин, 580 центров
- 33 страны, Наблюдение – 3,6 лет

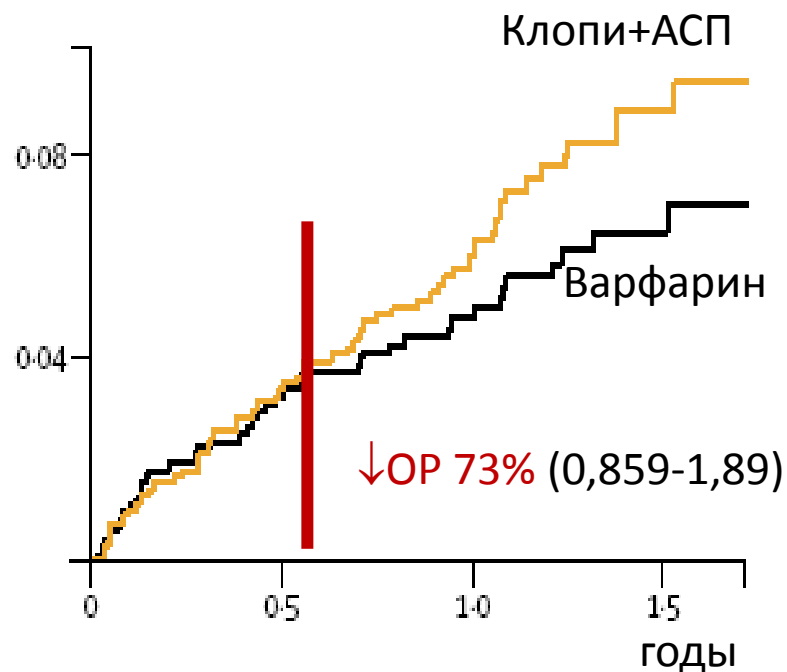


Варфарин эффективнее АСП+КЛОПИ для профилактики инсульта у больных ФП ACTIVE-W

ИНСУЛЬТ + ТЭ +ИМ +ССС



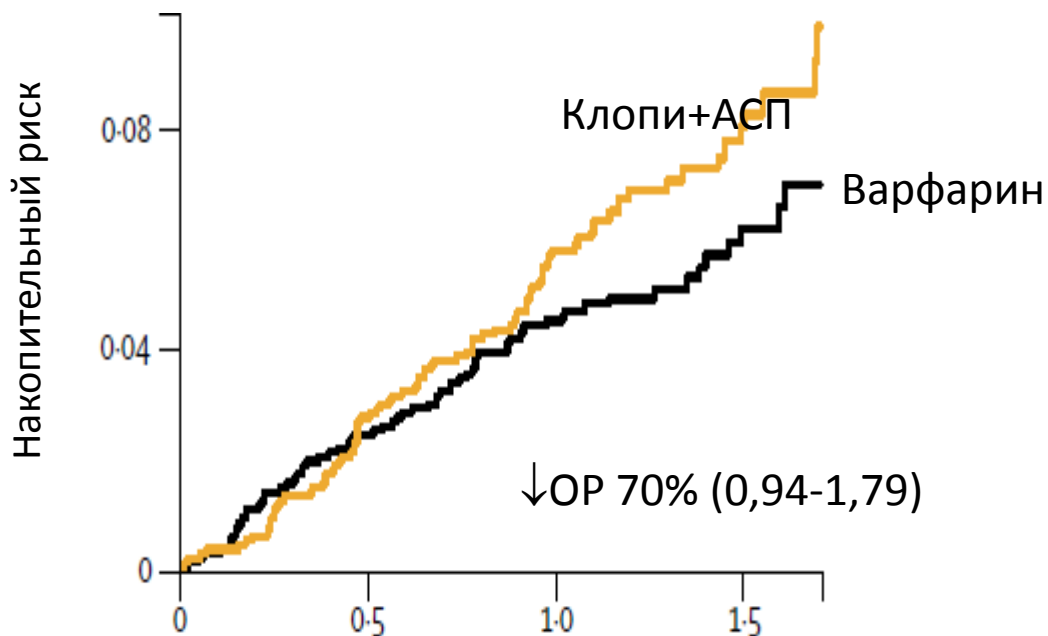
С опытом приёма варфарина



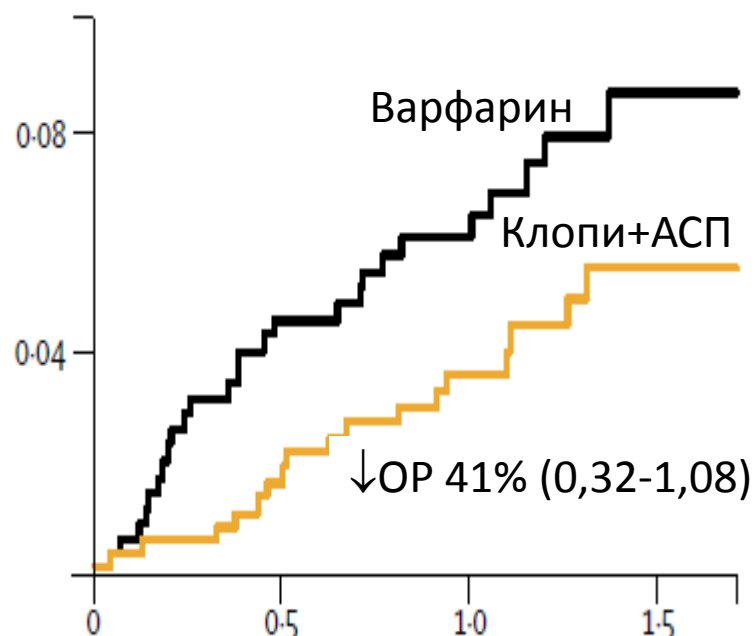
Без опыта приёма варфарина

Варфарин против АСП+КЛОПИ для профилактики инсульта у больных ФП ACTIVE-W

БОЛЬШИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ



С опытом приёма варфарина

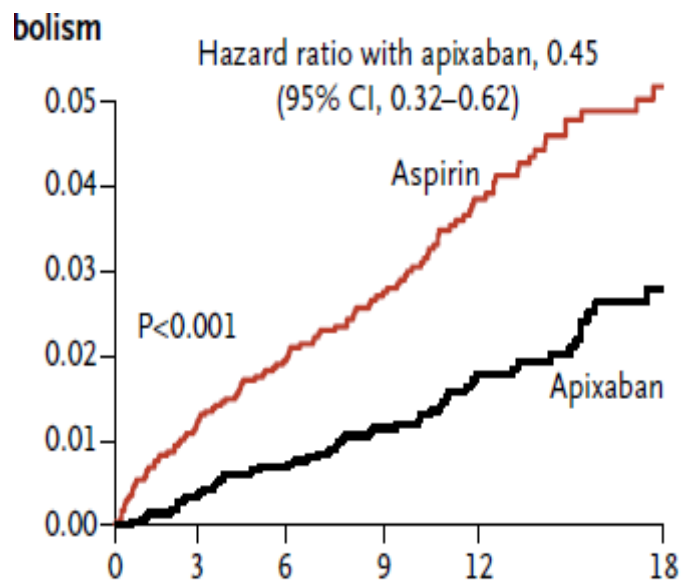


Без опыта приёма варфарина

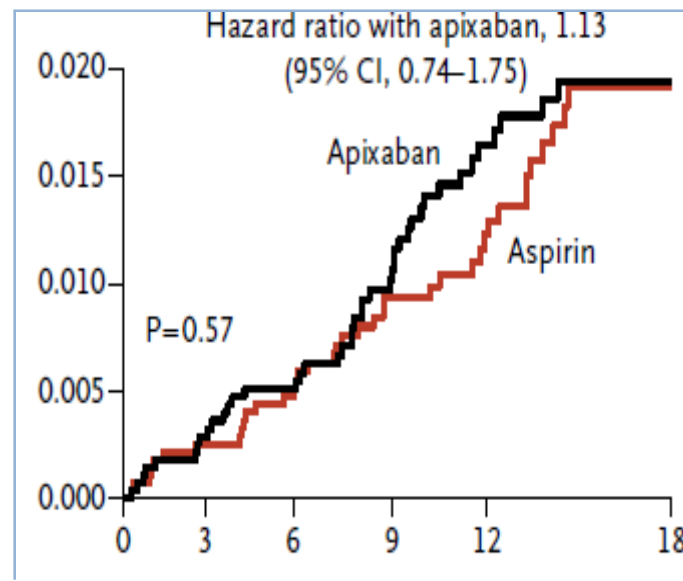
Апиксабан эффективнее аспирин при профилактике инсульта у больных ФП

Первичная конечная точка:

