

The background of the slide is a medical illustration of a heart, specifically showing the left atrium. A dark, irregular mass, representing a thrombus, is visible within the atrium. The heart is rendered in shades of red and pink, with some yellow highlights. The overall tone is dark and somewhat somber.

АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

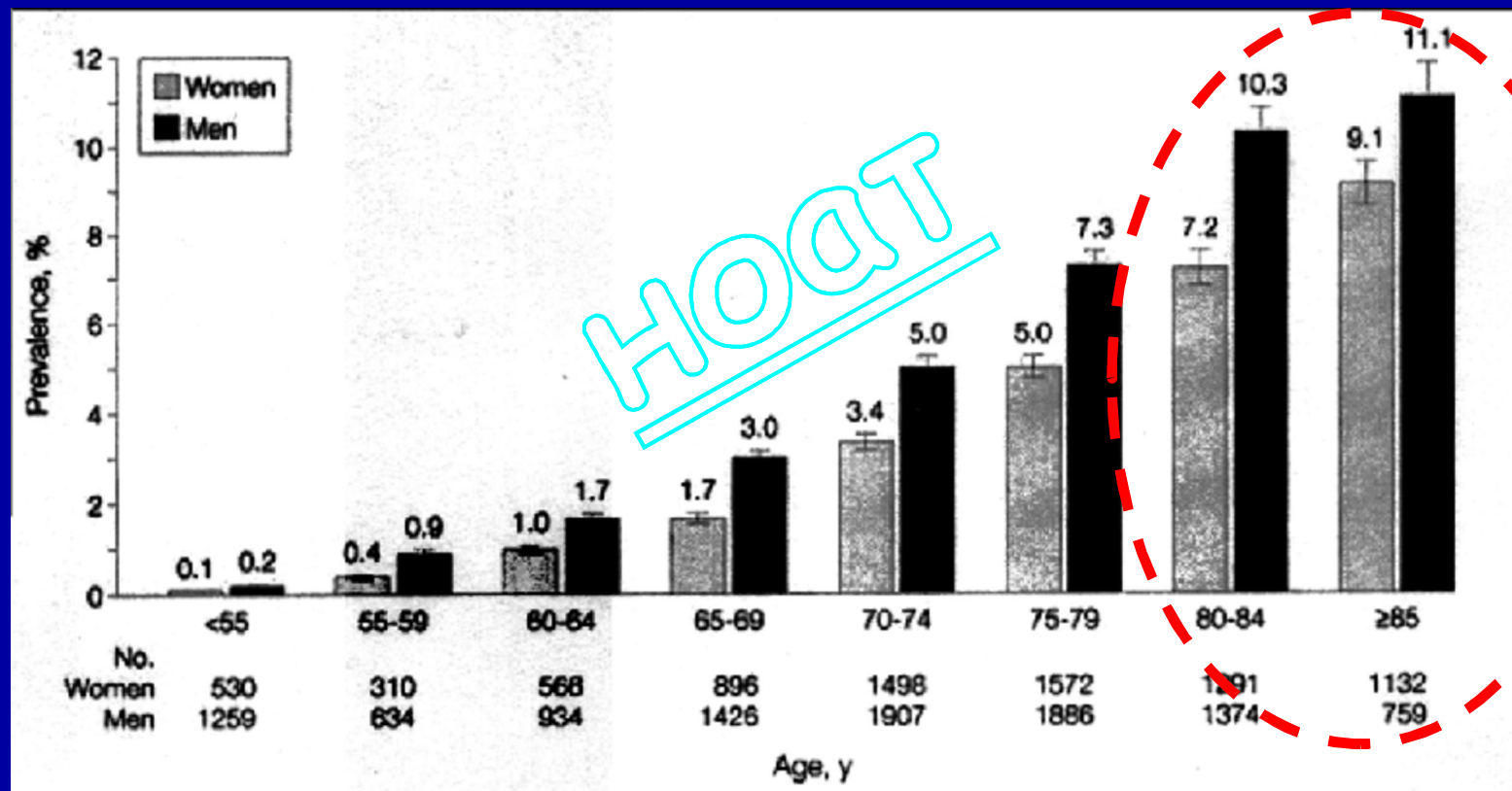
проф. Е. П. Панченко

Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова
ФГУ РКНПК МЗ РФ
2012 год

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ- САМОЕ ЧАСТОЕ НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА

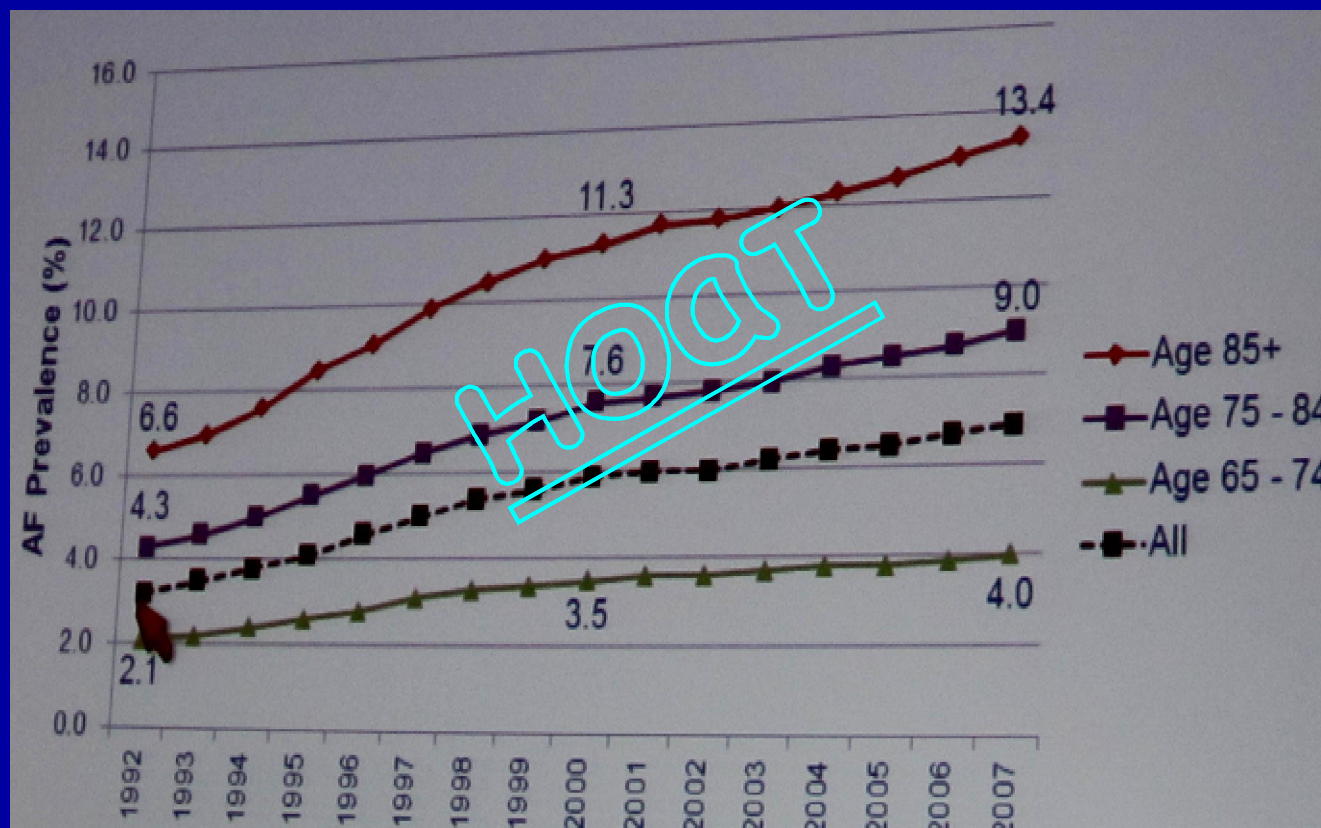
- Частота ФП в популяции - 1-2% (*Stewart et al, 2001; Go et al, 2001*).
- У 5% больных с острым инсультом по данным ХМ выявляется ФП
- 33% госпитализаций больных по поводу аритмий приходится на ФП
- Смертность больных с ФП увеличивается вдвое, вне зависимости от других ФР (*Kirchhof et al, 2007; Stewart et al, 2002;*).

Вероятность развития МА увеличивается с возрастом



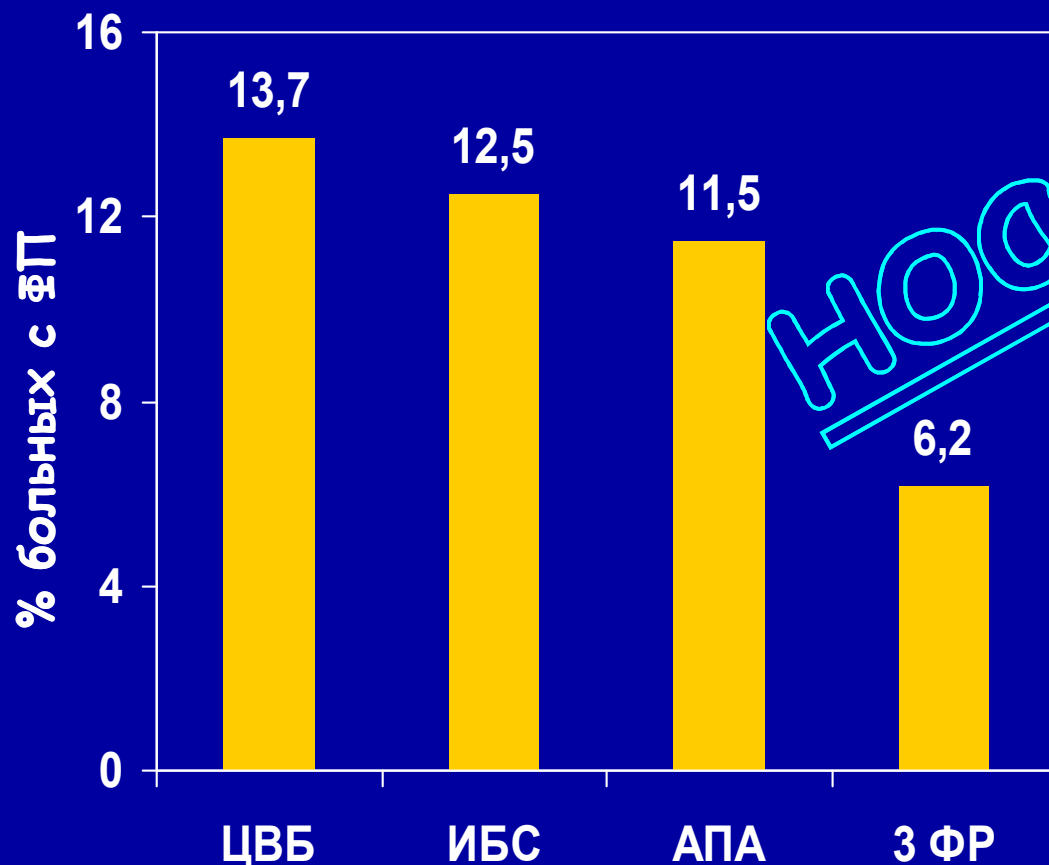
Go et al. *JAMA*. 2001;285:2370-2375.

Частота фибрилляции предсердий у больных без поражения клапанов сердца в США за 15 лет (1992 – 2007 г.)



Ch.Herzog, Cr.Solid; AHA 2011, Orlando

ЧАСТОТА ФТП У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОТРОМБОЗА

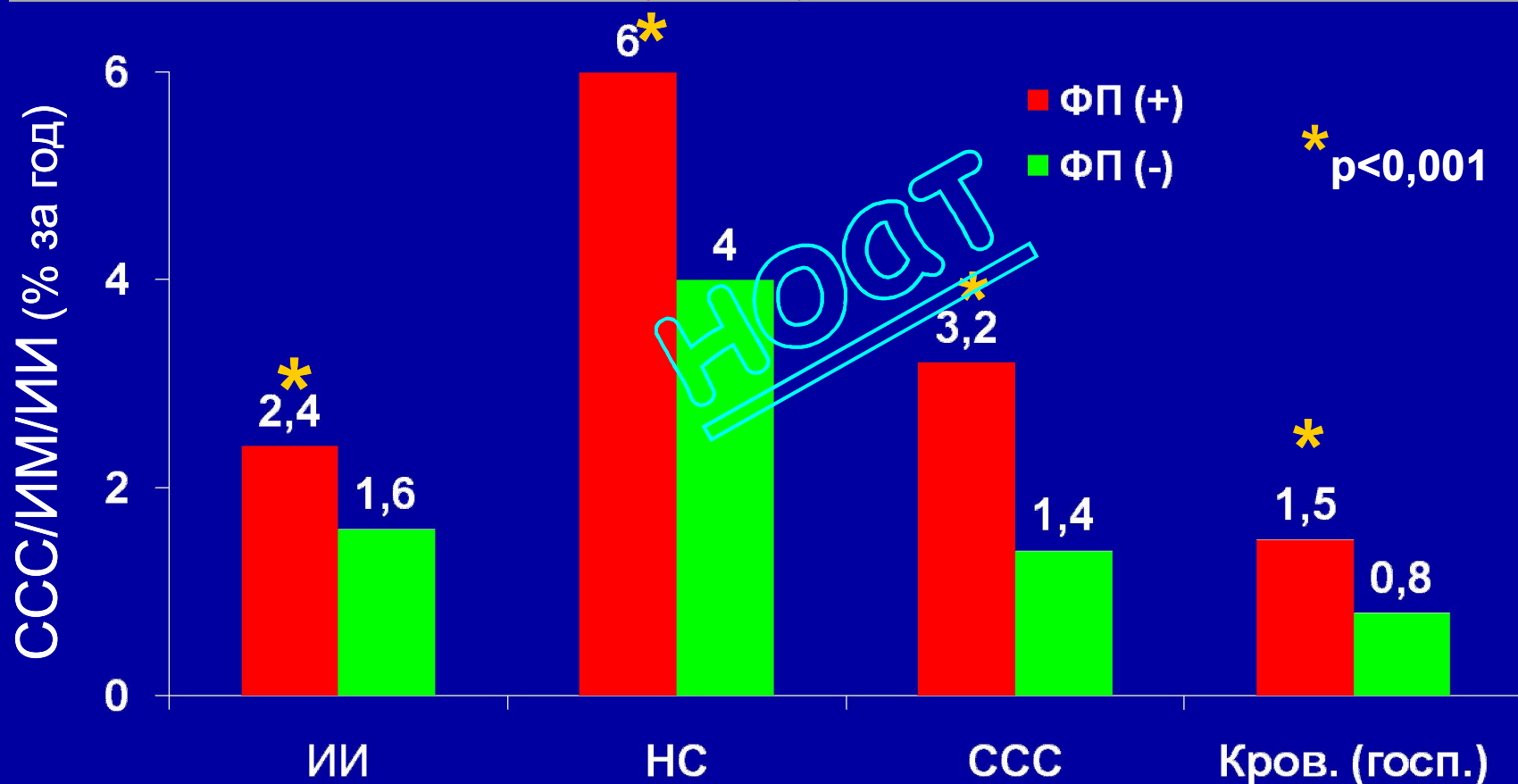


□ 63 589 больных со стабильными проявлениями атеротромбоза (регистр REACH)

□ частота ФТП - 10,7% (6814) больных

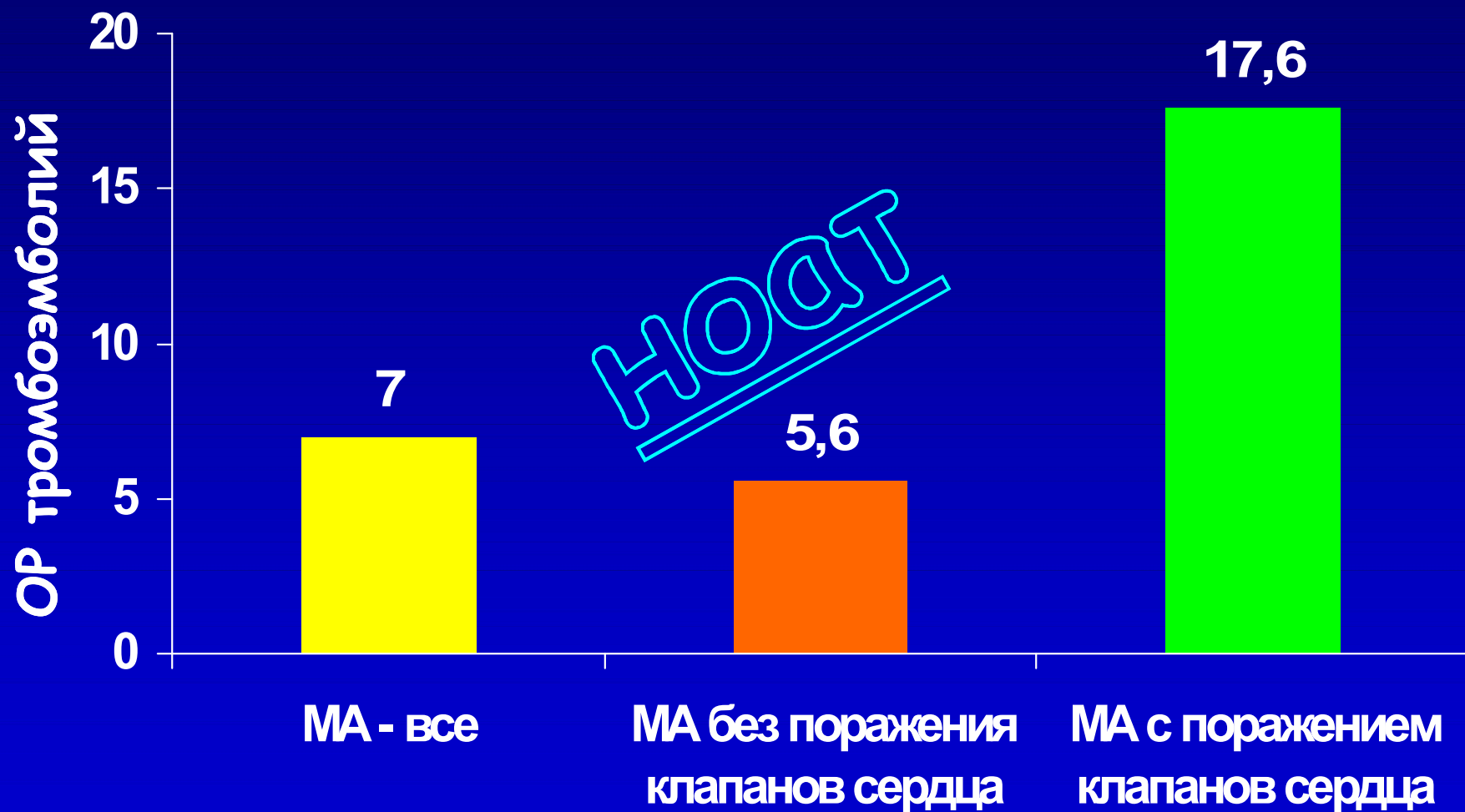
□ Частота ИМ/ИИ/ССС среди больных МА - 6,7% в год

