

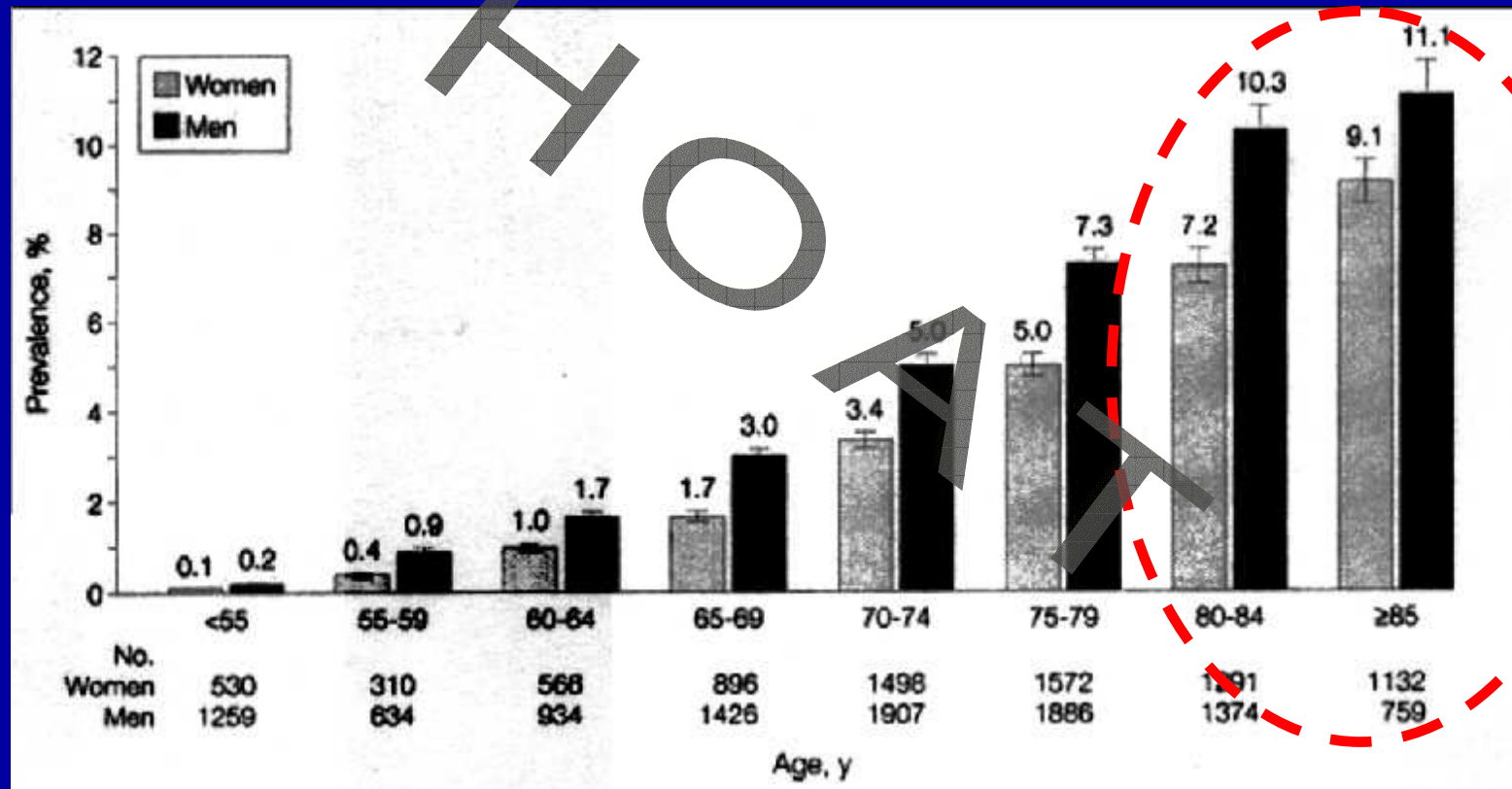
**КАК ОЦЕНИТЬ РИСК ИНСУЛЬТА И ВЫБРАТЬ
ОПТИМАЛЬНУЮ АНТИТРОМБОТИЧЕСКУЮ
ТЕРАПИЮ
У БОЛЬНОГО С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ
(анализ рекомендаций ЕОК 2010 года)**