Σ : ИНСУЛЬТ + СТЭ



Большие кровотечения



Исследование AVERROES

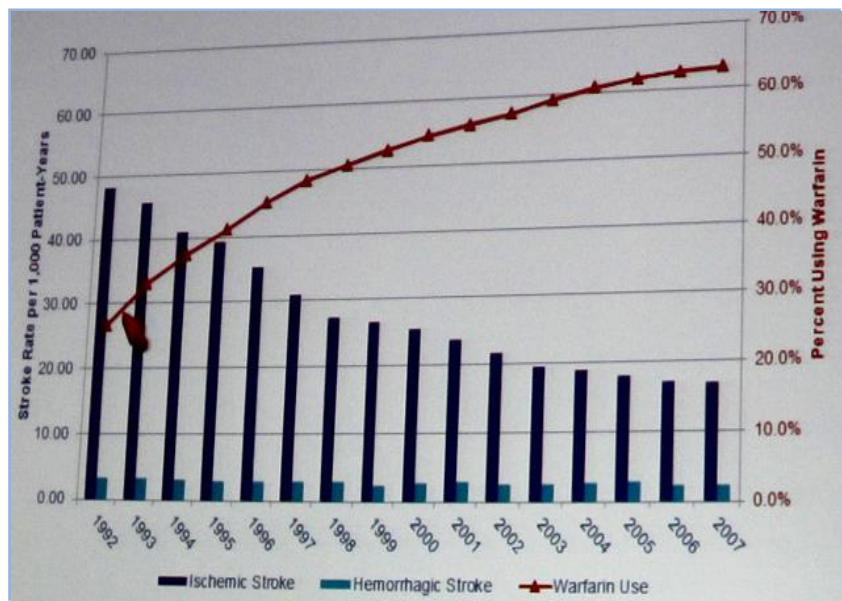
Антитромботические препараты, использовавшиеся для профилактики инсульта при ФП

	Препарат	Характеристика
1	АВК (варфарин)	Антикоагулянт
2	Аспирин	Антиагрегант
3	Аспирин + Клопидогрел	Антиагреганты
4	Дабигатран	Новый антикоагулянт
5	Ривароксабан	Новый антикоагулянт
6	Апиксабан	Новый антикоагулянт
7	Эдоксабан	Новый антикоагулянт

Назначение варфарина терапевтами и частота инсульта у больных ФП в США

(Результаты 15-летнего наблюдения 1992 – 2007 гг.)

- Назначение варфарина ↑ с 28 до 64%
- Частота ИИ ↓ с 48/1000чел-лет до 18/1000чел-лет
- Частота геморрагического инсульта не изменилась



Динамика назначения варфарина и частоты ИИ за 1992-2007гг



Частота ИИ в зависимости от приёма варфарина

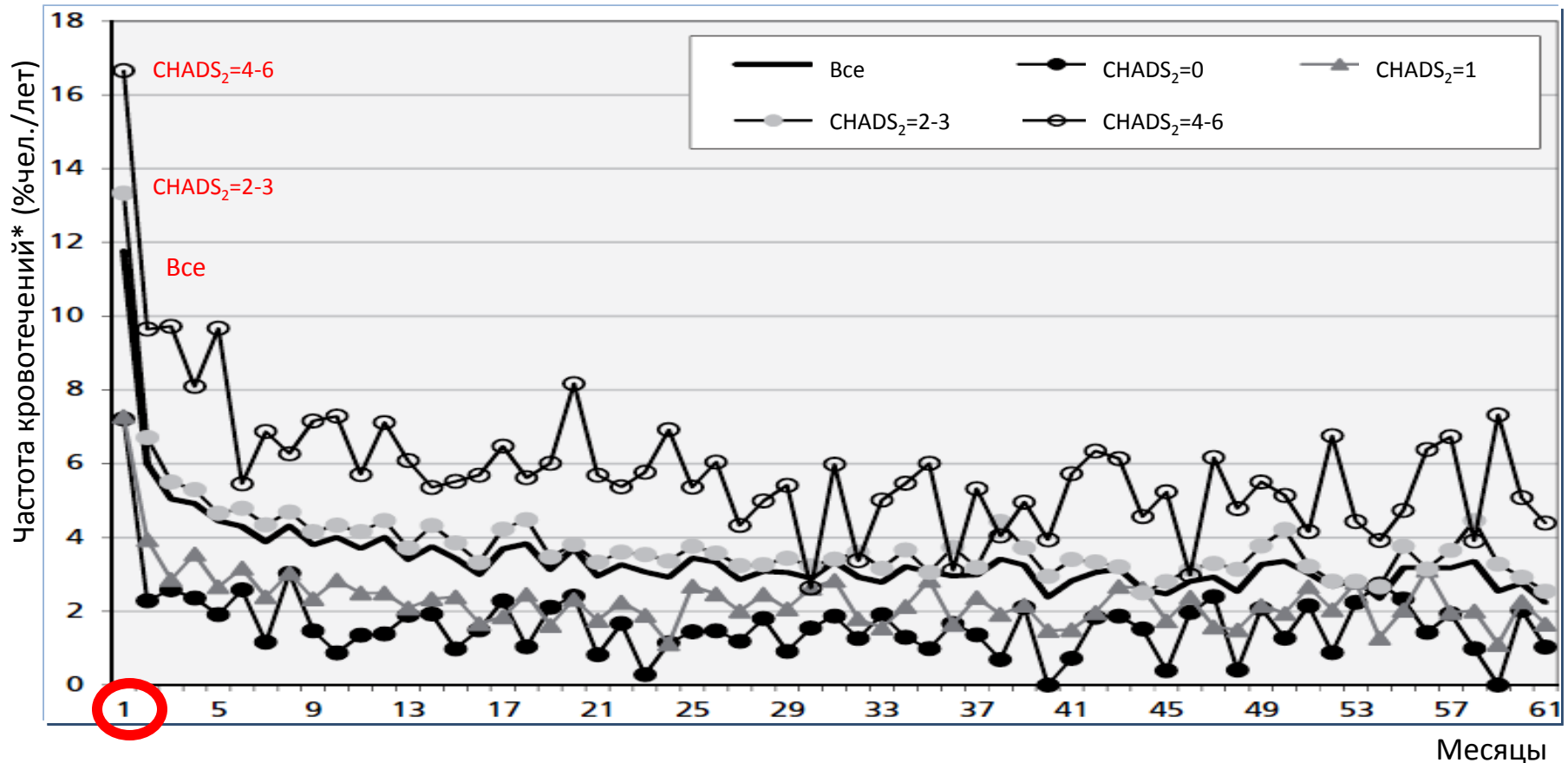
Частота посещений врача в связи с кровотечениями у больных ФП получающих варфарин

125195 больных ФП, начавших лечение варфарином (1997-2008)

Частота больших кровотечений в целом - 3,8% в год,

В 1-й месяц: у всех -11,8%; у больных ФП с CHADS₂>4 -16,7%;

За 5 лет - 8,7% обратились в стационар в связи с кровотечением, 18,1% умерли в стационаре или в течение 7 дней после выписки