□ Наличие фибрилляции предсердий у больных с атеротромбозом ассоциируется с более частым возникновением инсульта, обострения ИБС, кровотечений и сердечно-сосудистой смерти (регистр REACH)



Тромбоэмболии - наиболее грозные осложнения у больных МА

(по данным Фрамингемского исследования, 1978)



СТРУКТУРА ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

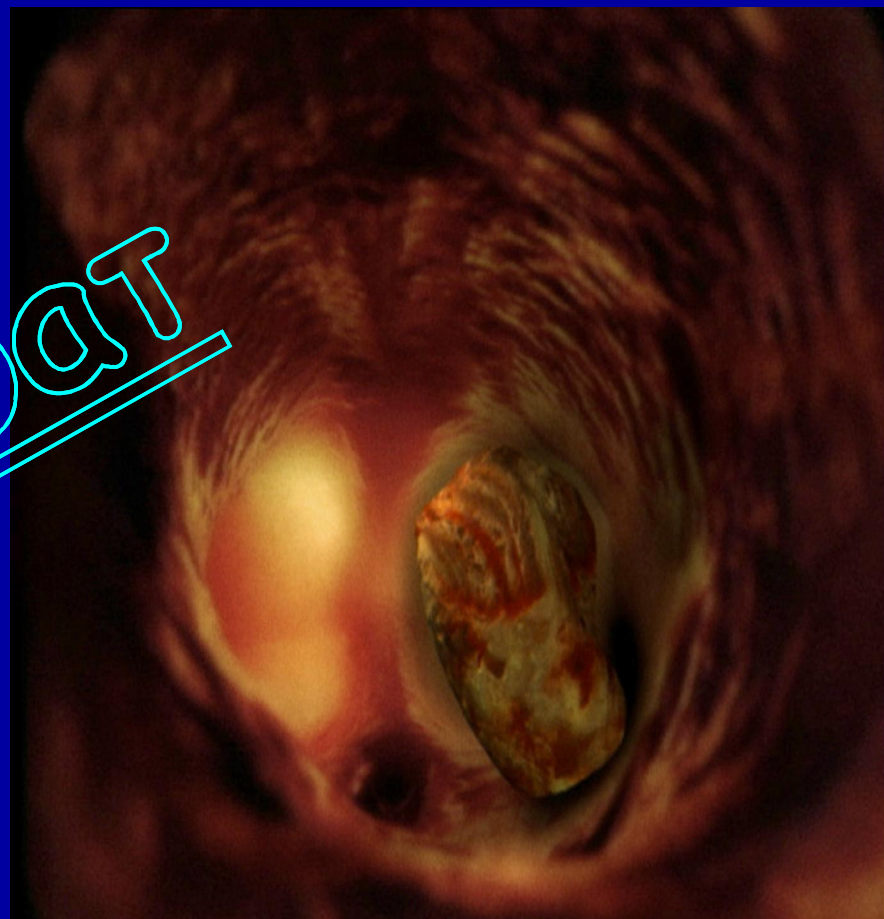
(по результатам контролируемых исследований)



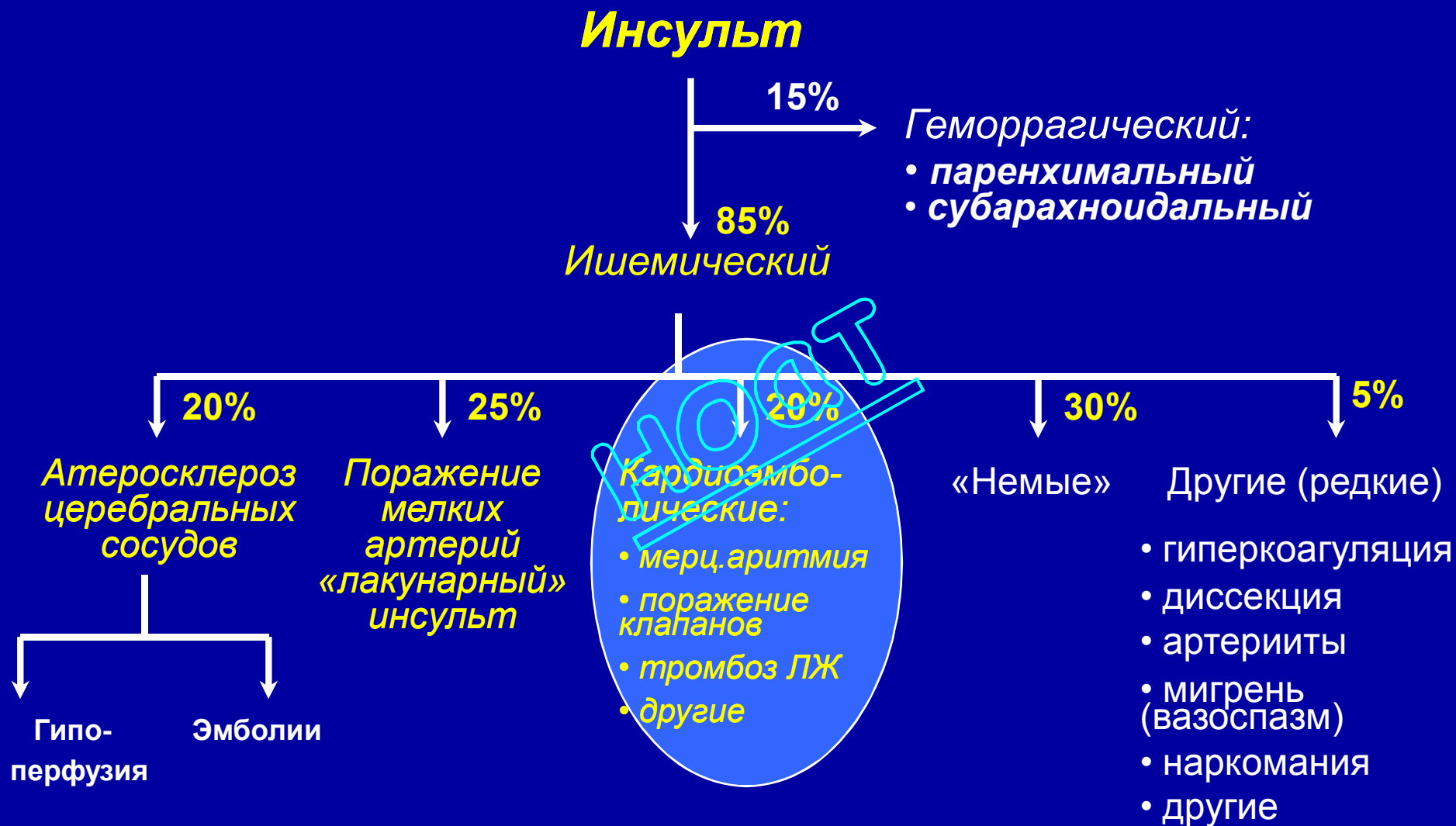
ОСОБЕННОСТИ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

- *часто обширный инфаркт мозга*
- *выраженный клинический дефицит*
- *часто бассейн СМА*
- *редко лакунарные инсульты*
- *чаще смерть в первые 6 месяцев наблюдения*

НОСТ



КЛАССИФИКАЦИЯ ИНСУЛЬТОВ



ПАТОГЕНЕЗ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ



Adapted from Caplan LR. Stroke. Ciba-Geigy Clinical Symposia 1988;40(4):6.

- чаще кардиоэмболическое происхождение
- тем не менее, 25% ИИ при МА имеют атеротромботическую природу: атеросклероз сосудов головного мозга, атероматоз аорты (*Bogousslavsky J, et al, 1990; Miller VT et al, 1993*)
- примерно 50% пожилых больных МА страдают АГ
- 12 % пожилых больных МА имеют атеросклероз сонных артерий

Патогенез тромбоза ушка ЛПТ при МА



- **Триада Вирхова:**

- 1) стаз крови

- 2) дисфункция эндотелия

- 3) гиперкоагуляция

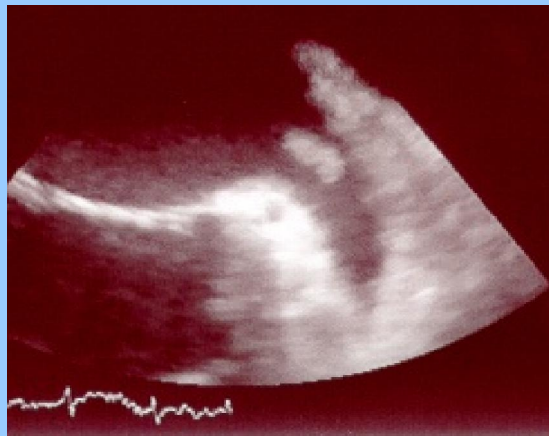
- **Анатомические особенности ушка ЛПТ:**

- узкая конусовидная форма,

- неровность внутренней поверхности (гребенчатые мышцы и мышечные трабекулы)

ЧПЭХО-КГ - МЕТОД ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОВ В УШКЕ ЛП

- Причина ИИ при МА - тромбоз ЛП, и ушка ЛП

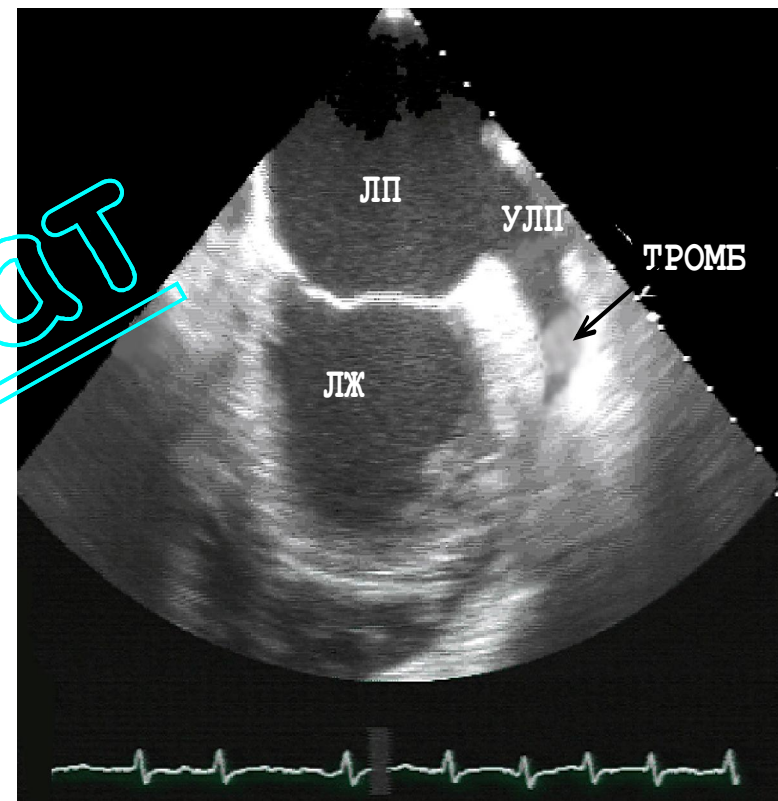


- чувствительность - 92%
- специфичность - 98%
- визуализация тромба
- размеры тромба
- выявление флотирующих участков тромба
- оценка степени СЭ
- оценка гемодинамики ушка ЛП (ПСК и ФВ ушка ЛП)

Тромб ушка левого предсердия

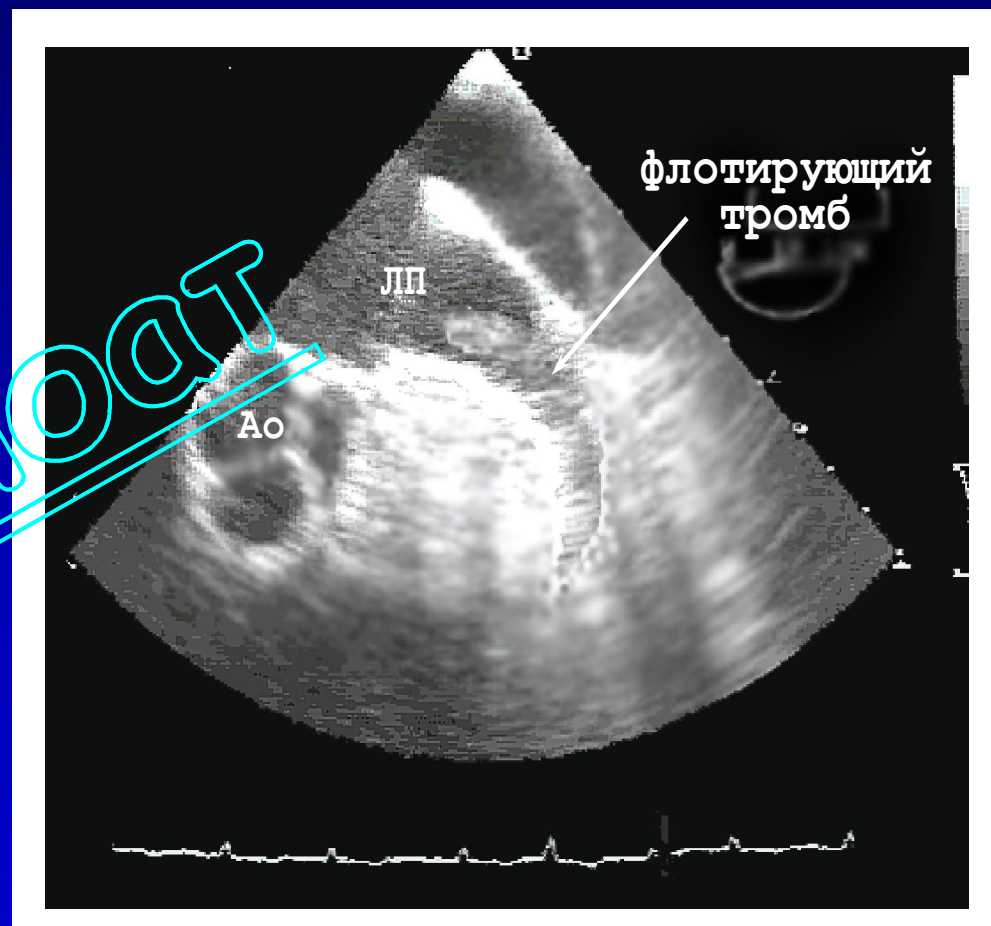
(продольный 2-х камерный срез левых камер сердца)

- В области вершины ушка левого предсердия визуализируется "нежное" эхогенное образование - тромб.



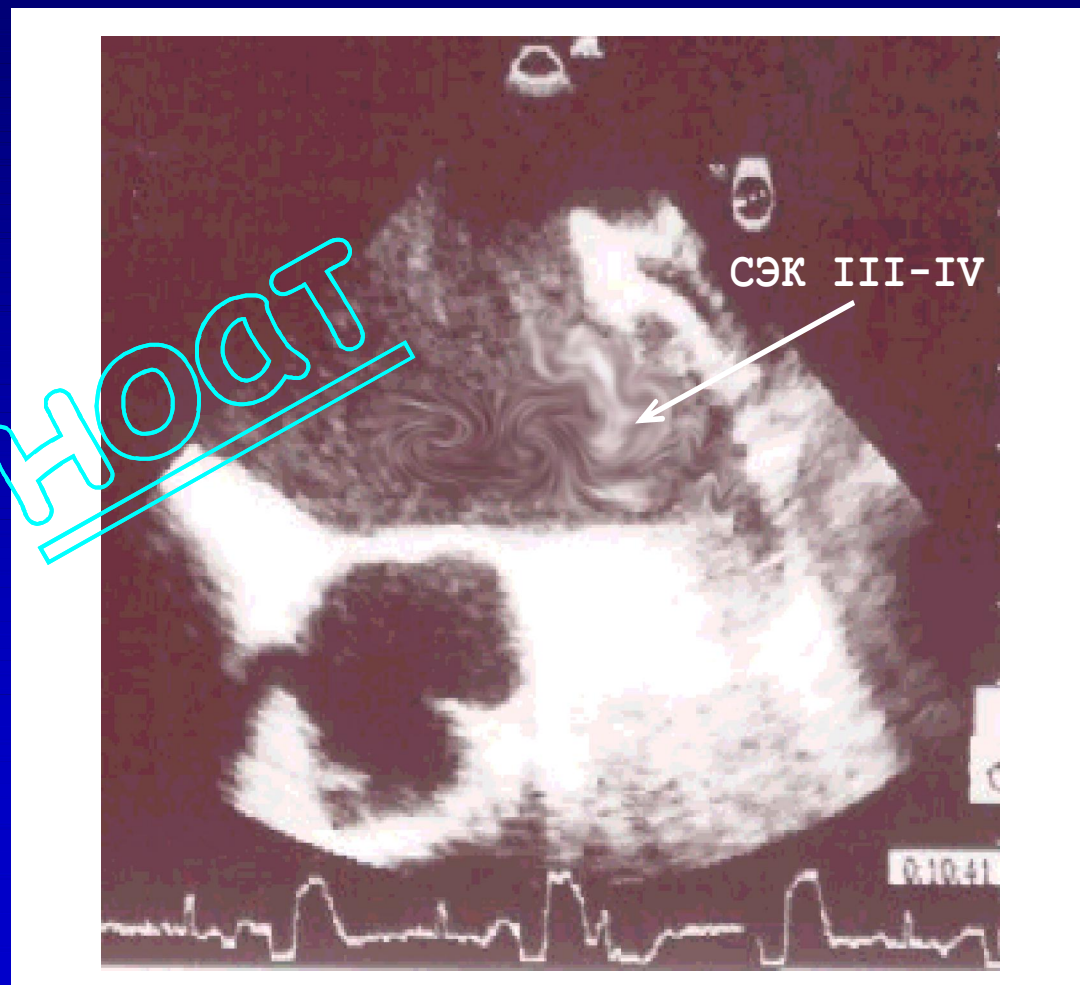
Тромб ушка левого предсердия

- В ушке левого предсердия - эхогенное образование, заполняющее практически все ушко - тромб.
- При исследовании в режиме реального времени определяется флотирующий фрагмент.