проф. Е. П. Панченко

**Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова
ФГУ РКНПТК МЗ РФ
5 апреля 2011г.**

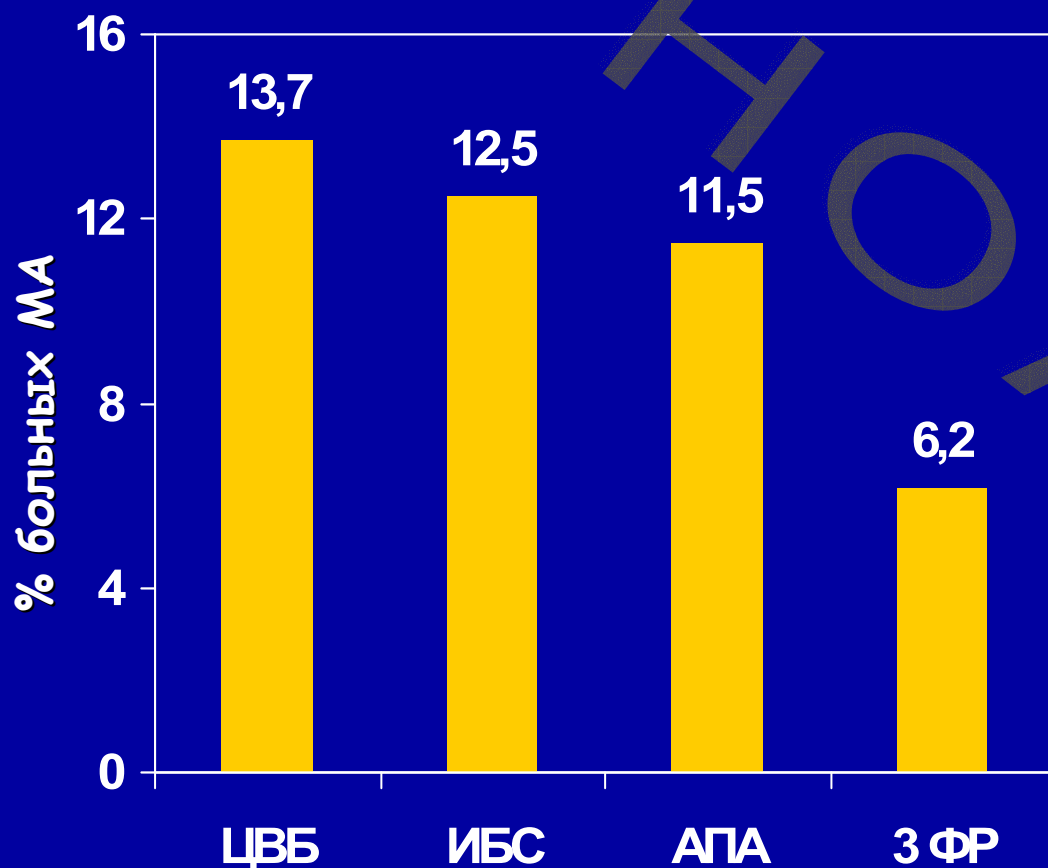
Екатеринбург

Вероятность развития МА увеличивается с возрастом



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