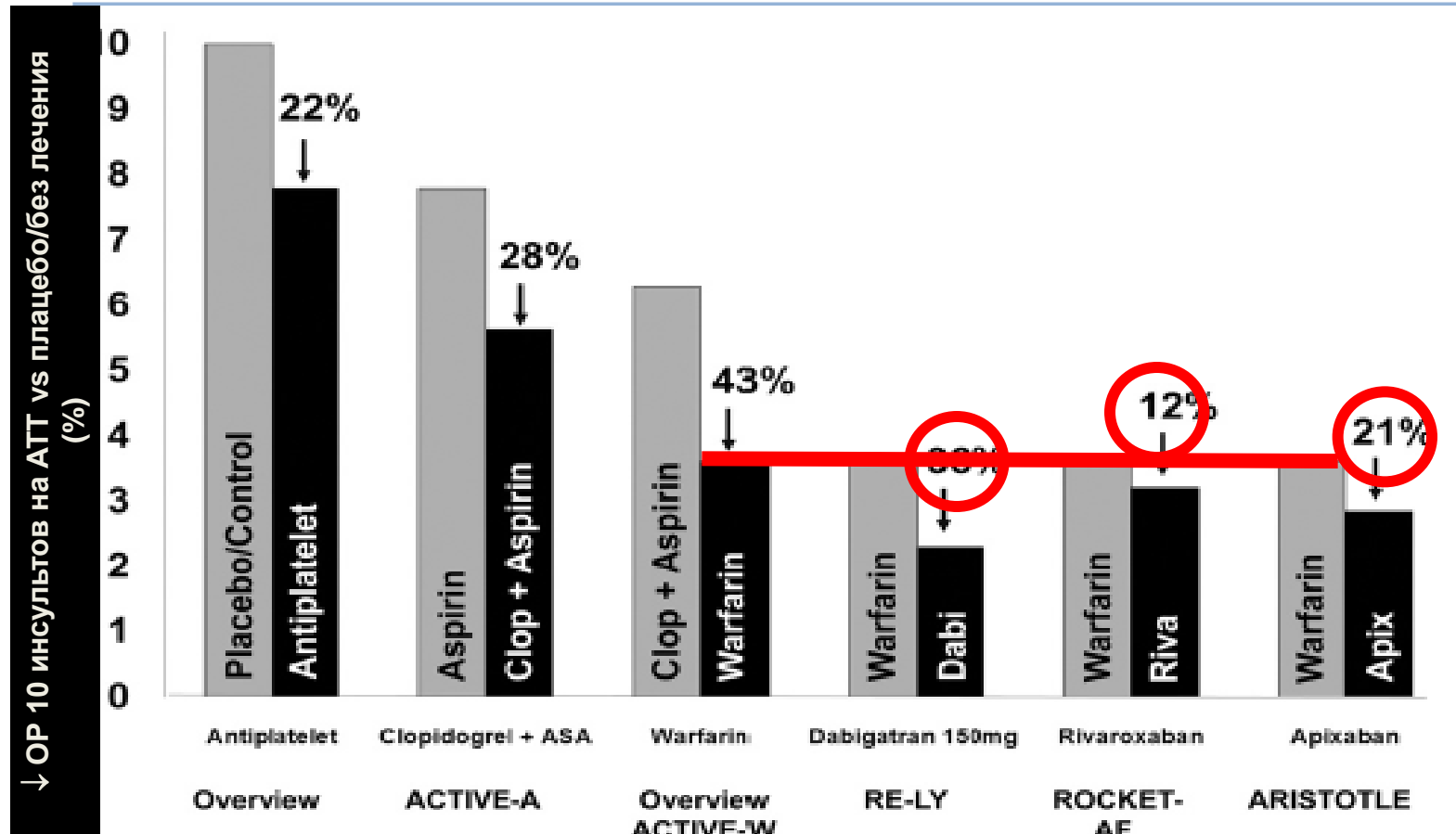


Трудности при лечении варфарином

Варфарин –эффективнее аспирина и двойной антитромбоцитарной терапии в профилактике и лечении ТЭ и в ряде случаев (пороки сердца, искусственные клапаны сердца, АФС) ему пока нет альтернативы, но...

1. Узкое терапевтическое окно
2. Трудности с поддержанием достаточного TTR, даже в коагуляционных клиниках США TTR 58-68% (по современным требованиям TTR должен быть $\geq 70\%$)
3. Кровотечения, особенно в первый месяц лечения
4. Не быстрое наступление клинического эффекта
5. Необходимость частого посещения врача для контроля
6. Есть врождённые особенности не позволяющие добиться стабильного МНО

СНИЖЕНИЕ РИСКА ИНСУЛЬТА НА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ



Christopher B. Granger, MD; Luciana V. Armaganijan, MD (Circulation. 2012;125:159-164.)

Класс-эффект трёх новых антикоагулянтов у пациентов с ФП

1. Как минимум сравнимая с варфарином эффективность в отношении профилактики инсульта и ТЭ
2. Лучшая безопасность в отношении снижения риска геморрагических инсультов
3. Как минимум, тенденция к снижению смертности
4. Тем не менее, в результатах каждого исследования с новым антикоагулянтом имеются особенности

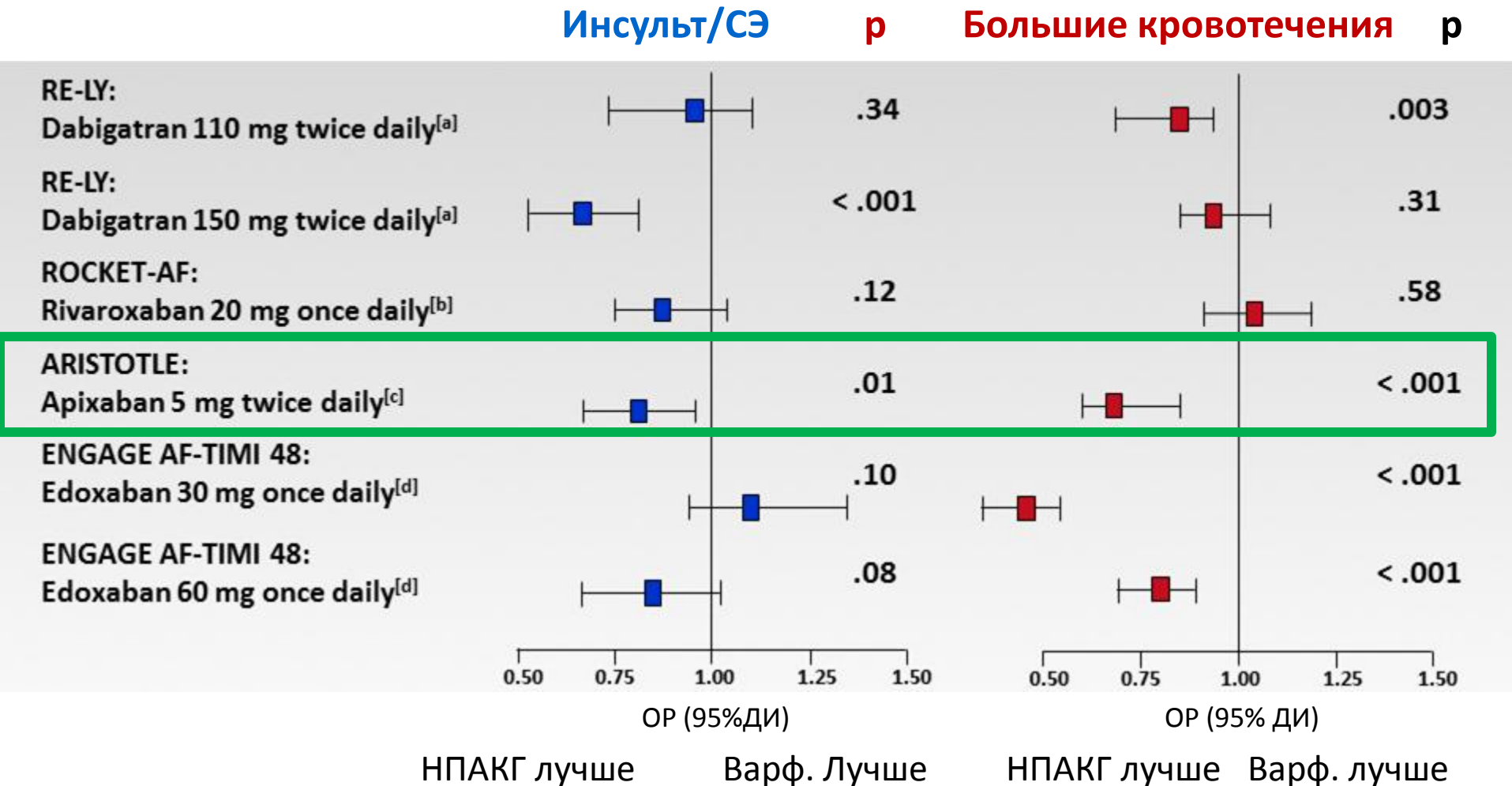
**ОСОБЕННОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ
ИССЛЕДОВАНИЯ НОВЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ
АНТИГОАГУЛЯНТОВ В СРАВНЕНИИ
С ВАРФАРИНОМ У ПАЦИЕНТОВ
С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

**Какие пациенты с ФП были
включены в исследования с
новыми пероральными
антикоагулянтами?**

Характеристика больных ФП, включённых в исследования с новыми антикоагулянтами

	RELY дабигатран	ARISTOTLE апиксабан	ROCKET-AF ривароксабан
n	18 113	18 201	14264
Возраст, лет	71	70	73
Мужчины, %	63,6	65	60
CHADS2 (риск ИИ/ТЭ)	2,1	2,1	3,5
Опыт АВК,%	50,1	57%	62,4
ИИ/ТИА/ТЭ в анамнезе,%	19,9	19	55
Длительность наблюдения	730 дней	657 дней	840
Пароксизм. Форма ФП, %	32,2	15,:	17,7
Включение после И	Через 14 дн.	Через 7 дн.	Через 14 дн.
МНО в терапевт. Диапазоне в группе варфарина	64%	66%	55%

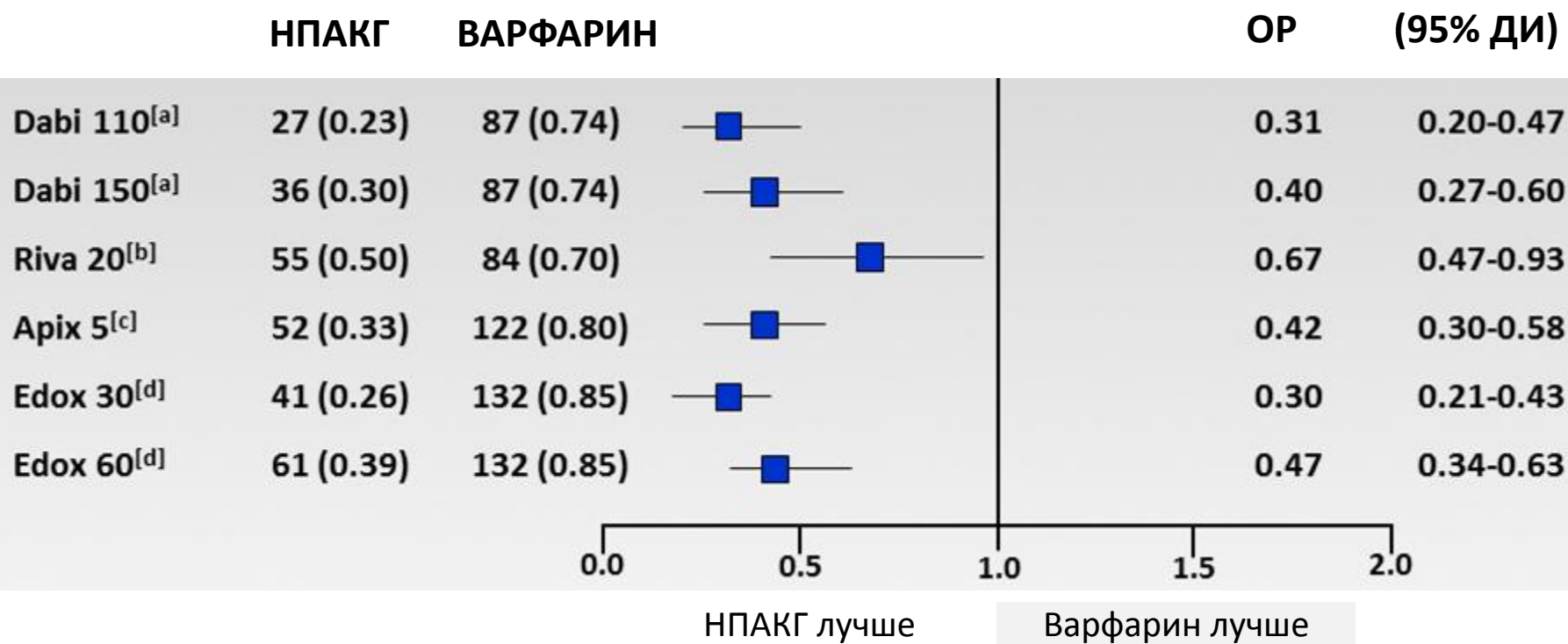
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НОВЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ