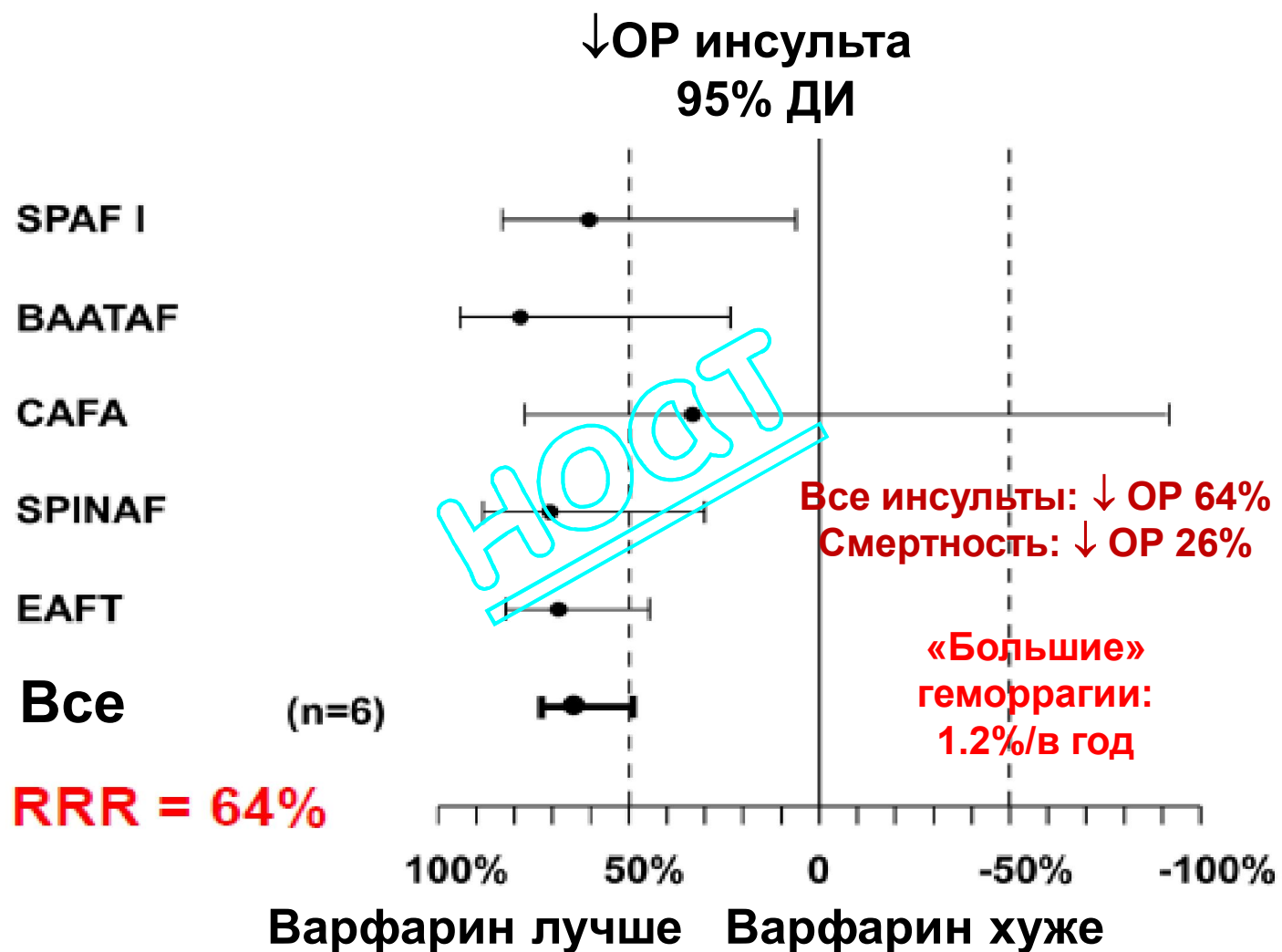
СПОНТАННОЕ ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЕ III-IV ст. В УШКЕ И ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

- В левом предсердии и его ушке в режиме реального времени визуализируются "клубящиеся", "вихреобразные" потоки, свидетельствующие о замедлении кровотока.



Е.С.Быкова, 2002

Варфарин vs плацебо/контроль

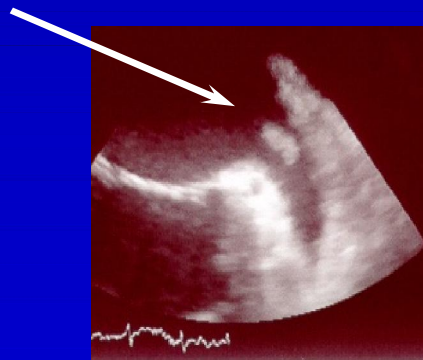
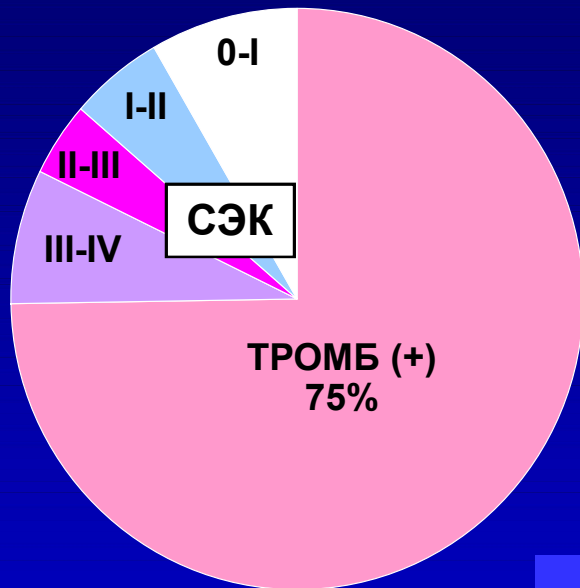


ПРОСПЕКТИВНОЕ 5-ЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ МА НА ТЕРАПИИ АВК.

122 больных МА, М/Ж-86/36, возраст $61 \pm 8,9$ лет

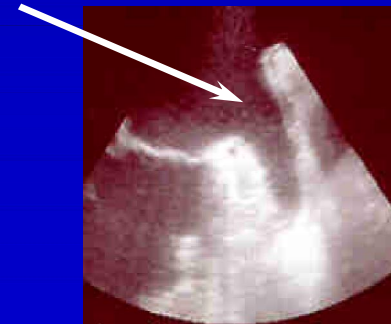
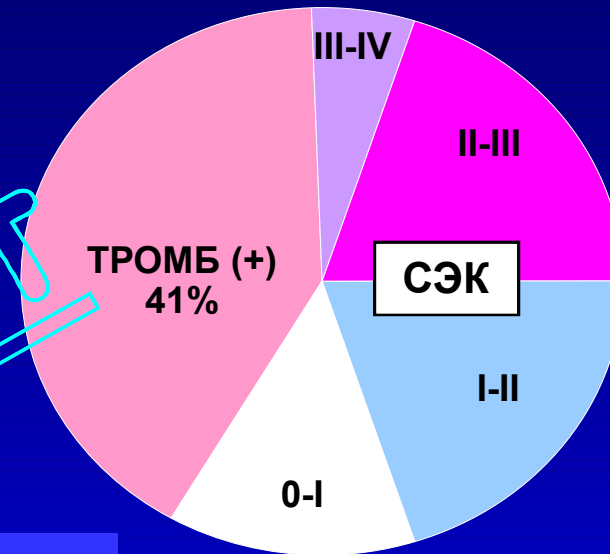
Постоянная МА (%), давность (лет)	83% (2,5)
Пароксизмальная МА (%), давность (лет)	17% (7)
Причина МА	
• Артериальная гипертония	49%
• ИБС	24%
• Заболевания мышцы сердца	10%
• Идиопатическая	17%
Факторы риска тромбозов	
• Возраст >75 лет	4,9%
• АГ	70%
• ОНМК/ТНМК в анамнезе	20,5%
• СД	18%
• ХСН	30%
Средний балл по шкале CHADS2	1,7 ±1,3
Больные, имеющие >2 баллов по шкале CHADS2	49%

✓ Через 1 год терапии АВК почти у половины больных МА исчезает тромб из ушка ЛПГ



Исходно

НОАТ

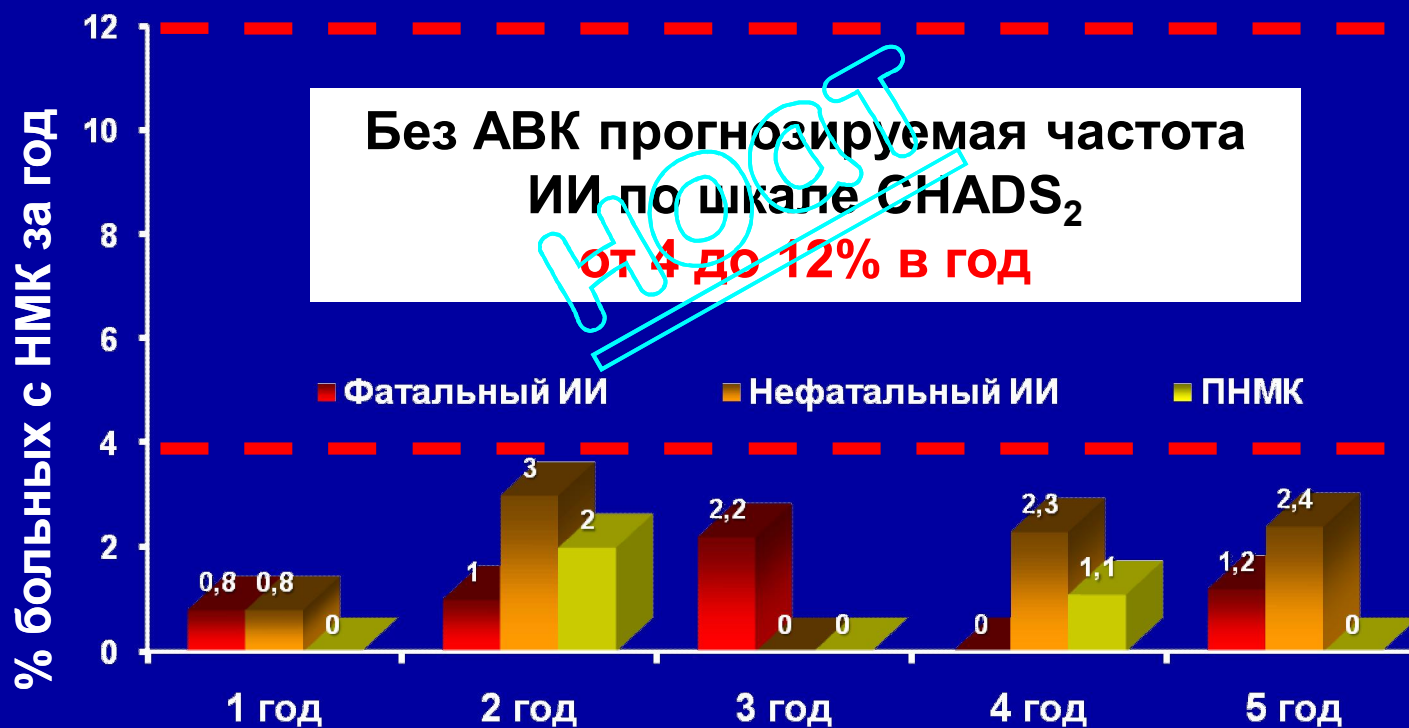


Через 12 месяцев НАКГ

**Больные МА
(высокий риск ТЭ)
n=100**
ИИ/СЭ - 1% в год
Б.гемор. - 2% в год

ДЛИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ АВК У БОЛЬНЫХ ФП

- 126 больных с ФП, CHADS₂=1,7±1,3
- 5 лет терапии АВК
- Всего: 16 НМК (5 фатальных, 8 не фат., 3 ТИА)
- В среднем ИИ- 2,6%/год, Первичн.-1,2%/год, Повторн.-2%/год



ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ИСХОДОВ* У БОЛЬНЫХ МА ЗА 5 ЛЕТ ТЕРАПИИ АВК

(модель логистической регрессии)

ПОКАЗАТЕЛЬ	ОР	ДИ 95%	p
ВОЗРАСТ	1,1	0,9-1,15	0,14
ЖЕНСКИЙ ПОЛ	3,7	1, -13,2	0,05
ФВ ≤45%	61,9	5,3-726,8	0,001
CHADS ₂ ≥3	5,8	1,7-19,3	0,005
НК (II-III ст)	4,7	1,4-15,7	0,013
МНО до терапии ≥ 1,07	5,2	1,3-21,8	0,02

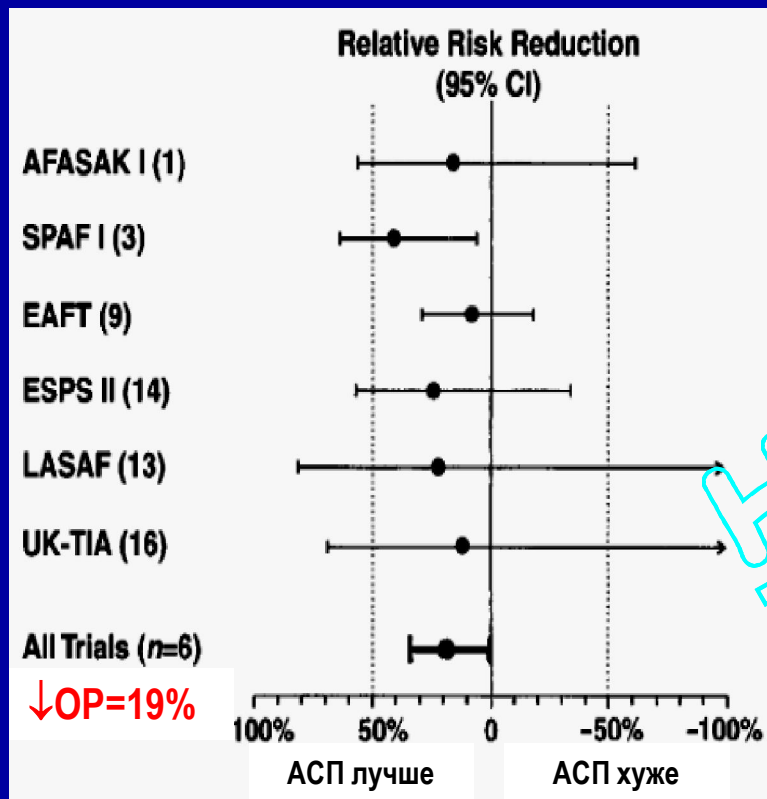
*ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ/ТИА/ОКС/ССС

Мухеева Ю.А. и соав., 2003

Существует ли реальная
альтернатива варфарину у
больных мерцательной аритмией?

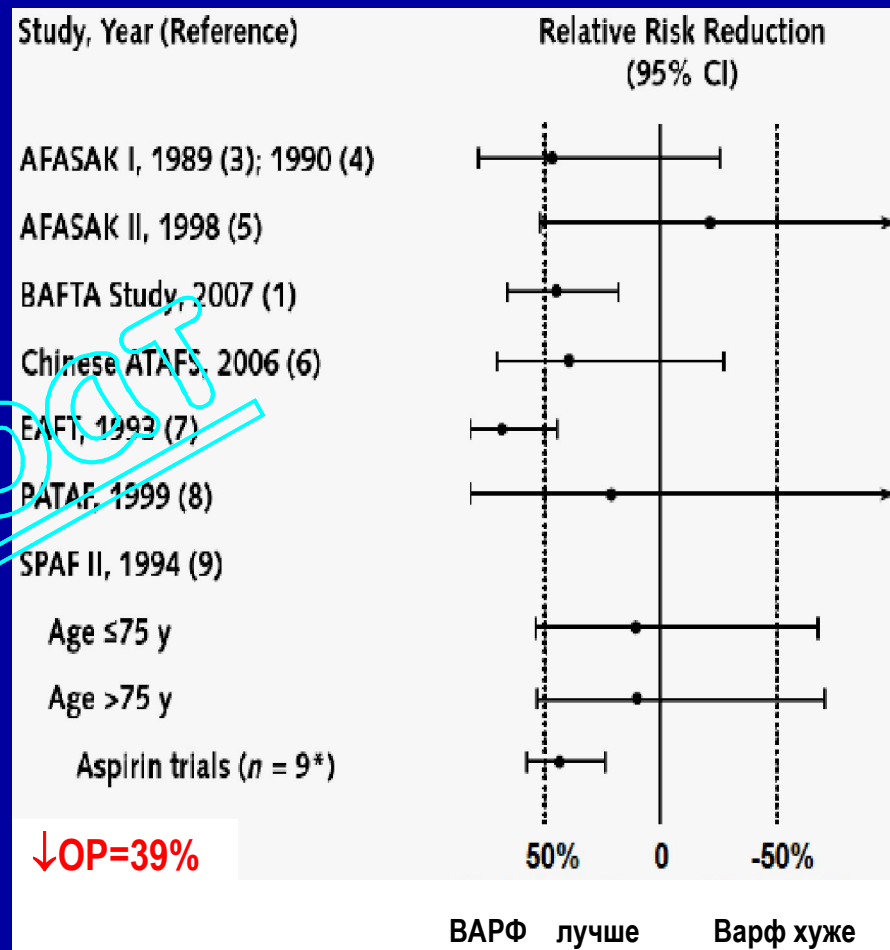
НОСИ

АСТИРИН VS ПЛАЦЕБО



Hart RG et al. Ann Int Med. 1999;131:492-501

ВАРФАРИН (РКИ) VS АСТИРИН

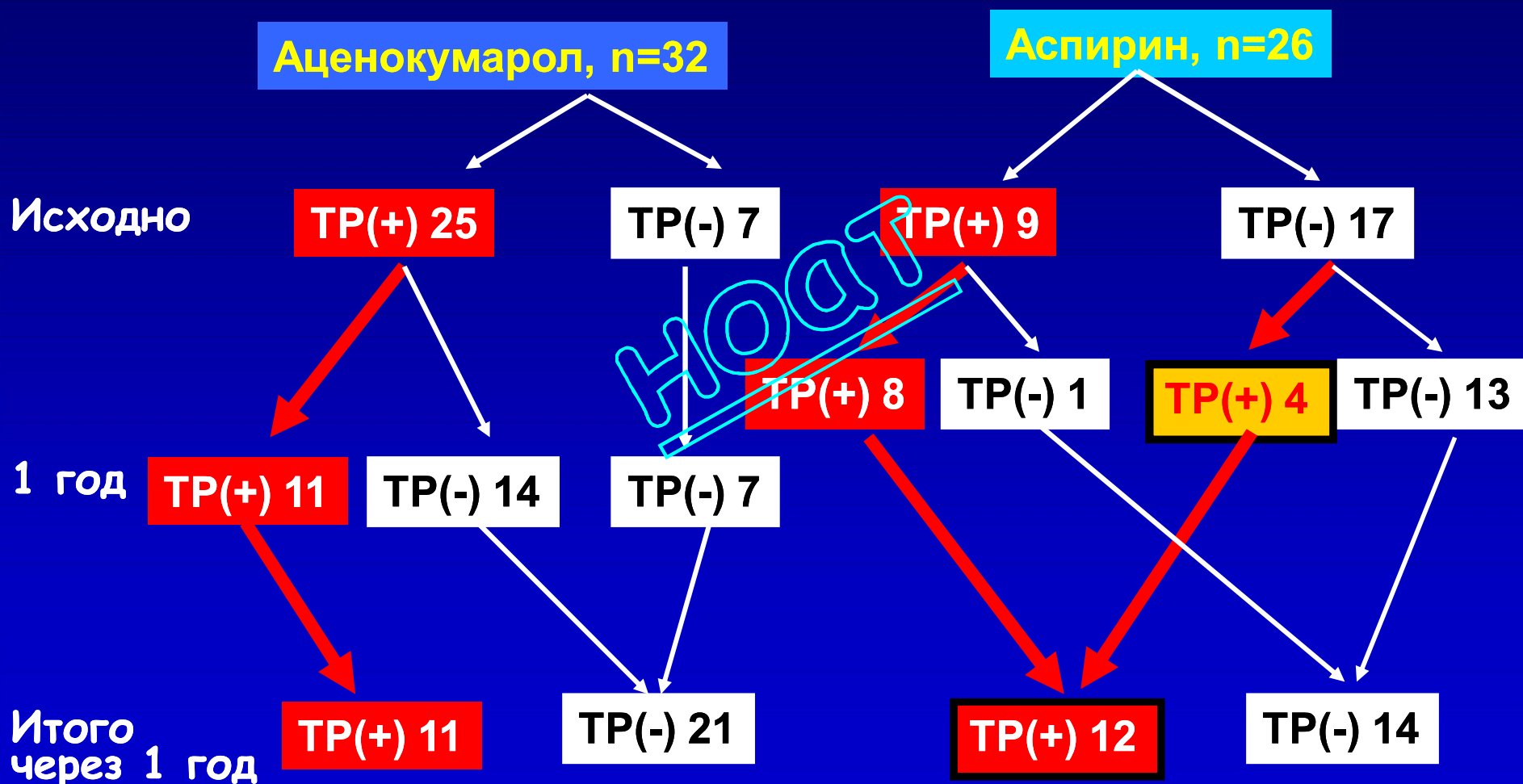


Hart RG et al. Ann Int Med. 2007;147:590-592.