a. Connolly SJ, et al. *N Engl J Med.* 2009;361(12):1139-1151.
 b. Patel MR, et al. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883-891.
 c. Granger C, et al. *N Eng J Med.* 2011;365(11):981-992.
 d. Giugliano RP, et al. *N Engl J Med.* 2013; 369(22):2093-2104.

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ У БОЛЬНЫХ ФП ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Больные с В/ЧЕР кров (% за год)



a. Connolly SJ, et al. *N Engl J Med.* 2009;361(12):1139-1151.

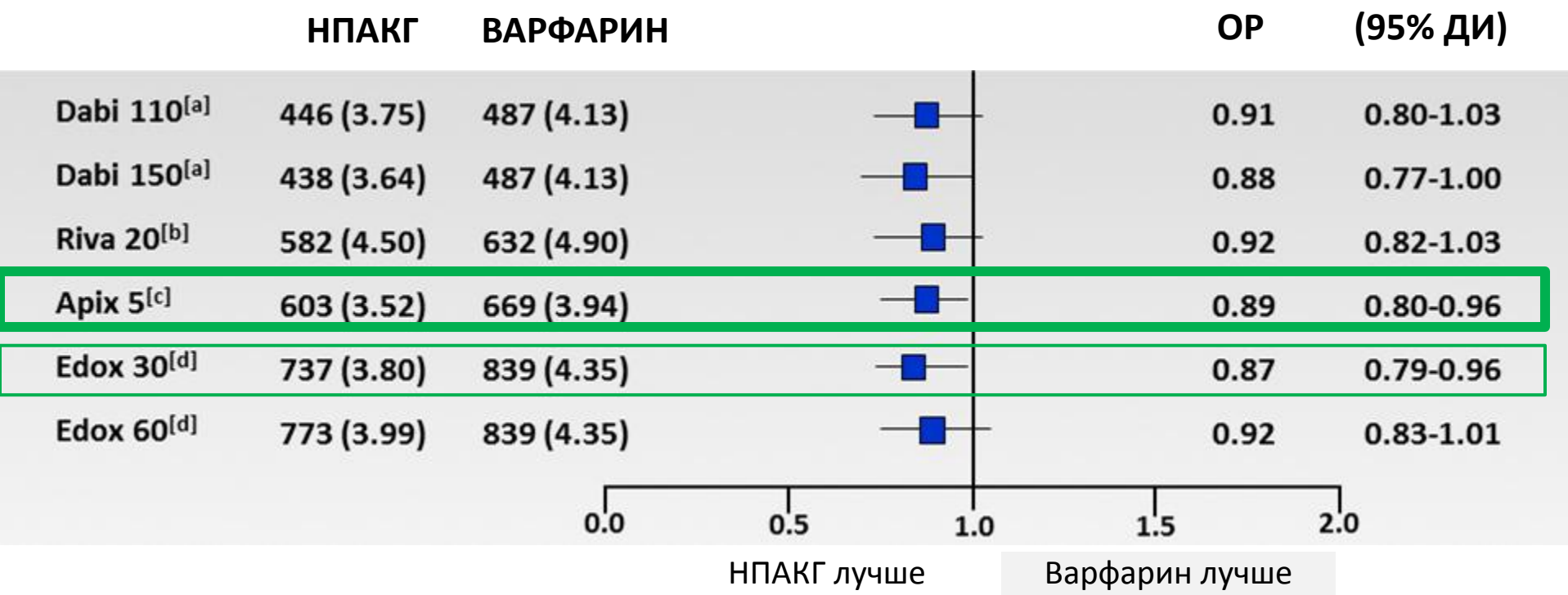
b. Patel MR, et al. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883-891.

c. Granger C, et al. *N Engl J Med.* 2011;365(11):981-992.

d. Giugliano RP, et al. *N Engl J Med.* 2013; 369(22):2093-2104.

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ У БОЛЬНЫХ ФП СМЕРТНОСТЬ

Умершие, n (% за год)



a. Connolly SJ, et al. *N Engl J Med.* 2009;361(12):1139-1151.

b. Patel MR, et al. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883-891.

c. Granger C, et al. *N Engl J Med.* 2011;365(11):981-992.

d. Giugliano RP, et al. *N Engl J Med.* 2013; 369(22):2093-2104.

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ У БОЛЬНЫХ ФП

ЧАСТОТА БОЛЬШИХ ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ

	Даби 110 мг x2p. ^a	Даби 150 мг x2p. ^a	Рива 20 мг x1p ^b	Апикса 5 мг x2p. ^c	Эдокса 30 мг x1p ^d	Эдокса 60 мг x1p. ^d
Всего больных	6015	6076	7111	9088	7002	7012
CHADS ₂	2,1±1,1	2,2±1,2	3,48±0,94	2,1±1,1	2,8±1,0	2,8±1,0
Большие ЖКТ кровотечения (n)	133	182	224	105	129	232
Большие ЖКТ кровотечения (% в год)	1,12	1,51	3,15	0,76	0,82	1,51
ОР (95%ДИ) vs варфарина	1,10 (0,86-1,41)	1,50 (1,19-1,89)	Нет данных	0,89 (0,70-1,15)	0,67 (0,53-0,83)	1,23 (1,02-1,50)
p vs варфарина	0,43	<0,01	<0,01	0,37	<0,001	0,03

a. Connolly SJ, et al. *N Engl J Med.* 2009;361(12):1139-1151.

b. Patel MR, et al. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883-891.

c. Granger C, et al. *N Engl J Med.* 2011;365(11):981-992.

d. Giugliano RP, et al. *N Engl J Med.* 2013; 369(22):2093-2104.

Новые пероральные АКГ в сравнении с варфарином

	Инсульт/ ТЭ	ИИ/не уточнённый	Геморрагический инсульт	Большие кровотечения	ЖКТ кровотечения	ССС	Смерть от всех причин
Дабигатран 150	↓ на 34%	↓ на 24%	↓ на 74%	Одинаково	↑ОР на 50%	↓ОР на 15%	↓на 12% P=0,051
Дабигатран 110	Одинаково	Одинаково	↓ на 69%	↓ на 20%	Одинаково	Одинаково	Одинаково
Ривароксабан	Одинаково	Одинаково	↓ на 40%	Одинаково	↑ОР в 3 раза	Одинаково	Одинаково, p=0,09
Апиксабан	↓ на 21%	Одинаково	↓ на 49%	↓ на 31%	Одинаково	Одинаково	↓ на 11%



Guidelines for the management of atrial fibrillation

The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA)†

Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Authors/Task Force Members: A. John Camm (Chairperson) (UK), Gregory Y. H. Lip (UK), Ulrich Schotten (The Netherlands), Sabine Ernst (UK), Isabelle C. Van Gelder (The Netherlands), Gerhard Hindricks (Germany), Bernard Prelevic (Belgium), Ottavio Alfieri (Italy), Annalisa Angelini (Italy), Paolo Colonna (Italy), Raffaele De Caterina (Italy), Johanna M. Andersen (Denmark), Andreas Goette (Germany), Bulent Gorenek (Turkey), Stefan H. Hohnloser (Germany), Paulus Kirchhof (UK)



2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation
Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association

Authors/Task Force Members: A. John Camm (Chairperson) (UK)*, Gregory Y.H. Lip (UK), Raffaele De Caterina (Italy), Irene Savelieva (UK), Dan Atar (Norway), Stefan H. Hohnloser (Germany), Gerhard Hindricks (Germany), Paulus Kirchhof (UK)

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG): Jeroen J. Bax (CPG Chairperson) (The Netherlands), Helmut Baumgartner (Germany), Claudio Ceconi (Italy), Veronica Dean (France), Christi Deaton (UK), Robert Fagard (Belgium), Christian Funck-Brentano (France), David Hasdai (Israel), Arno Hoes (The Netherlands), Paulus Kirchhof (Germany/UK), Juhani Knuuti (Finland), Philippe Kolh (Belgium), Theresa McDonagh (UK), Cyril Moulin (France), Bogdan A. Popescu (Romania), Željko Reiner (Croatia), Udo Sechtem (Germany), Per Anton Sirnes (Norway), Michal Tendera (Poland), Adam Torbicki (Poland), Alec Vahanian (France),

ISSN 1728-8800

Всероссийское научное общество кардиологов
Национальное общество по атеротромбозу

Антитромботическая терапия у больных со стабильными проявлениями атеротромбоза

Российские рекомендации

Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национального общества по атеротромбозу

«Кардиоваскулярная терапия и профилактика», 2009; 8(6) Приложение 6

Обновлены в 2011 году

Москва, 2009

Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

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

Craig T. January, L. Samuel Wann, Joseph S. Alpert, Hugh Calkins, Joseph C. Cleveland, Jr, Joaquin E. Cigarroa, Jamie B. Conti, Patrick T. Ellinor, Michael D. Ezekowitz, Michael E. Field, Katherine T. Murray, Ralph L. Sacco, William G. Stevenson, Patrick J. Tchou, Cynthia M. Tracy and Clyde W. Yancy

Circulation. published online March 28, 2014;
Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75231
Copyright © 2014 American Heart Association, Inc. All rights reserved.
Print ISSN: 0009-7322. Online ISSN: 1524-4539



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. Рекомендации ВНОК и ВНОА, 2011 г.

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Председатель: проф. Сулимов В.А. (г. Москва).
Члены рабочей группы: проф. Голицын С. П. (г. Москва), проф. Панченко Е. П. (г. Москва), проф. Попов С. В. (г. Томск), член-корр. РАМН, проф. Ревихвали А. Ш. (г. Москва), проф. Шубик Ю. В. (г. Санкт-Петербург).

Российское кардиологическое общество
Всероссийское научное общество специалистов
по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции
Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов



Диагностика и лечение фибрилляции предсердий

Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ

Москва 2012

Сравнение шкал CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc

Шкала CHADS₂

Фактор риска	Баллы
ХСН	1
АГ	1
Возраст ≥75 лет	1
Сахарный диабет	1
ИИ/ТИА/СЭ	2
Максимальная сумма	6

Шкала CHA₂DS₂-VASc

Фактор риска	Баллы
ХСН	1
АГ	1
Возраст ≥75 лет	2
Сахарный диабет	1
ИИ/ТИА/СЭ	2
Сосудистое заболевание (ИМ, АПАНК, АБ в аорте сонных артериях)	1
Возраст 65-74 года	1
Женский пол	1
Максимальная сумма	9



Guidelines for the management of atrial fibrillation

The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Почему шкалу оценки риска ИИ/ТЭ CHADS₂ заменили шкалой CHA₂DS₂-VASc?

Индекс CHADS ₂	Число больных (n=1733)	Частота инсульта (95% доверительный интервал), % в год ^b
0	120	1,9 (1,2–3,0)
1	463	2,8 (2,0–3,8)
2	523	4,0 (3,1–5,1)
3	337	5,9 (4,6–7,3)
4	220	8,5 (6,3–11,1)
5	65	12,5 (8,2–17,5)
6	5	18,2 (10,5–27,4)

(в) Индекс CHA ₂ DS ₂ -VASc и скорректированная частота инсульта		
Индекс CHA ₂ DS ₂ -VASc	Число больных (n=7329)	Частота инсульта, % в год ^a
0	1	0%
1	422	1,3%
2	1230	2,2%
3	1730	3,2%
4	1718	4,0%
5	1159	6,7%
6	679	9,8%
7	294	9,6%
8	82	6,7%
9	14	15,2%

Если сумма баллов по шкале
 $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{VASc} \geq 2$



показано назначение
оральных антикоагулянтов

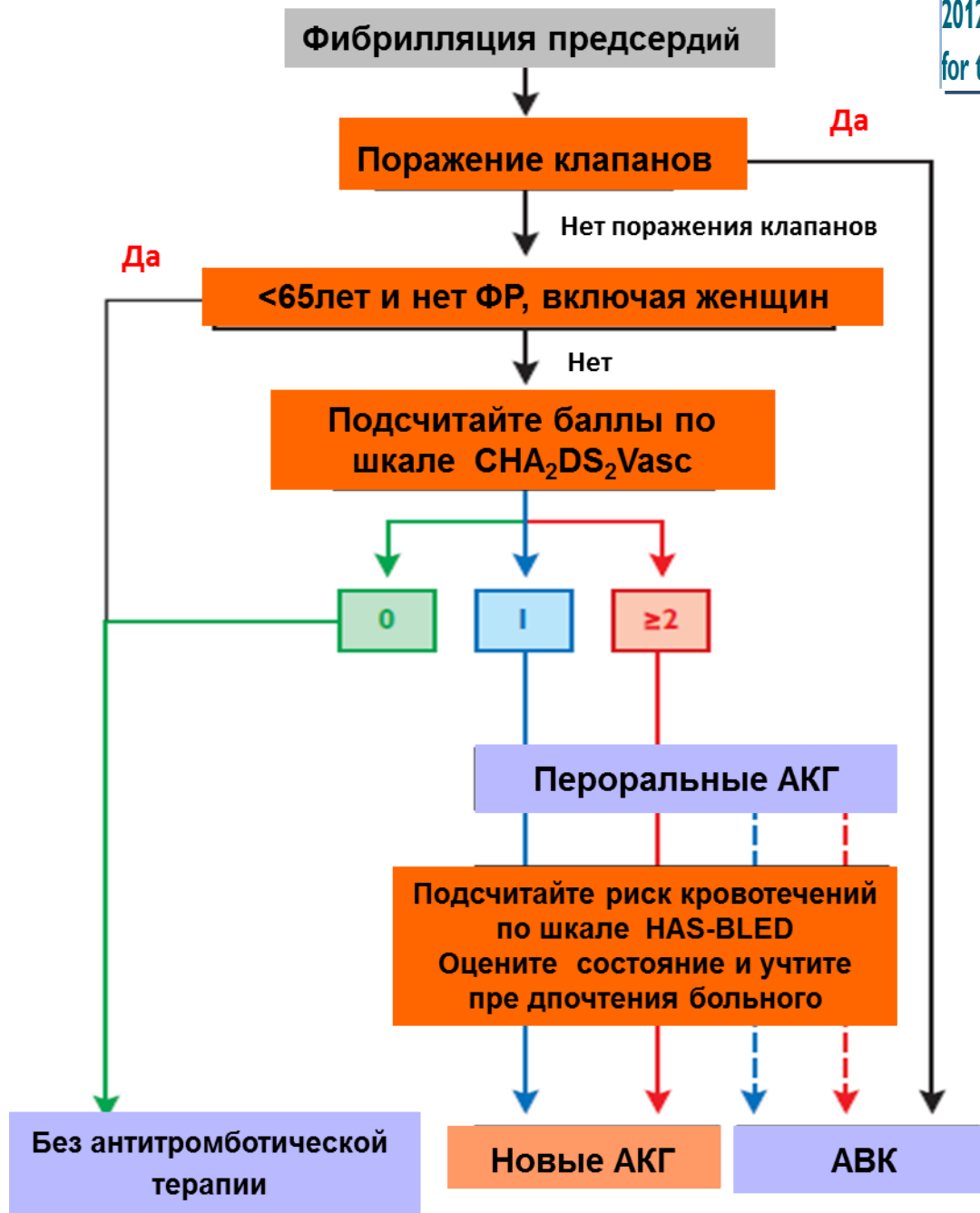
Рекомендации	Класс	Уровень
Рекомендации по профилактике тромбоэмболических осложнений при неклапанной ФП – общие положения		
Антитромботическая терапия для профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется всем пациентам с ФП, кроме групп низкого риска (мужчины и женщины в возрасте <65 лет с изолированной ФП), или при наличии противопоказаний.	I	A
Выбор антитромботической терапии должен быть основан на абсолютных рисках инсульта/тромбоэмболии и кровотечения, а также совокупного клинического преимущества для данного пациента	I	A
Для оценки риска инсульта при неклапанной ФП рекомендуется использовать шкалу CHA ₂ DS ₂ -VASc	I	A
Пациентам с количеством баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc = 0 (включая женщин моложе 65 лет с изолированной ФП), что соответствует низкому риску, и отсутствием других факторов риска, антитромботическая терапия не рекомендуется.	I	B
<p>Пациентам с <u>количеством баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc ≥2</u> рекомендуется терапия пероральными антикоагулянтами при отсутствии противопоказаний:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>антагонист витамина К (варфарин)</u> в подобранной дозе (МНО 2-3); или • <u>прямой ингибитор тромбина (дабигатран)</u>; или • <u>пероральный ингибитор фактора Ха</u> (например, ривароксабан или апиксабан). 	I	A