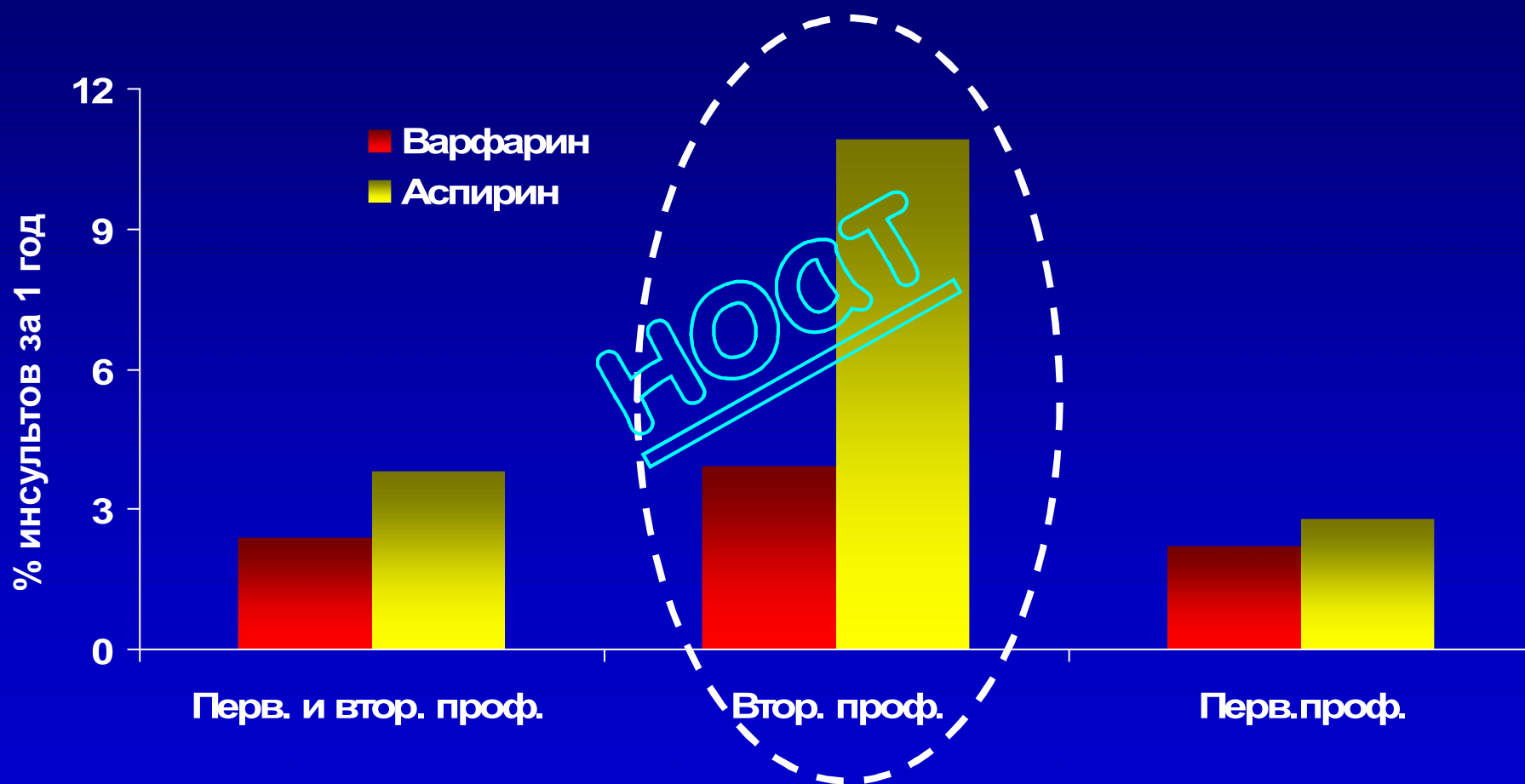
Профилактика инсульта у больных МА. Варфарин или аспирин?

- Адекватная терапия АВК на 39% эффективнее терапии аспирином
- При отдельном анализе больных МА с высоким риском ИИ (>6% в год) снижение ОР инсульта на варфарине по сравнению с аспирином составляет 50%

ДИНАМИКА ТРОМБОЗА УЛПТ НА ТЕРАПИИ АЦЕНОКУМАРОЛОМ И АСПИРИНОМ У БОЛЬНЫХ МА (Средняя сумма баллов по шкале CHADS₂=3)

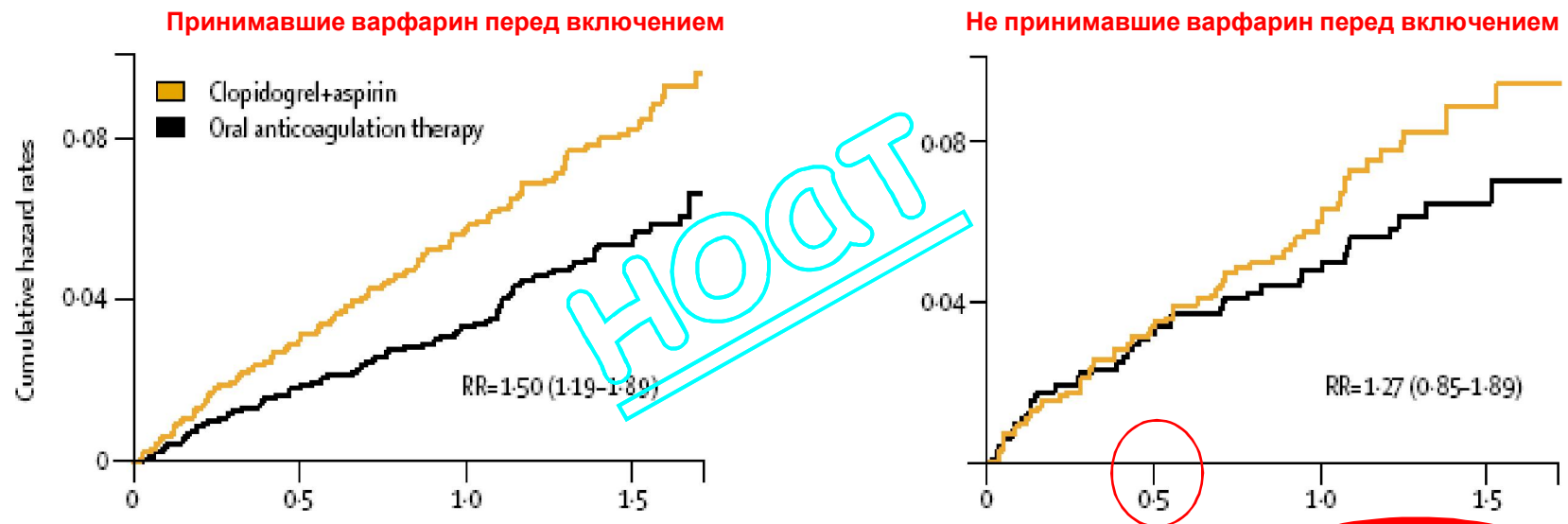


Профилактика инсульта у больных МА. Варфарин или аспирин?



❖ Исследование ACTIVE W продемонстрировало, что преимущества варфарина перед комбинацией двух антиагрегантов у больных мерцательной аритмией начинают сказываться спустя 6-8 мес. от начала терапии

Первичная конечная точка: Σ : ИИ + СТЭ + ИМ + ССС



Комбинация ацетилсалициловой кислоты в суточной дозе 75-100 мг и клопидогрела 75 мг в сутки должна быть рассмотрена как вариант профилактики инсульта в случаях, когда больные отказываются от использования антагонистов витамина К или имеются явные противопоказания к их приёму (например, отсутствие возможности регулярно контролировать МНО), при условии низкого риска кровотечений.

IIa B

ACTIVE-A

*для больных МА, которые не могут/не хотят принимать варфарин
аспирин+ плацебо vs аспирин+ клопидогрель*

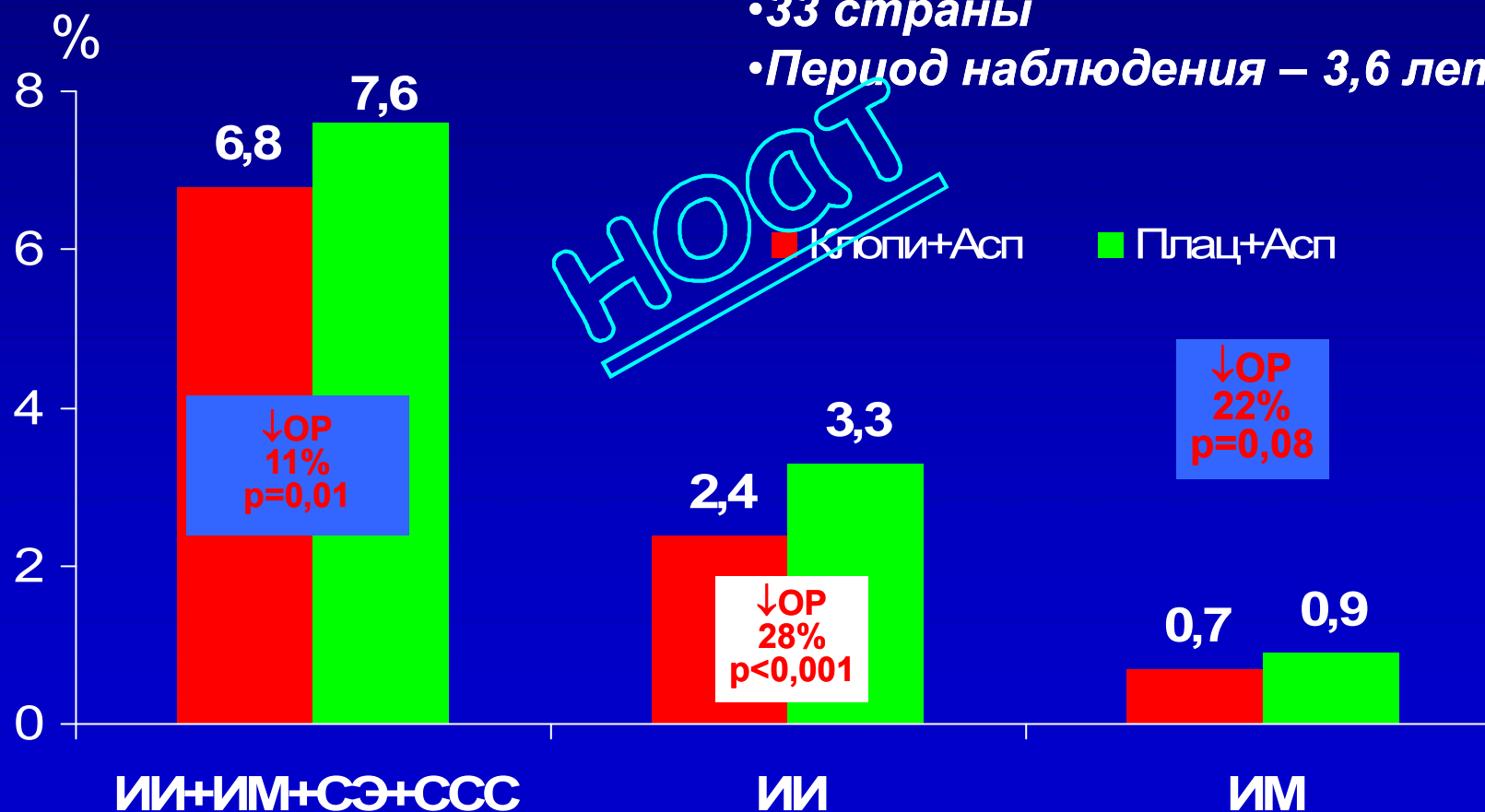
Причины не назначения варфарина:

- Наличие ФР кровотечения - 23%*
- Решение врача - 50%*
- Отказ больного принимать АВК - 26%*
- Первичная конечная (.)- Σ ИИ, ИМ, СЭ, ССС*
- 7554 больных*
- 580 центров*
- 33 страны*
- Период наблюдения - 3,6 лет*

ACTIVE-A

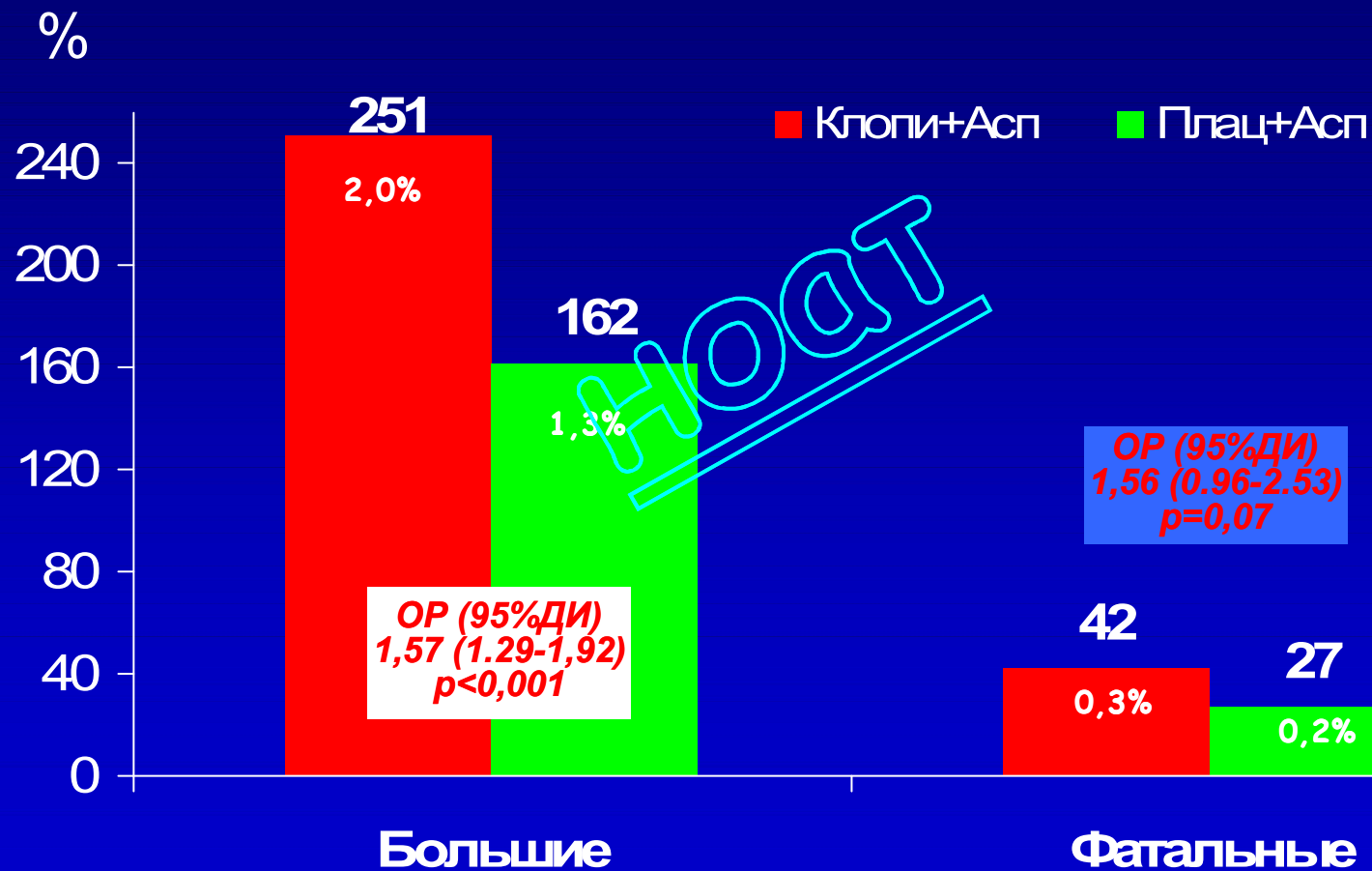
для больных МА, которые не могут/не хотят принимать варфарин
аспирин+ плацебо vs аспирин+ клопидогрель

- 7554 больных
- 580 центров
- 33 страны
- Период наблюдения – 3,6 лет



ACTIVE-A

Серьёзные кровотечения

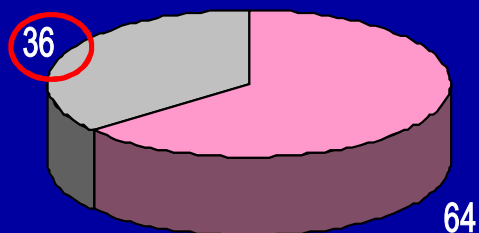


Насколько часто в реальной
жизни принимают варфарин
больные мерцательной аритмией?

НОСТ

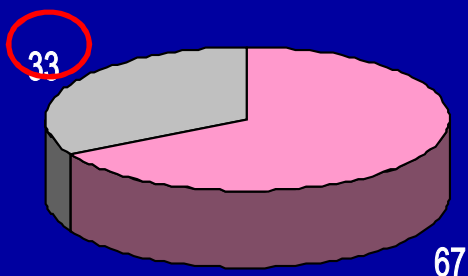
НАЗНАЧЕНИЕ АВК БОЛЬНЫМ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (частота выписки рецептов)

■ % больных без АВК
■ % больных на АВК



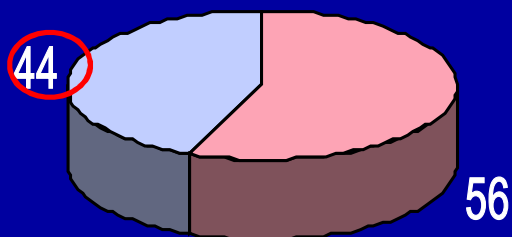
n = 23657
Больные США.