<p>Пациентам с количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc = 1 на основании <u>оценки риска кровотечения и предпочтений пациента следует рассмотреть использование пероральных антикоагулянтов:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • антагонист витамина К (варфарин) в подобранной дозе (МНО 2-3); или • прямой ингибитор тромбина (дабигатран); или • пероральный ингибитор фактора Ха (например, ривароксабан или апиксабан). 	IIa	A
<p>Женщины в возрасте <65 лет с изолированной ФП (но с количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc = 1 за счет женского пола) имеют низкий риск инсульта; в этих случаях следует рассмотреть отсутствие антитромботической терапии.</p>	IIa	B
<p>Если <u>пациенты отказываются принимать любые пероральные антикоагулянты</u> (как антагонисты витамина К, так и новые пероральные антикоагулянты), следует рассмотреть <u>использование антиагрегантов: сочетание ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг с клопидогрелом в дозе 75 мг ежедневно (при низком риске кровотечения) или — что менее эффективно — монотерапию ацетилсалициловой кислотой в дозе 75-325 мг ежедневно.</u></p>	IIa	B

<p>В случаях, когда используется дабигатран, у большинства больных доза 150 мг 2 раза в сутки предпочтительнее дозы 110 мг 2 раза в сутки. Доза 110 мг 2 раза в сутки рекомендуется в следующих ситуациях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пожилые пациенты, возраст ≥ 80 лет; • одновременный прием препаратов, вступающих в лекарственное взаимодействие (например, верапамила, амиодарона); • высокий риск кровотечения (количество баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3); • умеренная почечная недостаточность (клиренс креатинина 30-49 мл/мин). 	IIa	B
<p>В случаях, когда рассматривается применение ривароксабана, у большинства больных доза 20 мг ежедневно предпочтительнее дозы 15 мг ежедневно. Доза 15 мг ежедневно рекомендуется в следующих ситуациях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • высокий риск кровотечения (количество баллов по шкале HAS-BLED ≥ 3); • умеренная почечная недостаточность (клиренс креатинина 30-49 мл/мин). 	IIa	C
<p>При назначении любого нового перорального антикоагулянта рекомендуется исходная оценка функции почек (по величине клиренса креатинина). В дальнейшем клиренс креатинина на фоне терапии новым пероральным антикоагулянтом следует определять ежегодно, а у пациентов с умеренной почечной недостаточностью 2-3 раза в год.</p>	IIa	B
<p>Новые пероральные антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан и апиксабан) не рекомендуются у больных с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина < 30 мл/мин).</p>	III	A

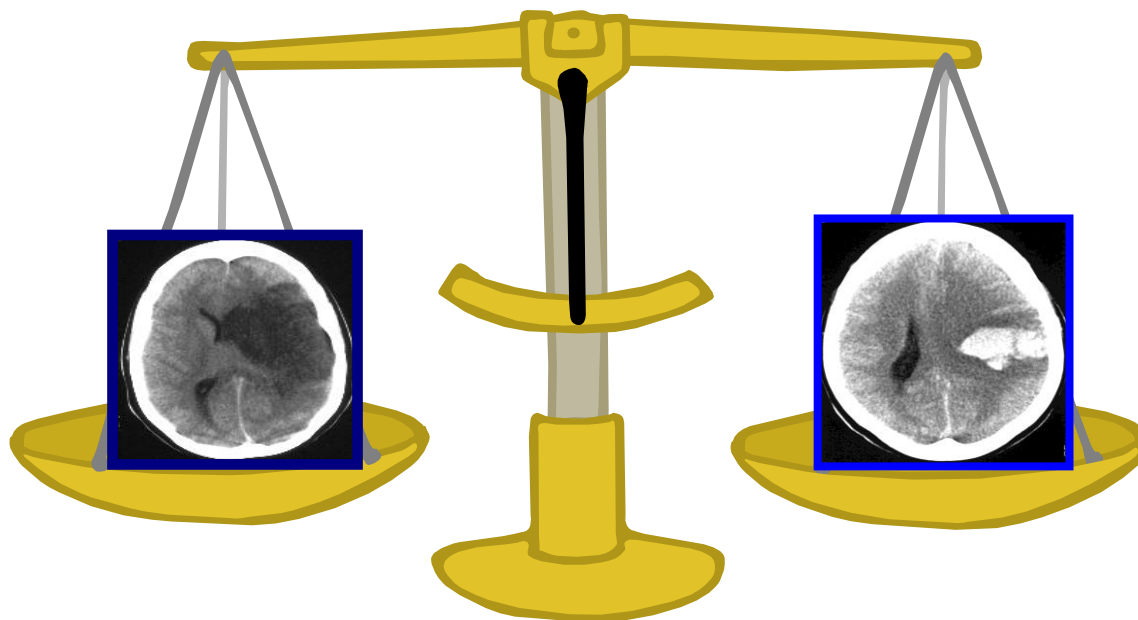
Рекомендации по профилактике тромбоэмболических осложнений при ФП – другие особенности

<u>У больных с ФП и механическими протезами клапанов сердца следует использовать только антагонисты витамина К (варфарин); целевой уровень МНО зависит от типа протеза и его локализации.</u> При наличии протеза митрального клапана целевое МНО должно быть не менее 2,5, аортального – не менее 2,0.	I	B
<u>Антитромботическая терапия у больных с трепетанием предсердий,</u> проводится по тем же принципам, что и у больных с ФП.	I	C
<u>Антитромботическая терапия у больных с пароксизмальной или персистирующей формами ФП,</u> выбирается по тем же критериям, что и у больных с постоянной формой ФП.	IIa	A
Во время длительной антитромботической терапии соотношение пользы и риска, а также необходимость продолжения лечения должны регулярно пересматриваться.	IIa	C



Рекомендации по профилактике тромбоэмболических осложнений при ФП
— другие особенности

У пациентов с ФП и острым инсультом или ТИА перед началом <u>анти тромботической терапии необходимо добиться адекватного контроля артериальной гипертонии и исключить кровоизлияние в головной мозг с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии.</u>	IIa	C
При отсутствии внутричерепного кровотечения вопрос о назначении пероральных <u>антикоагулянтов должен рассматриваться примерно через 2 недели после инсульта.</u> При наличии внутричерепного кровотечения назначать антикоагулянты не следует.	IIa	C
Если ишемический инсульт имеет большие размеры, антикоагуляцию целесообразно отложить, учитывая риск геморрагической трансформации очага инсульта.	IIa	C
Если <u>у больного с ФП возникла ТИА, исключён инсульт и нет риска кровотечения,</u> следует рассмотреть целесообразность как можно более раннего начала лечения антикоагулянтами.	IIa	C
Если у больного с ФП на фоне адекватно проводимой антикоагулянтной терапии с использованием антагонистов витамина К (МНО 2,0-3,0) развивается ишемический инсульт или системная тромбоэмболия, стоит рассмотреть целесообразность увеличения интенсивности антикоагуляции до диапазона МНО 3,0-3,5, а не присоединения анти тромботического препарата.	IIb	C



Риск геморрагий

Риск ИИ/СЭ

**Перед началом профилактики
у каждого больного необходимо
оценить риск кровотечений**

Шкала оценки риска кровотечений HAS-BLEED

Буква*	Клиническая характеристика	Кол-во баллов
H ypertension	Гипертония	1
A bnormal renal or liver function	Нарушение функции печени или почек (по 1 баллу за каждое)	1 или 2
S troke	Инсульт	1
B leeding	Кровотечение	1
L abile INRs	Лабильное МНО	1
E lderly (≥ 65 years)	Возраст ≥ 65 лет	1
D rugs or alcohol	Лекарства или алкоголь (по 1 баллу)	1 или 2
		Максимум 9 баллов

* **Первые буквы английских названий**

Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. *Chest* 2010; March 18 [Epub ahead of print].