Birman-Deych E, et al. Stroke 2006; 37: 1070



n = 5333
Исследование Euro Heart survey

Nieuwlaet R, et al. Eur Heart J 2005; 26:2422



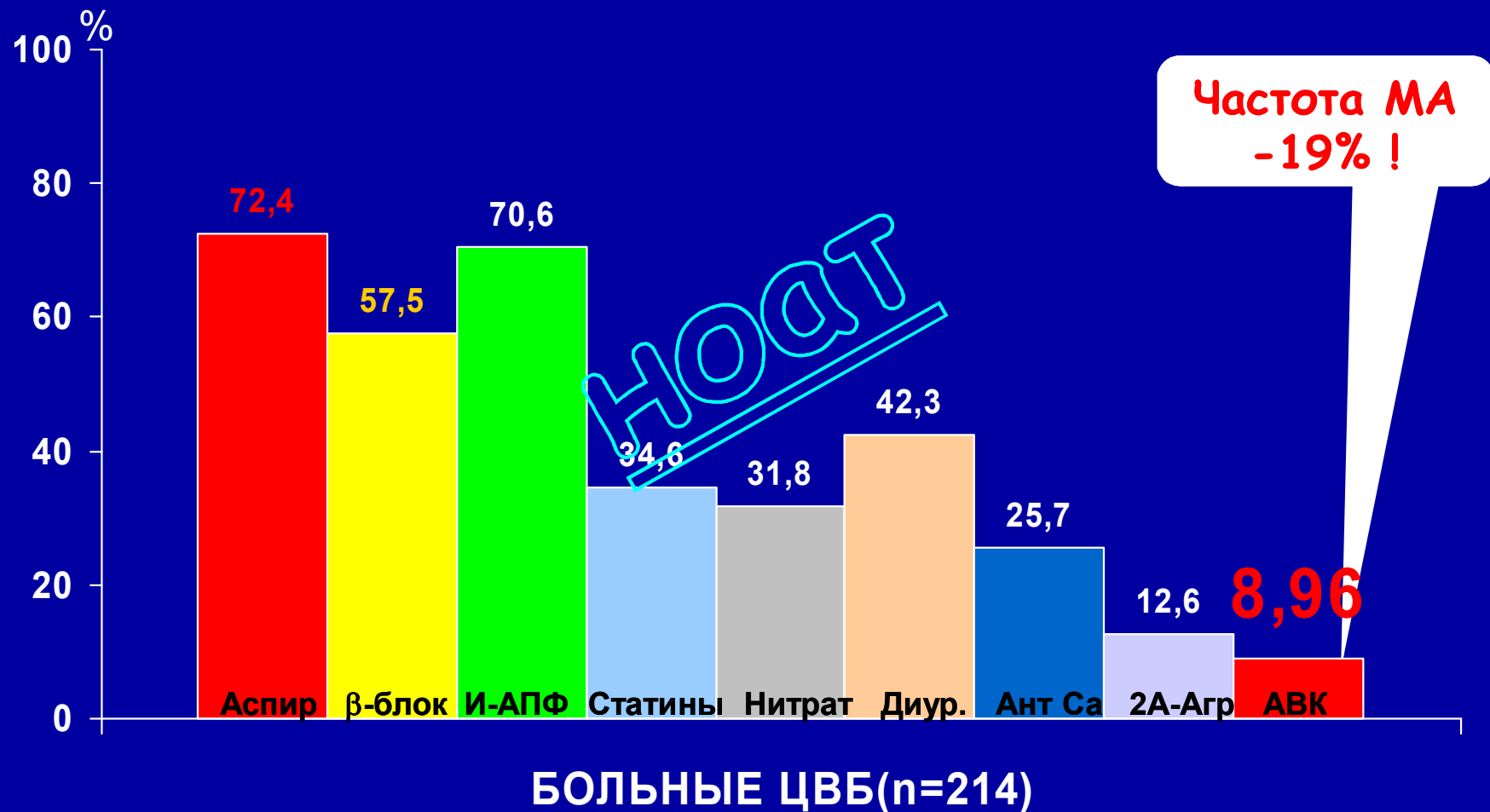
n = 11,379
Когорта исследования ATRIA(США, Калифорния)

Go AS, et al. JAMA 2003; 290: 2685

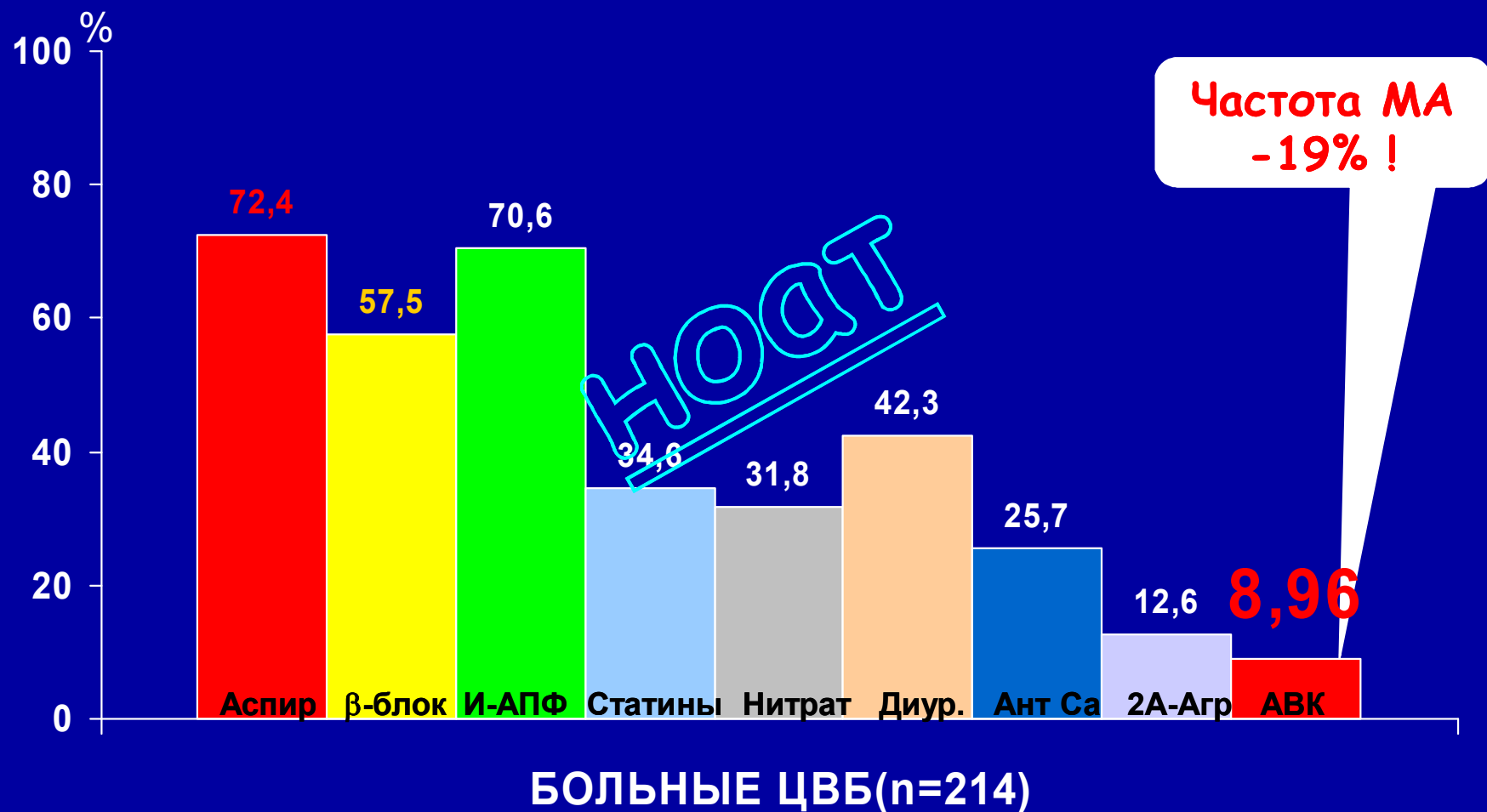
Регистр REACH (Россия)

Reduction of Atherothrombosis for Continued Health

Как лечатся больные, перенесшие ИИ/ТНМК в РФ?

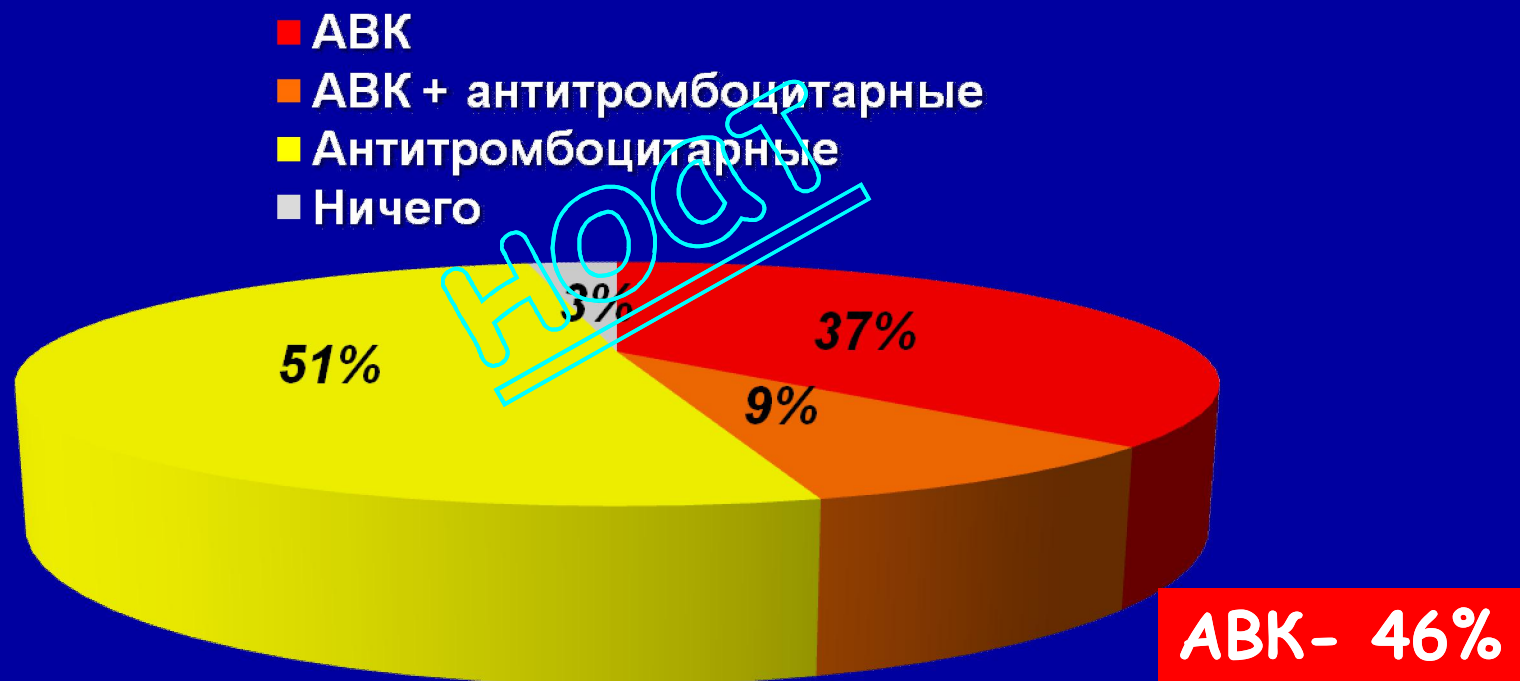


В РФ 50% больных, перенесших ИИ или ТНМК на фоне мерцательной аритмии, не получают антагонистов витамина К



АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ (≥ 2 баллов по шкале CHADS₂)

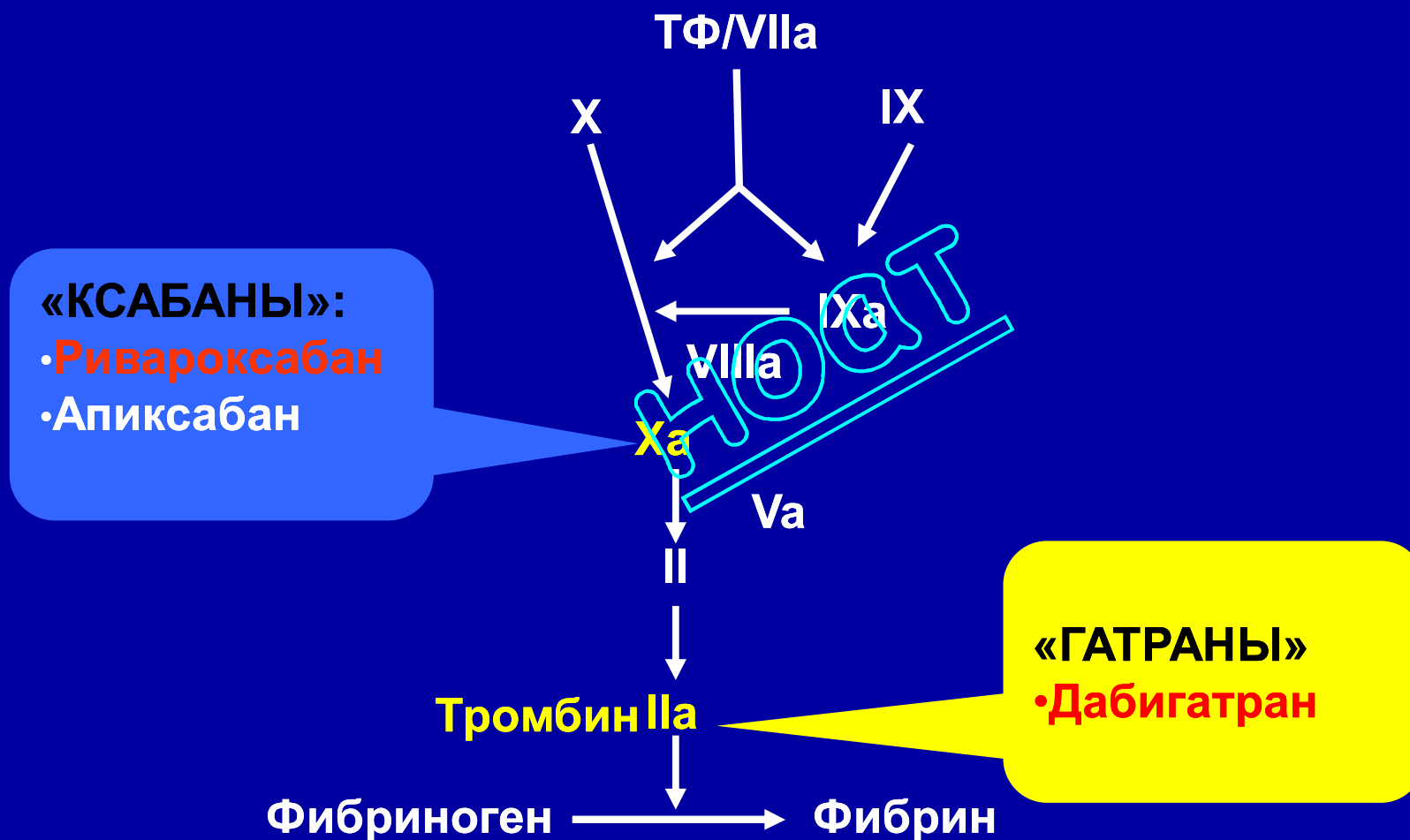
Российские данные регистра RecordAF, 2011, n=487



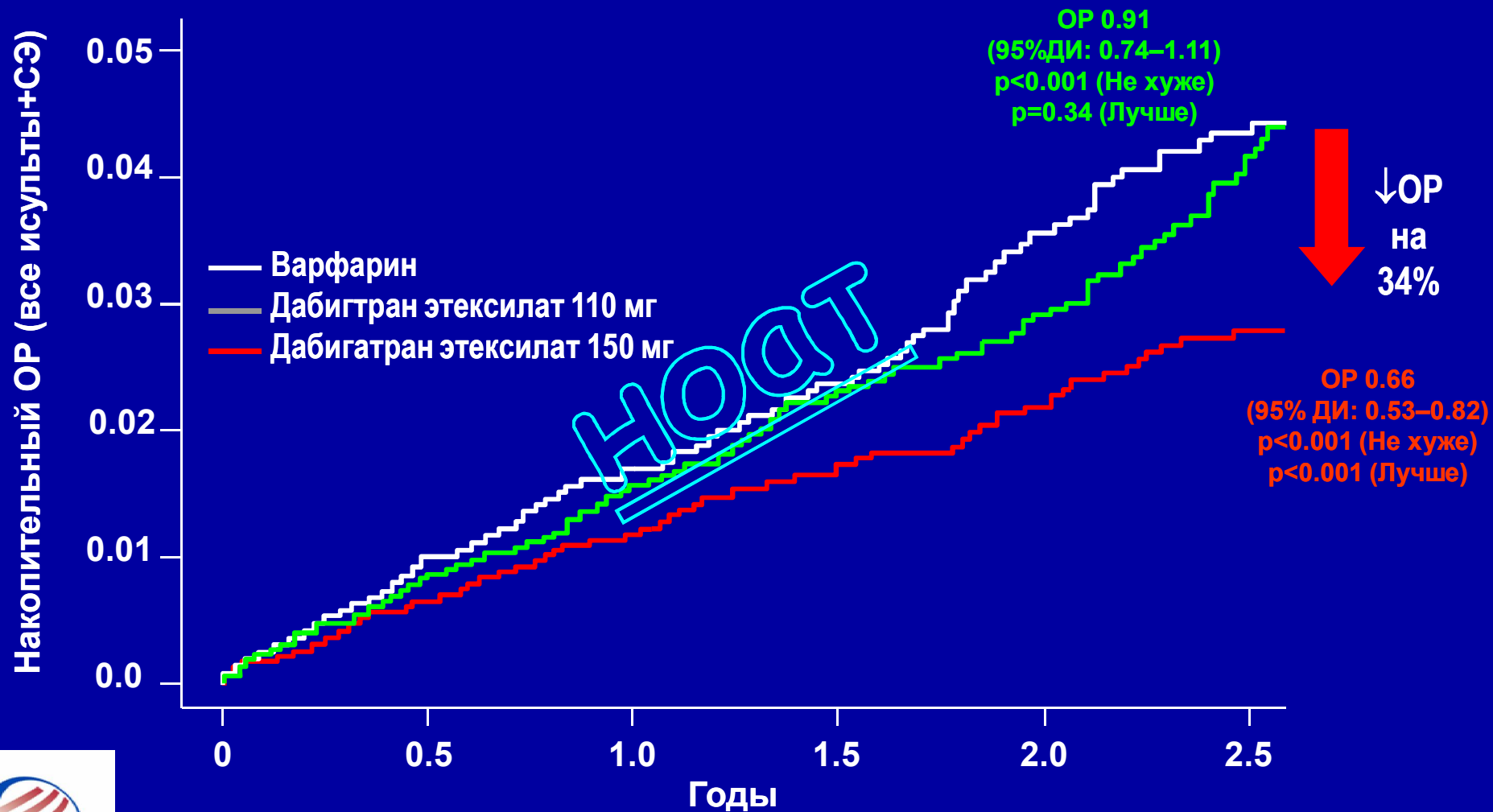
С.П.Голицын, 2011

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Каскад коагуляции

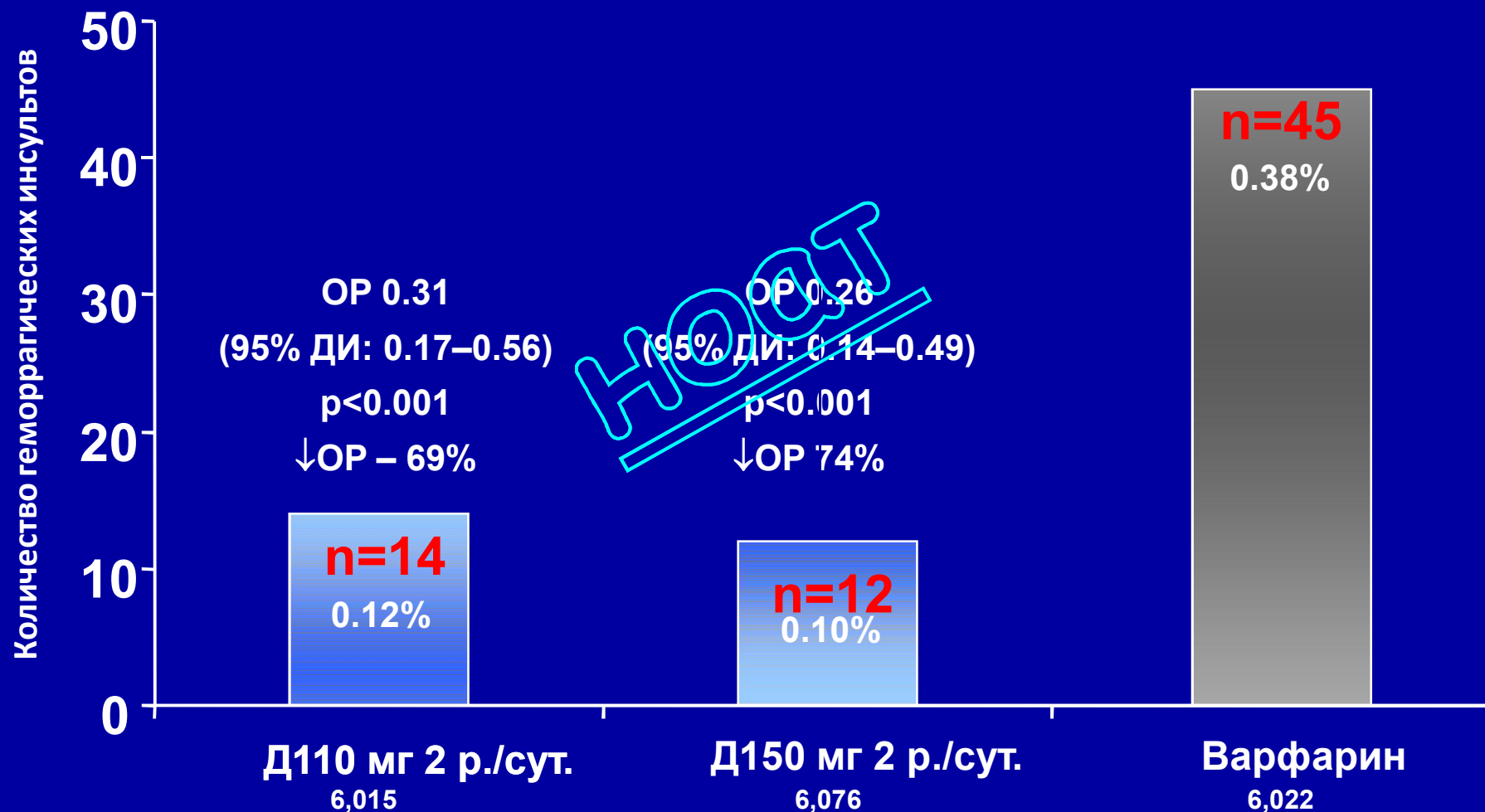


ИНСУЛЬТ И СИСТЕМНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ



Connolly SJ., et al. NEJM published online on Aug 30th 2009.
DOI 10.1056/NEJMoa0905561

Геморрагический инсульт





Характеристика больших кровотечений

	Даби 110 мг	Даби 150 мг	Варфар	P 110 vs B	P 150 vs B
Кол-во больных	6015	6076	6022		
Большие кровотечения	2.71	3.11	3.36	0.003	0.31
- Жизнеугрожающие	1.22	1.45	1.80	<0.001	0.037
- Не жизнеугрожающие	1.66	1.88	1.76	0.56	0.47
- Желудочно-кишечные	1.12	1.51	1.02	0.43	<0.001

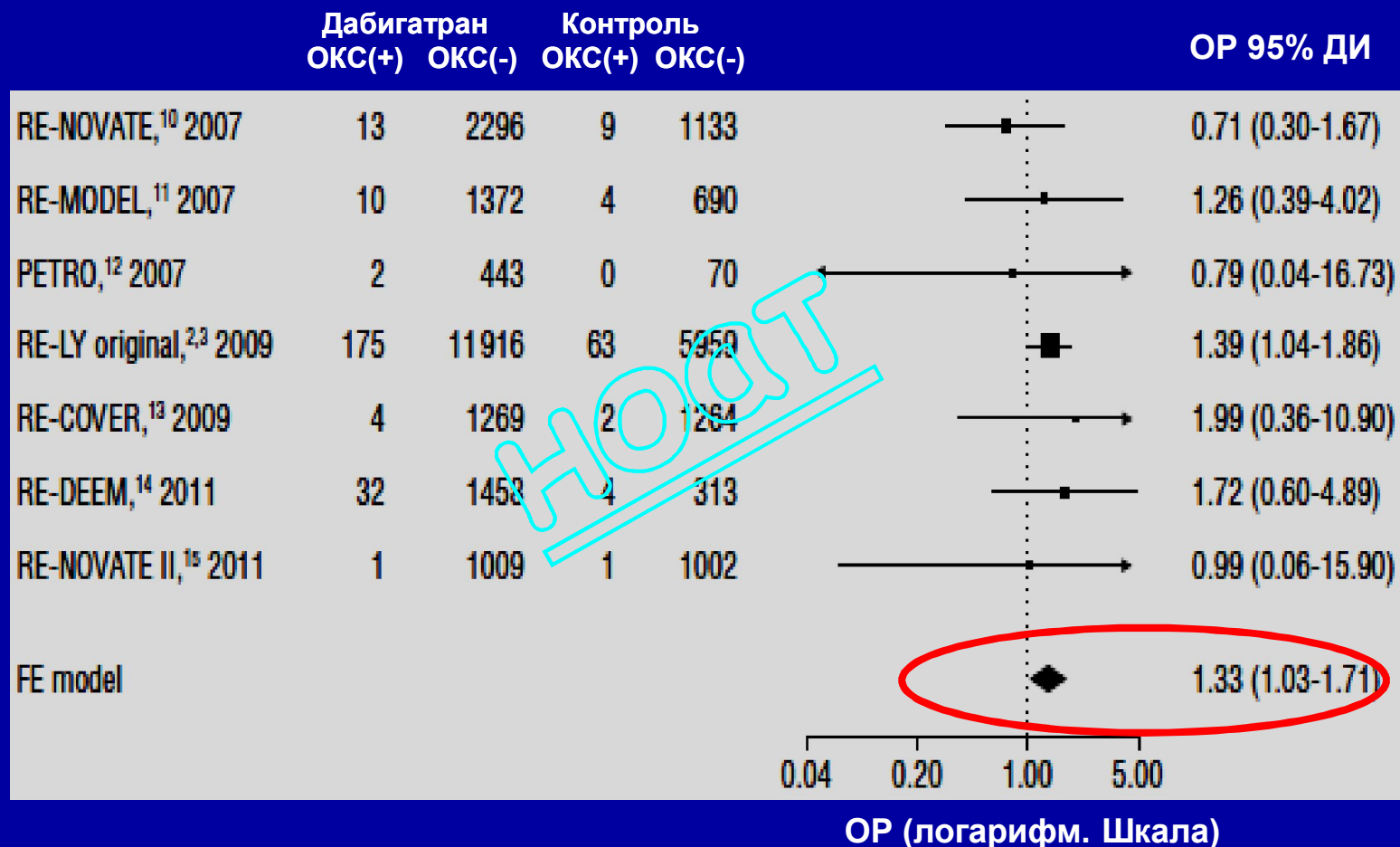
Данные представлены в виде %/за год

Table 2. Efficacy Outcomes, According to Treatment Group.

Event	Dabigatran, 110 mg (N= 6015)		Dabigatran, 150 mg (N= 6076)		Warfarin (N= 6022)		Dabigatran, 110 mg, vs. Warfarin		Dabigatran, 150 mg, vs. Warfarin		Dabigatran, 150 mg vs. 110 mg	
							Relative Risk (95% CI)	P Value	Relative Risk (95% CI)	P Value	Relative Risk (95% CI)	P Value
	no. of patients	%/yr	no. of patients	%/yr	no. of patients	%/yr						
Stroke or systemic embolism*	182	1.53	134	1.11	199	1.69	0.91 (0.74–1.11)	<0.001 for noninferiority, 0.34	0.66 (0.53–0.82)	<0.001 for noninferiority, <0.001	0.73 (0.58–0.91)	0.005
Stroke	171	1.44	122	1.01	185	1.57	0.92 (0.74–1.13)	0.41	0.64 (0.51–0.81)	<0.001	0.70 (0.56–0.89)	0.003
Гемор.инс.	14	0.12	12	0.10	45	0.38	□ OP на 69%	<0.001	□ OP на 74%	<0.001	0.85 (0.39–1.83)	0.67
Ischemic or unspecified	159	1.34	111	0.92	142	1.20	0.86 (0.61–1.22)	0.35	0.62 (0.43–0.91)	0.01	0.69 (0.54–0.88)	0.002
Nondisabling stroke	60	0.50	44	0.37	65	0.58	0.86 (0.61–1.22)	0.40	0.62 (0.43–0.91)	0.01	0.72 (0.49–1.07)	0.10
Disabling or fatal	112	0.94	80	0.66	118	1.00	0.94 (0.73–1.22)	0.65	0.66 (0.50–0.88)	0.005	0.70 (0.53–0.94)	0.02
Инфаркт миокарда	86	0.72	89	0.74	63	0.53	↑OP на 65%	0.07	↑OP на 62%	0.048	1.02 (0.76–1.38)	0.88
Pulmonary embolism	14	0.12	18	0.15	11	0.09	0.92 (0.87–0.97)	0.003	0.97 (0.92–1.03)	0.34	1.06 (1.00–1.12)	0.04
Hospitalization	2311	19.4	2430	20.2	2458	20.8	0.92 (0.87–0.97)	0.003	0.97 (0.92–1.03)	0.34	1.06 (1.00–1.12)	0.04
Death from vascular causes	289	2.43	274	2.28	317	2.69	0.90 (0.77–1.06)	0.21	0.85 (0.72–0.99)	0.04	0.94 (0.79–1.11)	0.44
Death from any cause	446	3.75	438	3.64	487	4.13	0.91 (0.80–1.03)	0.13	0.88 (0.77–1.00)	0.051	0.97 (0.85–1.11)	0.66

* Data are shown for all patients who had at least one event. All analyses were based on the time to the first event. P values are for superiority, unless otherwise indicated. The modified Rankin scale (on which scores can range from 0 [no neurologic disability] to 5 [severe disability], with 6 indicating a fatal stroke) was used to categorize stroke: nondisabling stroke was defined by a score of 0 to 2, and disabling or fatal stroke, a score of 3 to 6.

РИСК ИМ/ОКС СРЕДИ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАВШИХ ДАБИГАТРАН (мета-анализ 7 исследований)



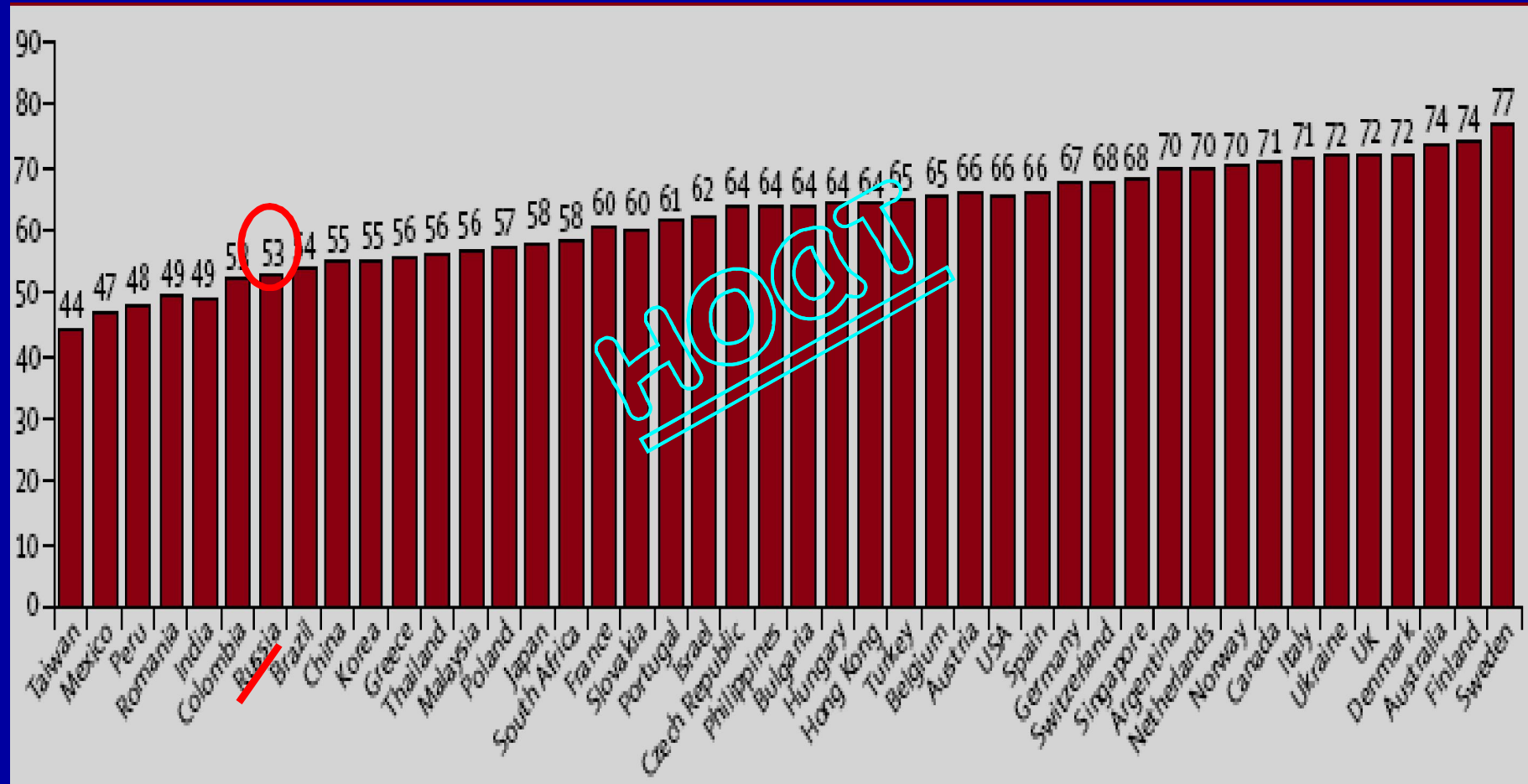
Ken Uchino, MD; Adrian V. Hernandez, MD, PhD
Arch Intern Med.
Published online January 9, 2012.
doi:10.1001/archinternmed.2011.1666

Характеристика больных без и с произошедшим ишемическим событием

Исходная характеристика	ИМ		
	Да (n=270)	Нет (n=17 843)	P
Возраст, годы	73.0	71.5	0.002
ИМ в анамнезе,%	37	16	0.000
Другие коронарные эпизоды,%	52	27	0.000
СД, %	35	23	0.000
АГ, %	85	79	0.016
ХСН, %	39	32	0.014
ИИ/ТИА в анамнезе, %	22	20	0.540
Сумма баллов по CHADS ₂ , %			
0–1	22	32	0.000
2	35	36	0.879
3–6	43	32	0.000