Шкала оценки риск кровотечений HAS-BLEED

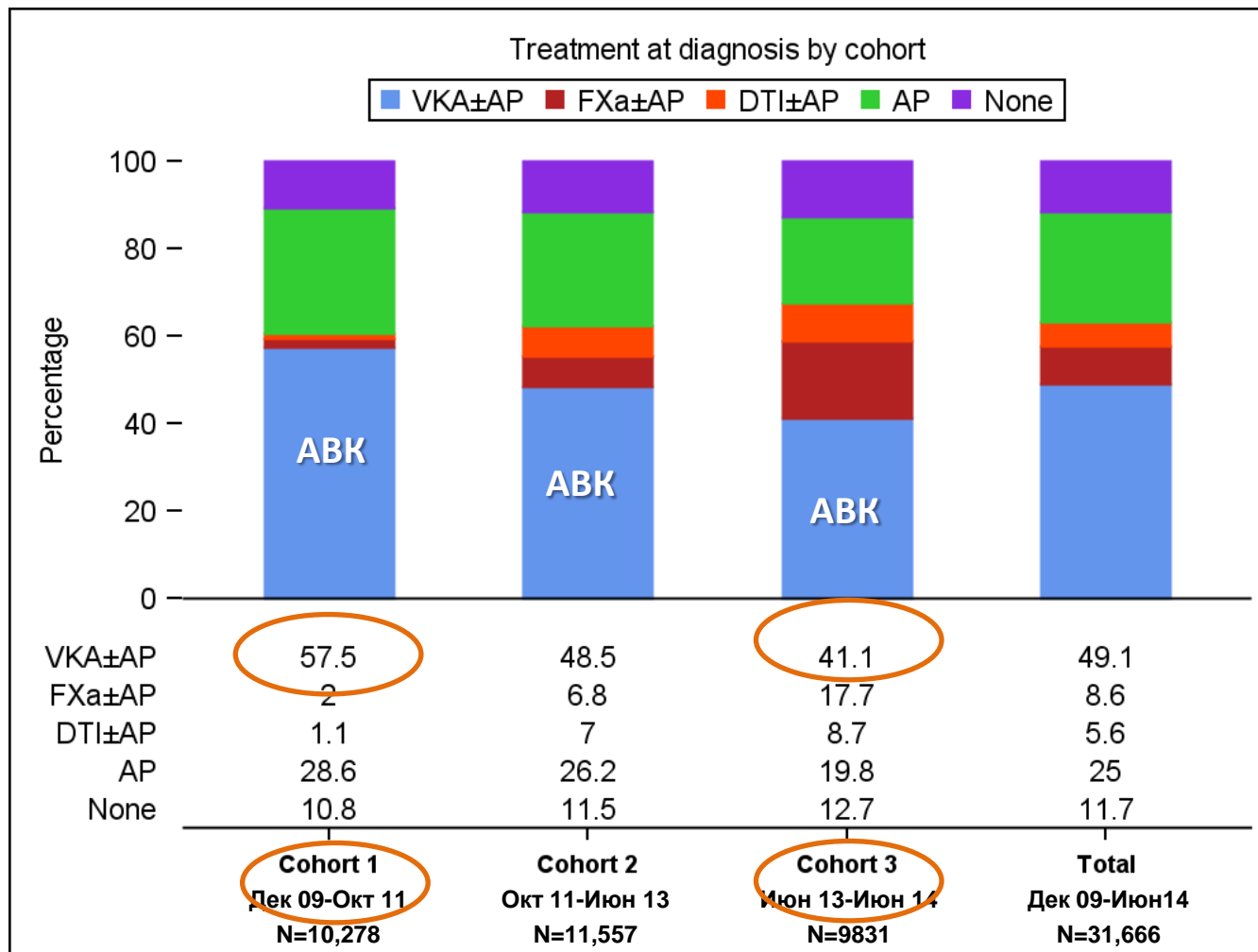
☐ Сумма баллов по шкале HAS-BLEED ≥ 3 указывает на высокий риск кровотечений

Рекомендации по профилактике тромбоэмболических осложнений при неклапанной ФП – кровотечения

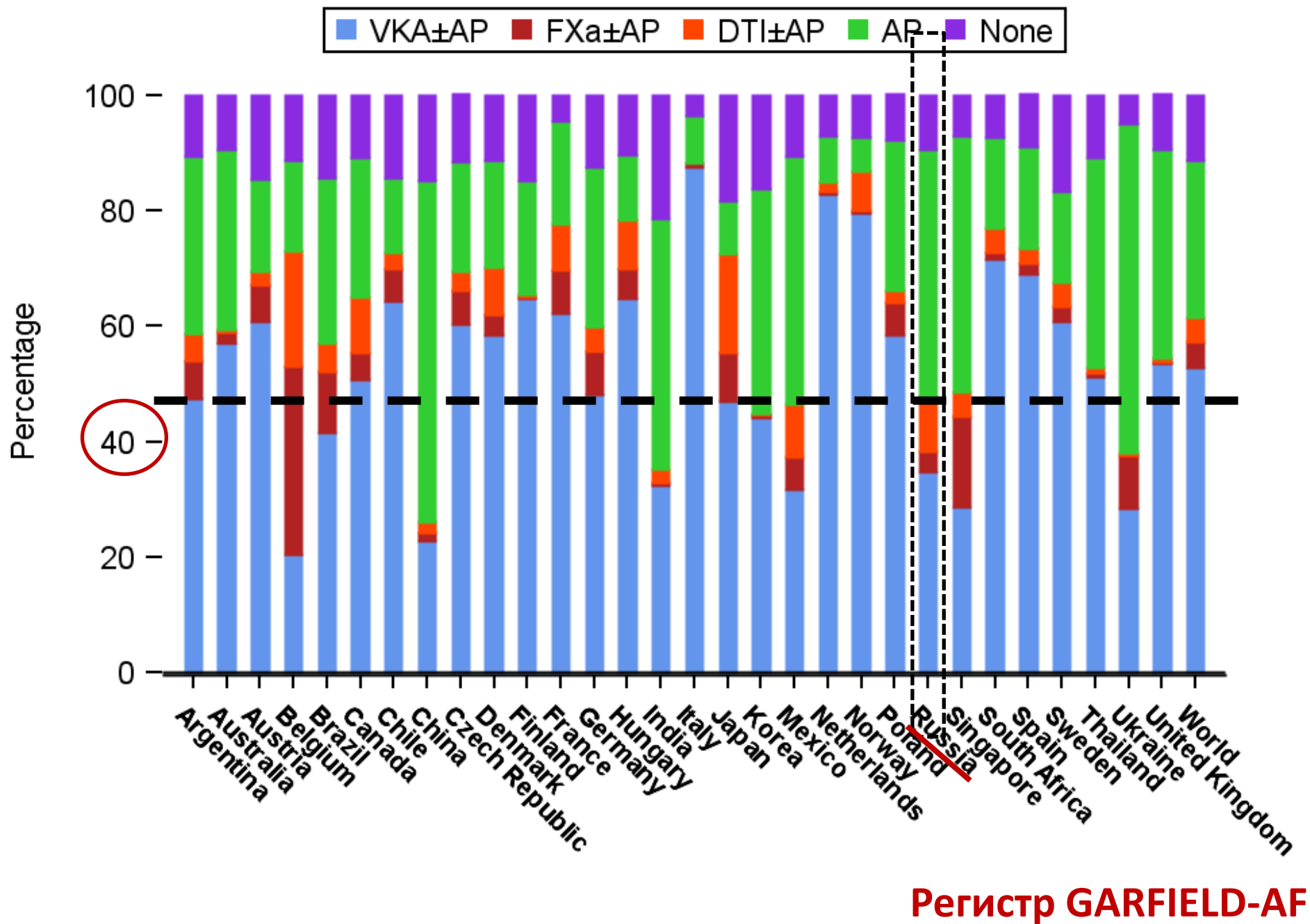
<p>При назначении антитромботической терапии (антагонисты витамина К, новые пероральные антикоагулянты, ацетилсалициловая кислота/клопидогрел или монотерапия ацетилсалициловой кислотой) рекомендуется оценка риска кровотечений</p>	I	A	
<p>Для оценки риска кровотечений следует рассматривать применение шкалы HAS-BLED, где количество баллов ≥ 3 указывает на высокий риск, требующий соблюдения осторожности и регулярного контроля после начала антитромботической терапии, как с использованием пероральных антикоагулянтов, так и антитромбоцитарной терапии (уровень доказательности = A).</p> <p>Необходимо воздействие на поддающиеся коррекции факторы риска кровотечений [например, неконтролируемое артериальное давление, лабильное МНО при приеме антагонистов витамина К, сопутствующая терапия (ацетилсалициловая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты, и т. д.), алкоголь, и т. д.] (уровень доказательности = B).</p>	IIa	A	B
<p>Шкалу HAS-BLED следует использовать для выявления модифицируемых факторов риска кровотечений, но она не должна рассматриваться как единственное основание для отказа от терапии пероральными антикоагулянтами (уровень доказательности = B).</p>			
<p>Риск серьезных кровотечений на фоне антитромбоцитарной терапии (сочетание ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелом и – особенно у пожилых – также монотерапия ацетилсалициловой кислотой) следует считать таким же, как на фоне пероральных антикоагулянтов.</p>	IIa	B	