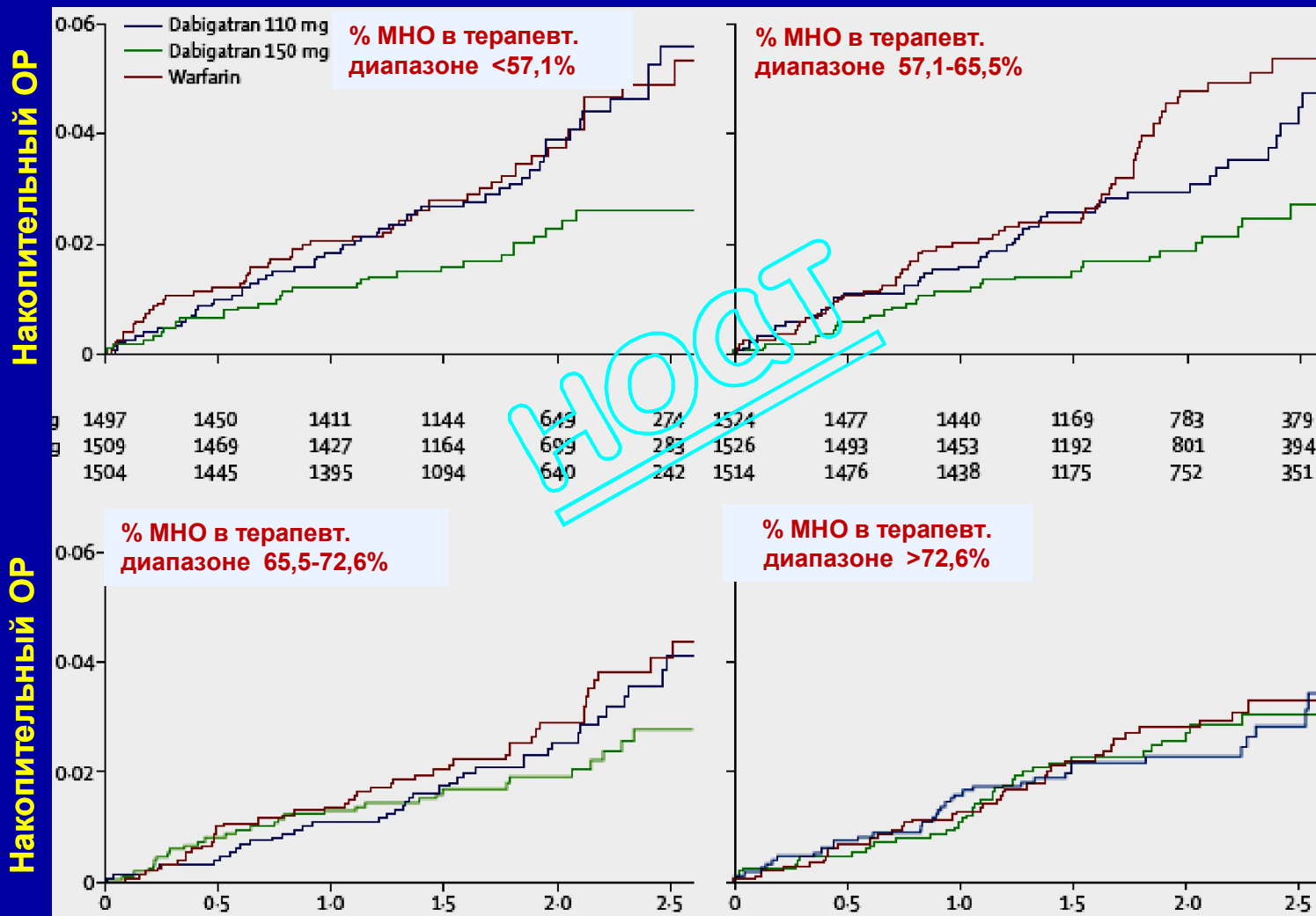
Пациенты, у которых случился ИМ были исходно тяжелее

Распределение стран, участников исследования RELY, по % измерений МНО, находящихся в диапазоне 2,0-3,0



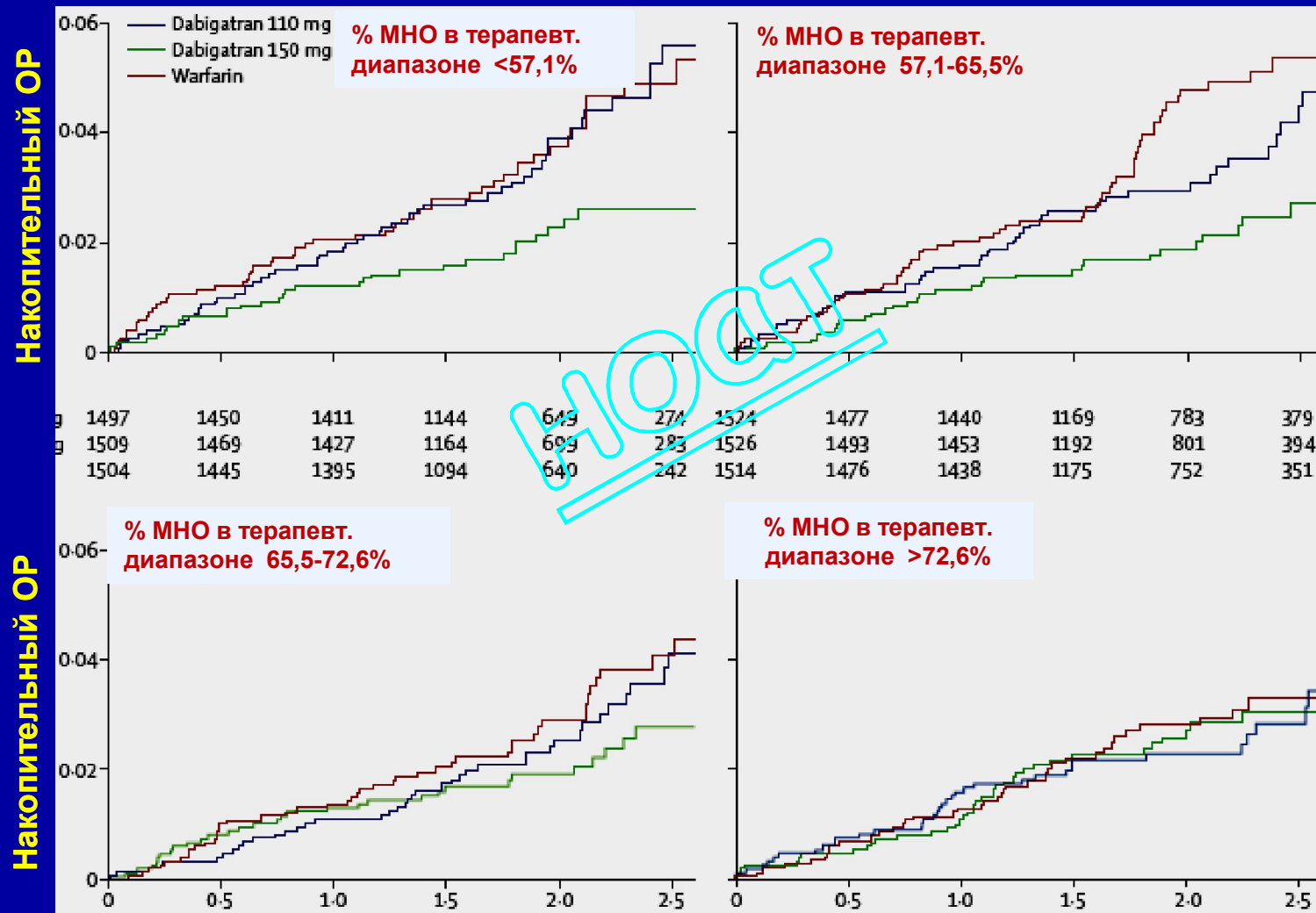
Время достижения ИИ/СЭ в зависимости от адекватности контроля МНО

(% измерений МНО, находящихся в терапевтическом диапазоне)



✓ Преимущества Дабигатрана 150мг и одинаковый эффект Дабигатрана 110 в сравнении с варфарином проявились при «хорошем» и «плохом» контроле за уровнем МНО.

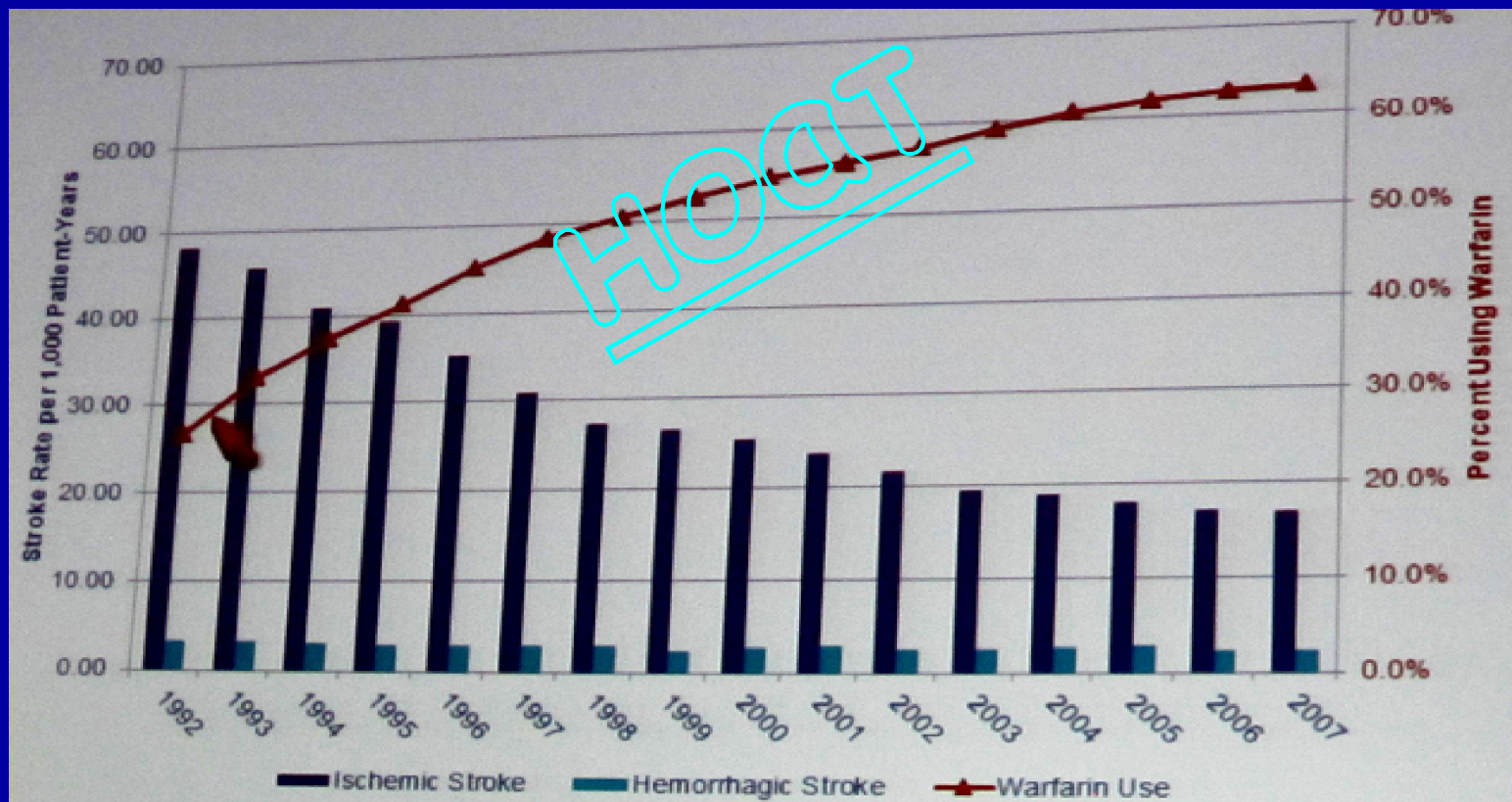
✓ Тем не менее, у больных с % измерений МНО в диапазоне 2,0-3,0, превышающим 72% преимущества дабигатрана перед варфарином исчезают



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



Ch.Herzog, Cr.Solid; AHA 2011, Orlando

Частота ишемического инсульта в зависимости от приёма варфарина (Результаты 15-летнего наблюдения 1992 – 2007 гг.)





European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehq278

ESC GUIDELINES

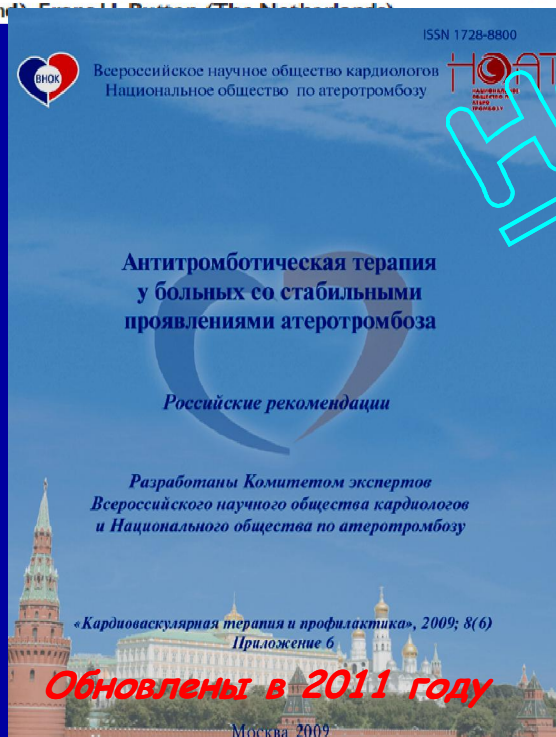
Guidelines for the management of atrial fibrillation

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)*, Paulus Kirchhof (Germany), Gregory Y. H. Lip (UK), Ulrich Schotten (The Netherlands), Irene Savelieva (UK), Sabine Ernst (UK), Isabelle C. Van Gelder (The Netherlands), Nawwar Al-Attar (France), Gerhard Hindricks (Germany), Bernard Prendergast (UK), Hein Heidbuchel (Belgium), Ottavio Alfieri (Italy), Annalisa Angelini (Italy), Dan Atar (Norway), Paolo Colonna (Italy), Raffaele De Caterina (Italy), Johan De Sutter (Belgium), Andreas Goette (Germany), Bulent Gorenek (Turkey), Magnus Heldal (Norway), Stefan H. Hohnloser (Germany), Philippe Kolh (Belgium), Jean-Yves Le Heuzey (France), Piotr Ponikowski (Poland), Ernest P. Sirtori (The Netherlands)



Всероссийское научное общество кардиологов



Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции

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

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Председатель: проф. Сулима Я.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. РАН, проф. Ревизвили А. Ш.
(г. Москва), проф. Шубик Ю. В. (г. Санкт-Петербург).

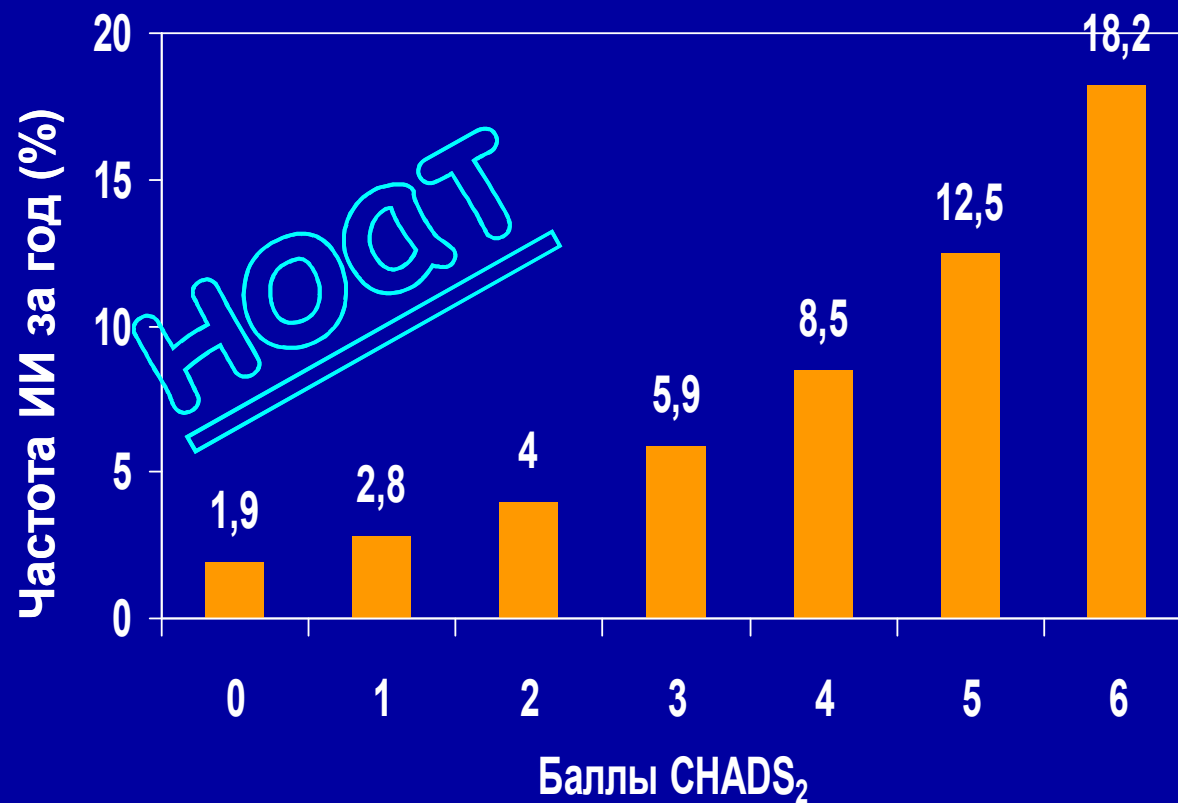
Экспертный совет:

К.м.н. Благова О.В. (г. Москва); проф. Галвич А.С. (г. Казань); к.м.н. Гилларов М.Ю. (г. Москва); проф. Дощицын В.Л. (г. Москва); д.м.н. Дупляков Д.В. (г. Самара); д.м.н. Зенин С.А. (г. Новосибирск); проф. Канорский С.Г. (г. Краснодар); проф. Карпов Ю.А. (г. Москва); к.м.н. Крпанева Е.С. (г. Москва); проф. Мазур Н.А. (г. Москва); проф. Матвишич Г.В. (г. Красноярск); д.м.н. Медведов И.М. (г. Санкт-Петербург); к.м.н. Михайлов С.П. (г. Екатеринбург); проф. Недоступ А.В. (г. Москва); проф. Новикова Н.А. (г. Москва); к.м.н. Новикова Т.Н. (г. Санкт-Петербург); д.м.н. Рычков А.Ю. (г. Тюмень); к.м.н. Соколов С.Ф. (г. Москва); проф. Татарский В.А. (г. Санкт-Петербург); проф. Шварц Ю.Г. (г. Саратов); д.м.н. Явлов И.С. (г. Москва).

Научное редактирование: д.м.н. Явлов И.С. (Москва).
Компьютерная верстка: Долгов Д.Ю.

Факторы риска ишемического инсульта. Шкала CHADS₂

ФР	Баллы
ХСН	1
АГ	1
Возраст ≥ 75	1
Диабет	1
ИИ/ТНМК	2



Gage et al. JAMA. 2001;285:2864-2870.