Антитромботическая терапия у больных ФП

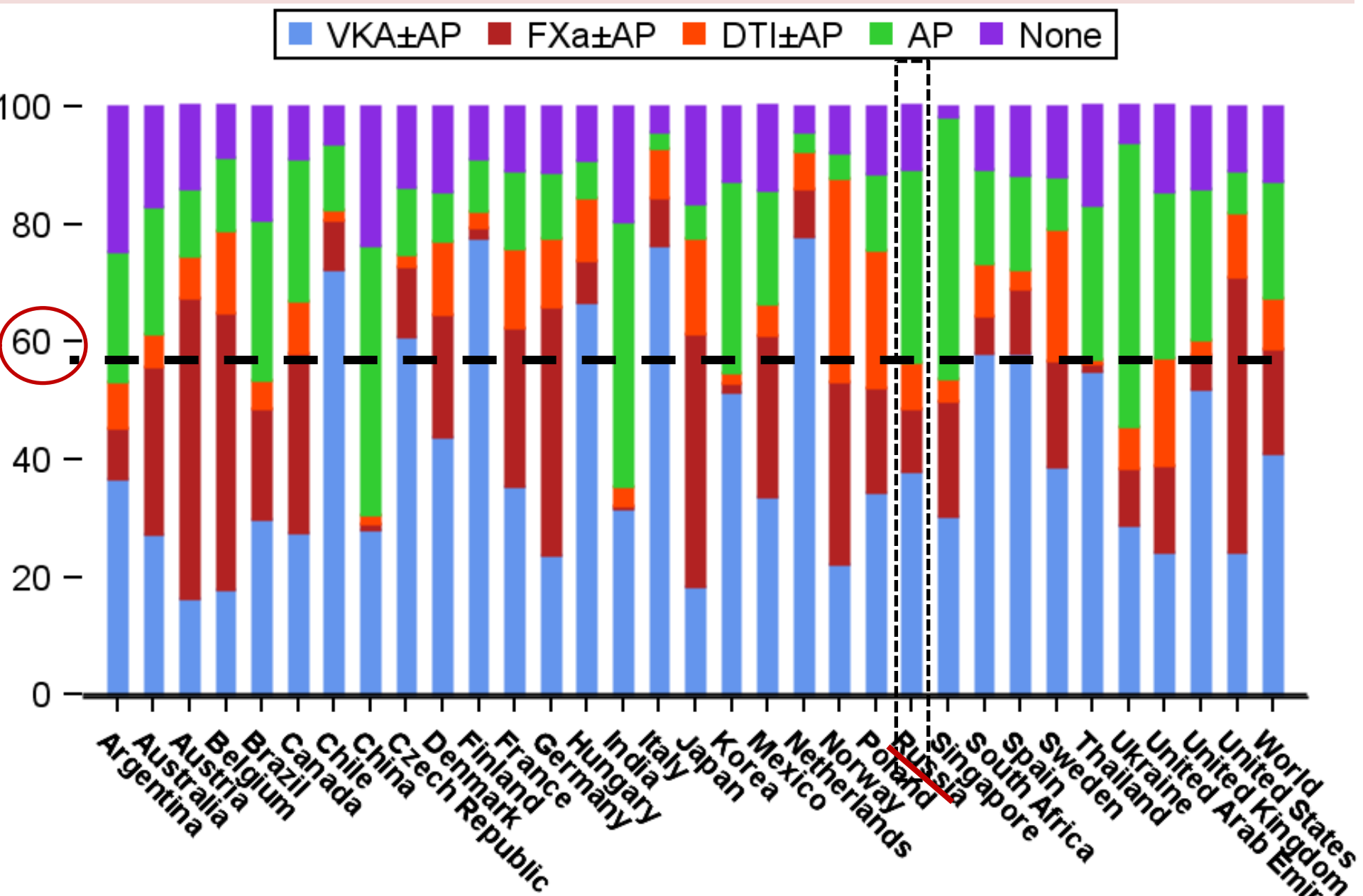
Анализ трёх когорт регистра GARFIELD



АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ФП. КОГОРТА 2



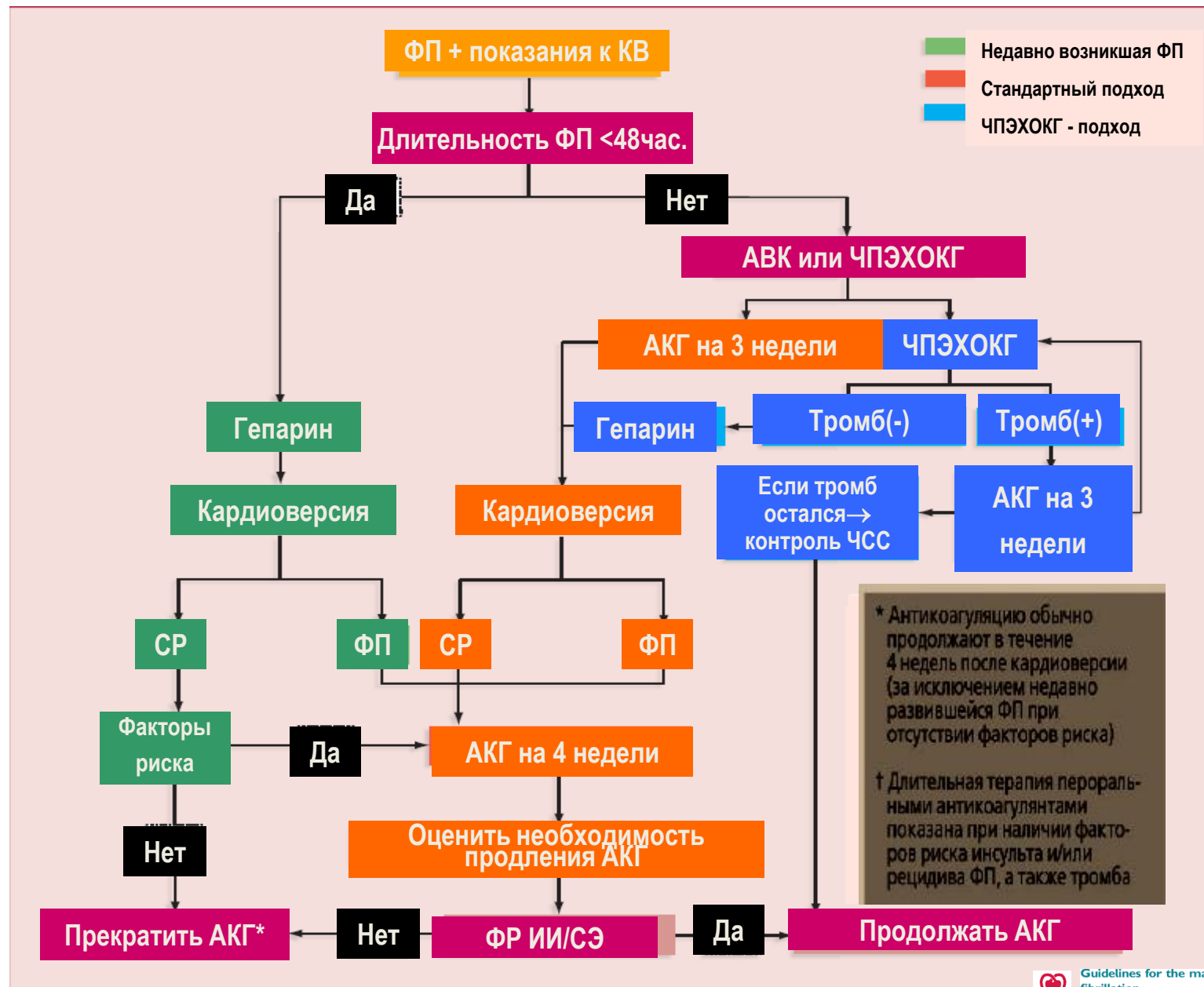
АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ФП. КОГОРТА 3



Unpublished preliminary data

Регистр GARFIELD-AP

Стратегия проведения КВ у больных с ФП и стабильной гемодинамикой



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДО И ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ

Рекомендации	Класс	Уровень
Пациентам с продолжительностью ФП ≥ 48 часов или неизвестной давностью ФП рекомендуются пероральные антикоагулянты (например, антагонист витамина К [варфарин] с <u>достижением МНО 2-3 или дабигатран при неклапанной ФП</u>) в течение ≥ 3 недель до и ≥ 4 недель после кардиоверсии вне зависимости от способа восстановления синусового ритма (электрическая или пероральная/в/в лекарственная кардиоверсия).	I	B
Если у больного с ФП нарушена гемодинамика и требуется немедленная кардиоверсия, рекомендуется использовать гепарин (нефракционированный внутривенно болюсом + инфузия или низкомолекулярный в дозах, применяемых для лечения венозных тромбозов).	I	C
Если длительность приступа ФП составляет ≥ 48 часов или не известна, после неотложной кардиоверсии рекомендуется назначить пероральные антикоагулянты по крайней мере на 4 недели (также как и после плановой кардиоверсии).	I	B
Пациентам с длительностью приступа ФП < 48 часов и высоким риском инсульта до и после кардиоверсии рекомендуется внутривенное введение нефракционированного или низкомолекулярного гепарина в дозах, применяемых для лечения венозных тромбозов, а затем длительная терапия антагонистами витамина К (варфарином) с целевым МНО 2,0-3,0.	I	B
Если длительность приступа ФП составляет ≥ 48 часов или не известна, лечение пероральными антикоагулянтами следует продолжать по крайней мере 4 недели после плановой кардиоверсии.	I	B
У больных с высоким риском инсульта терапию пероральными антикоагулянтами рекомендуется продолжать длительное (неопределенно долгое) время.	I	B

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДО И ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ

<p>Альтернативой длительной антикоагуляции перед кардиоверсией служит исключение наличия тромба в левом предсердии и его ушке с помощью чреспищеводной эхокардиографии на фоне предварительно созданного терапевтического уровня антикоагуляции (например, с помощью гепарина в дозах, применяемых для лечения венозных тромбозов).</p>	I	B
<p>При отсутствии тромба в левом предсердии и его ушке по результатам чреспищеводной эхокардиографии необходимо немедленно провести кардиоверсию на фоне продолжающегося использования гепарина. Одновременно необходимо назначить антагонисты витамина К (варфарин) и отменить гепарин при достижении целевых значений МНО. Пероральные антикоагулянты следует продолжать, по меньшей мере, в течение 4 недель после кардиоверсии.</p>	I	B