Если сумма баллов по шкале
CHADS₂ ≥ 2

показано назначение оральных
антикоагулянтов



Сравнение шкал CHA₂DS₂ и CHA₂DS₂VASc

CHA ₂ DS ₂		CHA ₂ DS ₂ -VASc	
Факторы риска	Баллы	Факторы риска	Баллы
ХСН	1	ХСН	1
АГ	1	АГ	1
Возраст ≥ 75	1	Возраст ≥ 75	2
Диабет	1	Диабет	1
ИИ/ПНМК/СЭ	2	ИИ/ПНМК/СЭ	2
		Сосудистое заболевание (ИМ в анамнезе, АПАНК, АБ в аорте)	1
		Возраст 65-74 лет	1
		Женский пол	1
Максимальная сумма	6	Максимальная сумма	9

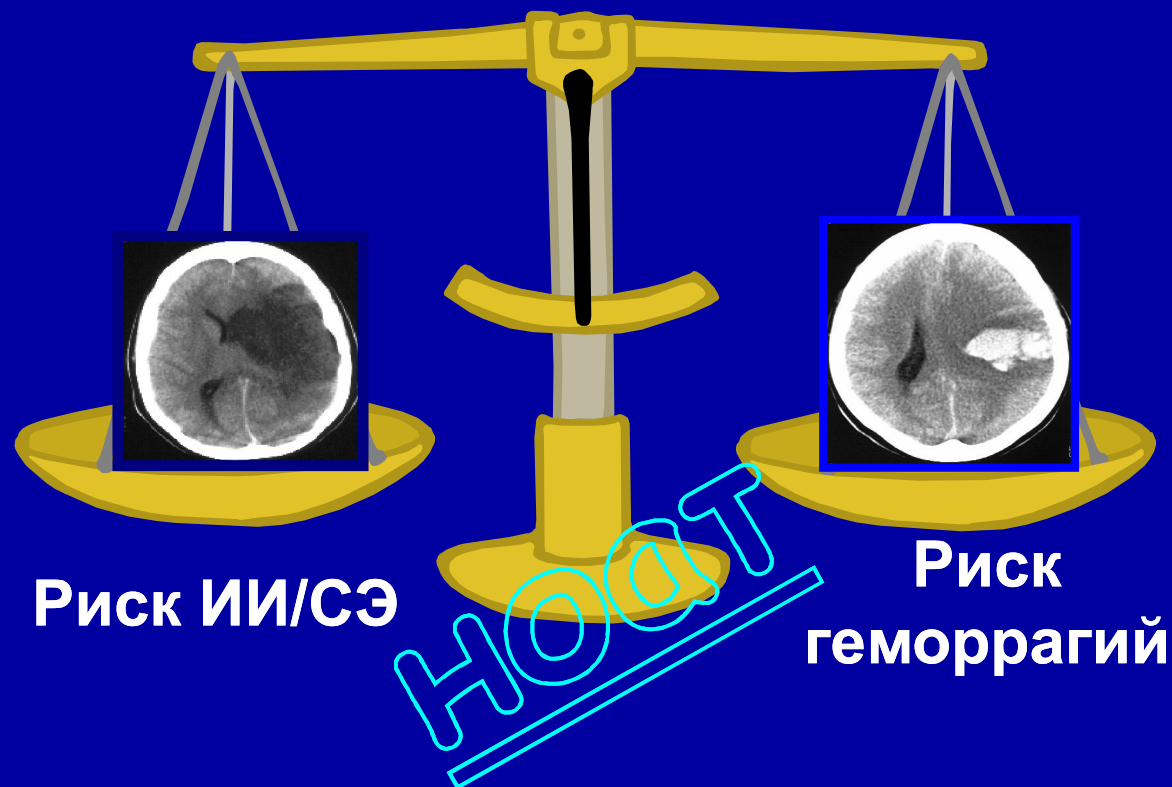
Если сумма баллов по шкале
CHADS₂ = 0-1



оцените риск ИИ/ТЭ по шкале
CHA₂DS₂VASc

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

показано назначение оральных
антикоагулянтов



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



Риск кровотечений

1. Риск кровотечений у пожилых, по результатам последних исследований, стал меньше - 0,1-0,6% в год
2. Риск падений, как ФР кровотечений преувеличен (нужно упасть >300 раз за год, чтобы риск кровотечений превысил пользу от АВК)
3. Риск кровотечений на аспирине и АВК близкий, особенно у пожилых

Mant et al, Lancet 2007;370:493-503.



Шкала оценки риска кровотечений HAS-BLEED

Буква*	Клиническая характеристика	Число 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



Guidelines for the management of atrial fibrillation

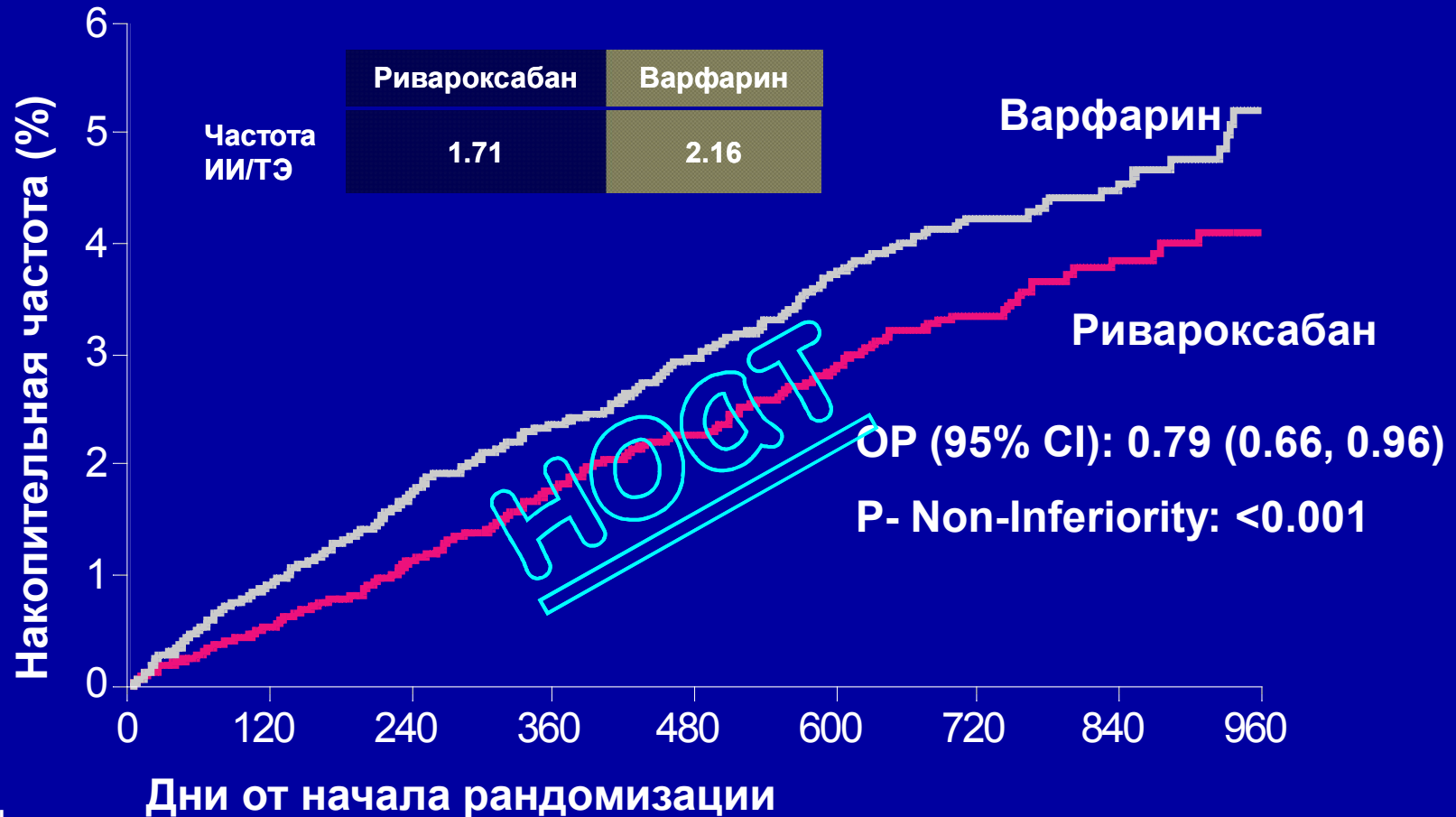
The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ ФП БЕЗ ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Сумма баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ VASc	Антитромботическая терапия	Альтернативный вариант лечения*
≥2 баллов	АВК	Если сумма баллов по шкале HAS-BLED= 0-2 <u>Дабигатран 150мгх2р</u> (т.к. >ЭФ, <в/череп. кр., и =Б.Кр.) Если сумма баллов по шкале HAS-BLED ≥3 <u>Дабигатран 110Х2р</u> (т.к. =ЭФ и < в/череп. и Б.Кров.)
1 балл	АВК или Аспирин 75-325 мг. АВК - предпочтительней	<u>Дабигатран 110мгХ2р</u> , (т.к.=ЭФ и < в/череп. и Б.кров. vs варфарина и, вероятно, vs аспирина)
0 баллов (нет ФП)	Асп 75-325 мг или без АТТ Предпочтительней без АТТ	

* - после регистрации препарата для профилактики ИИ/ТЭ у больных с ФП

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И СИСТЕМНЫЕ ТЭ



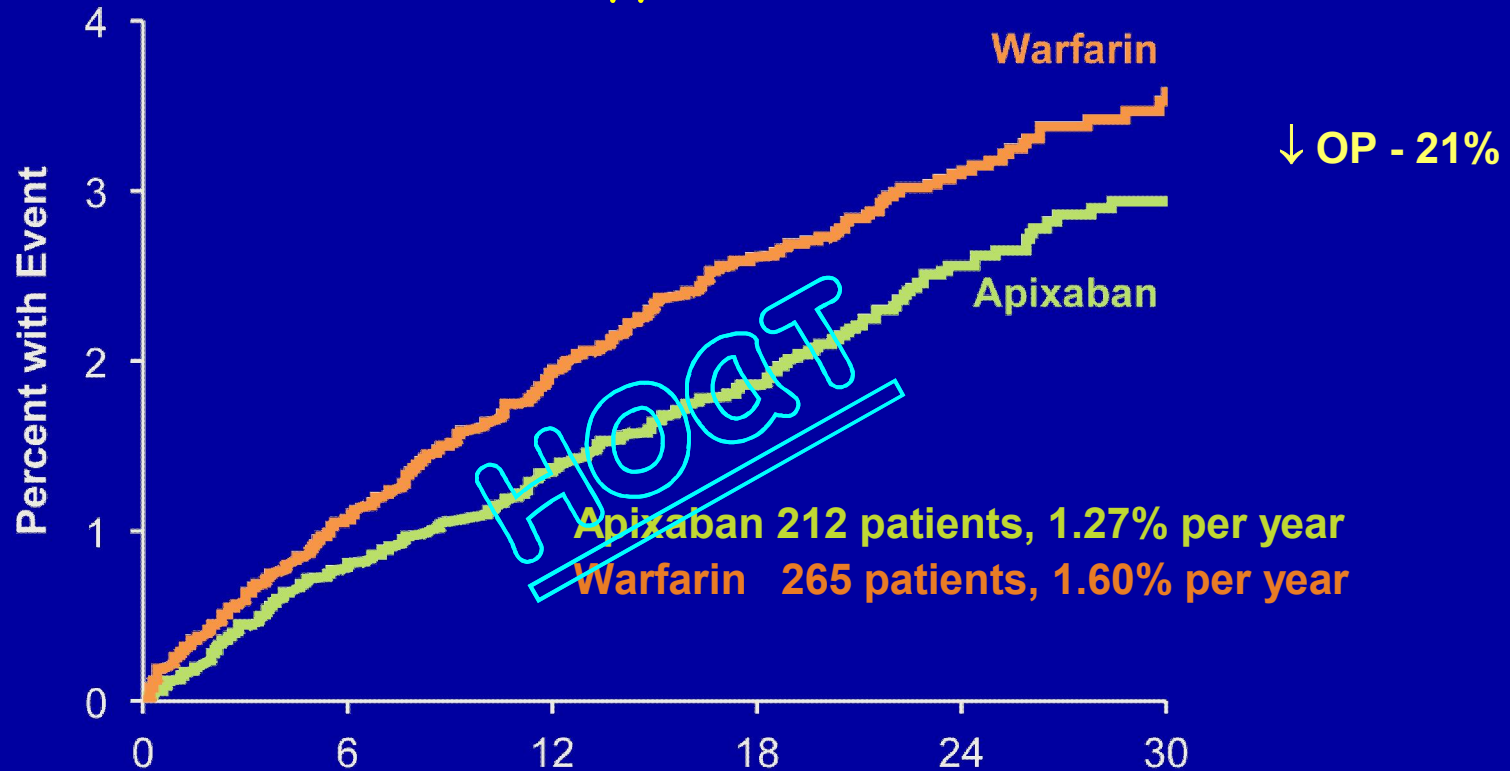
No. at risk:

Rivaroxaban	6958	6211	5786	5468	4406	3407	2472	1496	634
Warfarin	7004	6327	5911	5542	4461	3478	2539	1538	655

Event Rates are per 100 patient-years
Based on Protocol Compliant on Treatment Population

Первичная конечная точка

Инсульт (ишемический или геморрагический) или системная эмболия



No. at Risk

	0	6	12	18	24	30
Apixaban	9120	8726	8440	6051	3464	1754
Warfarin	9081	8620	8301	5972	3405	1768

Основные исходы

Исходы	Apixaban (N=9120)	Warfarin (N=9081)	ОР (95% ДИ)	P
	Event События (%/год)	События (%/год)		
Инсульт или системная эмболия*	1.27	1.60	0.79 (0.66, 0.95)	0.011
Инсульт	1.19	1.51	0.79 (0.65, 0.95)	0.012
Ишемический или неустановл. природы	0.97	1.05	0.92 (0.74, 1.13)	0.42
Геморрагический	0.24	0.47	0.51 (0.35, 0.75)	<0.001
Системная эмболия (СЭ)	0.09	0.10	0.87 (0.44, 1.75)	0.70
Смерть от всех причин*	3.52	3.94	0.89 (0.80, 0.998)	0.047
Инсульт, СЭЕ, смерть от всех причин	4.49	5.04	0.89 (0.81, 0.98)	0.019
Инфаркт миокарда	0.53	0.61	0.88 (0.66, 1.17)	0.37

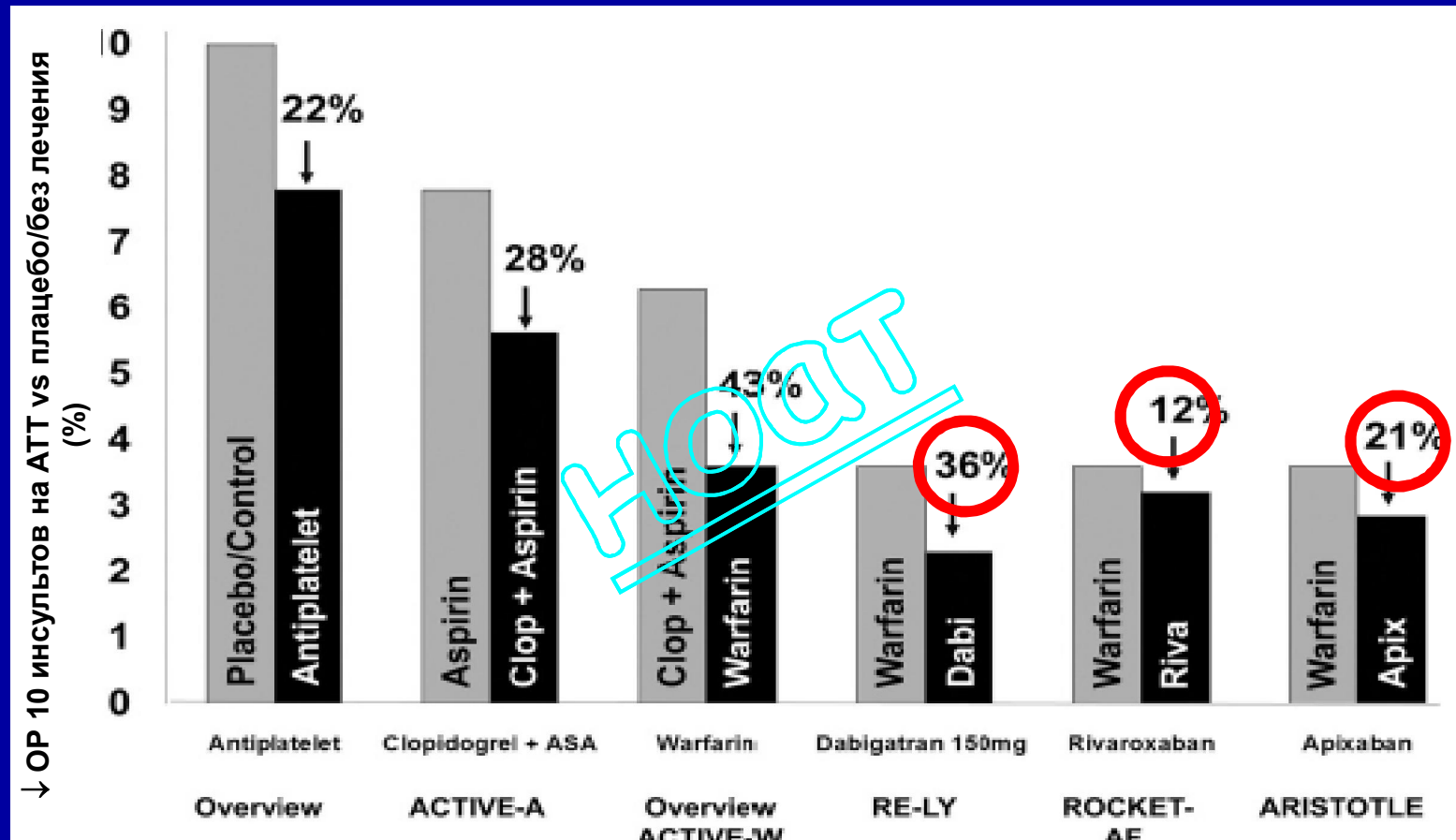
Характеристика больных ФП, включённых в исследования с новыми антикоагулянтами

	RELY дабигатран	ARISTOTLE апиксабан	ROCKET-AF ривароксабан
n	18 113	18 201	14264
Возраст, лет	71	70	73
Мужчины, %	63,6	65	60
CHADS2	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.	
МНО в терапевт. диапазоне в группе варфарина			55%

ДАБИГАТРАН-150 ИЛИ АПИКСАБАН?

	ДАБИГАТРАН 150 мг vs ВАРФАРИН			АПИКСАБАН 5 мг vs ВАРФАРИН		
	Д150,% год	ВАР, % год	ОР	А150,% год	ВАР, % год	ОР
Инсульт/ СЭ	1,11	1,69	↓34%	1,27	1,6	↓21%
Инсульты (все)	1,01	1,57	↓36%	1,19	1,51	↓21%
ИИ / не уточнённый	0,92	1,2	↓24%	0,97	1,05	8%,p=НЗ
Геморра- гический инсульт	0,1	0,38	↓74%	0,24	0,47	↓49%
ИМ	0,74	0,53	↑42%	0,53	0,61	12%,p=НЗ
ССС	2,28	2,69	↓15%	1,8	2,0	11%,p=НЗ
Смерть (любая)	3,64	4,13	↓12% p=0,051	3,52	3,94	↓11%, p=0,047

СНИЖЕНИЕ РИСКА ИНСУЛЬТА НА АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ



1. Антикоагулянтная терапия должна быть неотъемлемой частью лечения пациентов с фибрилляцией предсердий
2. Варфарин – без сомнения эффективен в отношении предотвращения инсульта у больных ФП
3. Фармакогенетические исследования и создание коагуляционных клиник могут повысить эффективность и безопасность лечения АВК
4. В РФ появился Дабигатран новый эффективный антикоагулянт, но он пока изучен только у больных с ФП без поражения клапанов сердца. С помощью новых АКГ имеется шанс повысить приверженность к приёму АКГ у больных с ФП.
5. **Появилась возможность выбора АКГ и это безусловный плюс для пациентов.**



noat.ru