ЧАСТОТА МА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОТРОМБОЗА

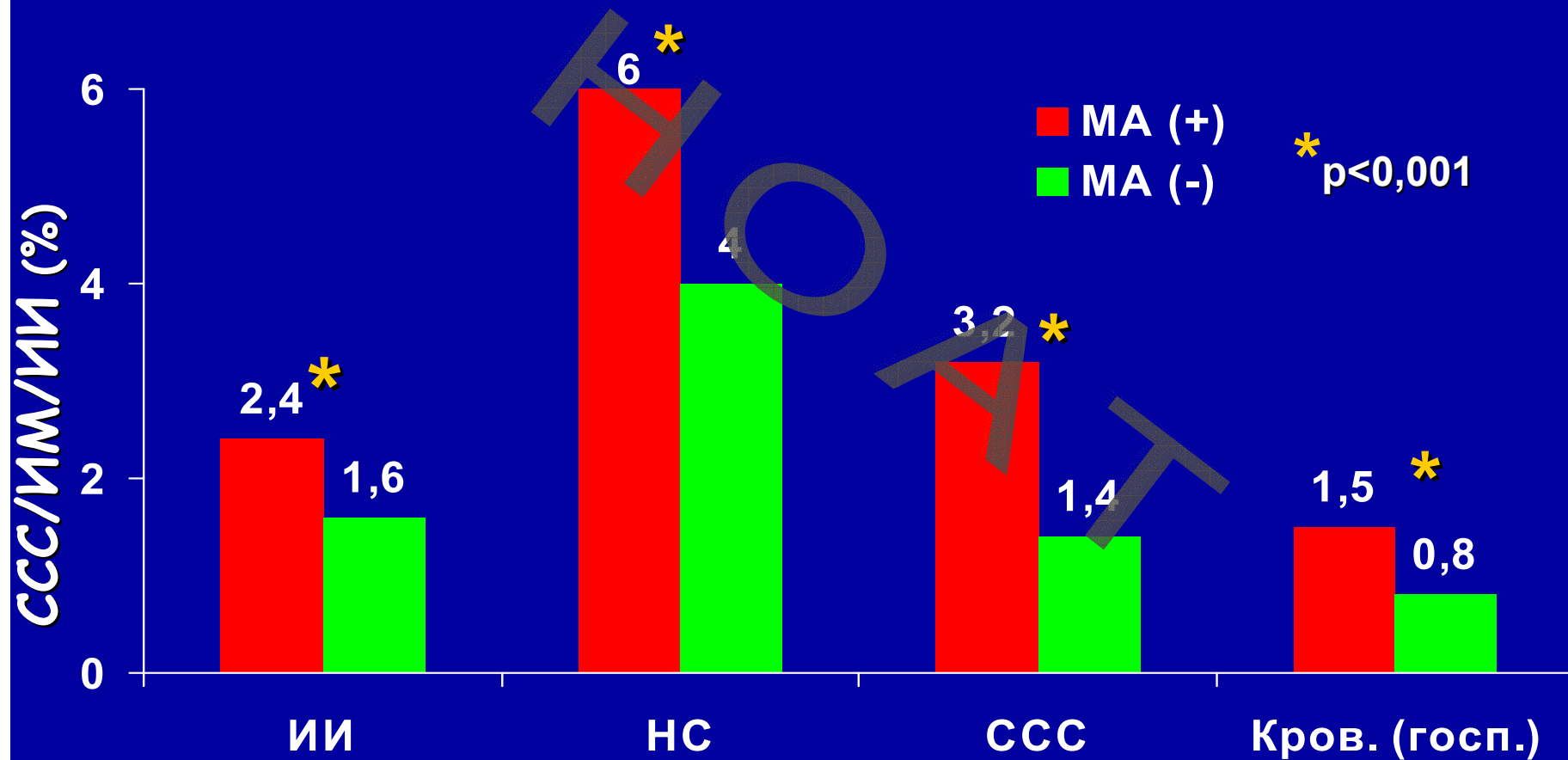


- анализ 63 589 больных со стабильными проявлениями атеротромбоза (регистр REACH)

- частота **МА** - **10,7%** (6814) больных

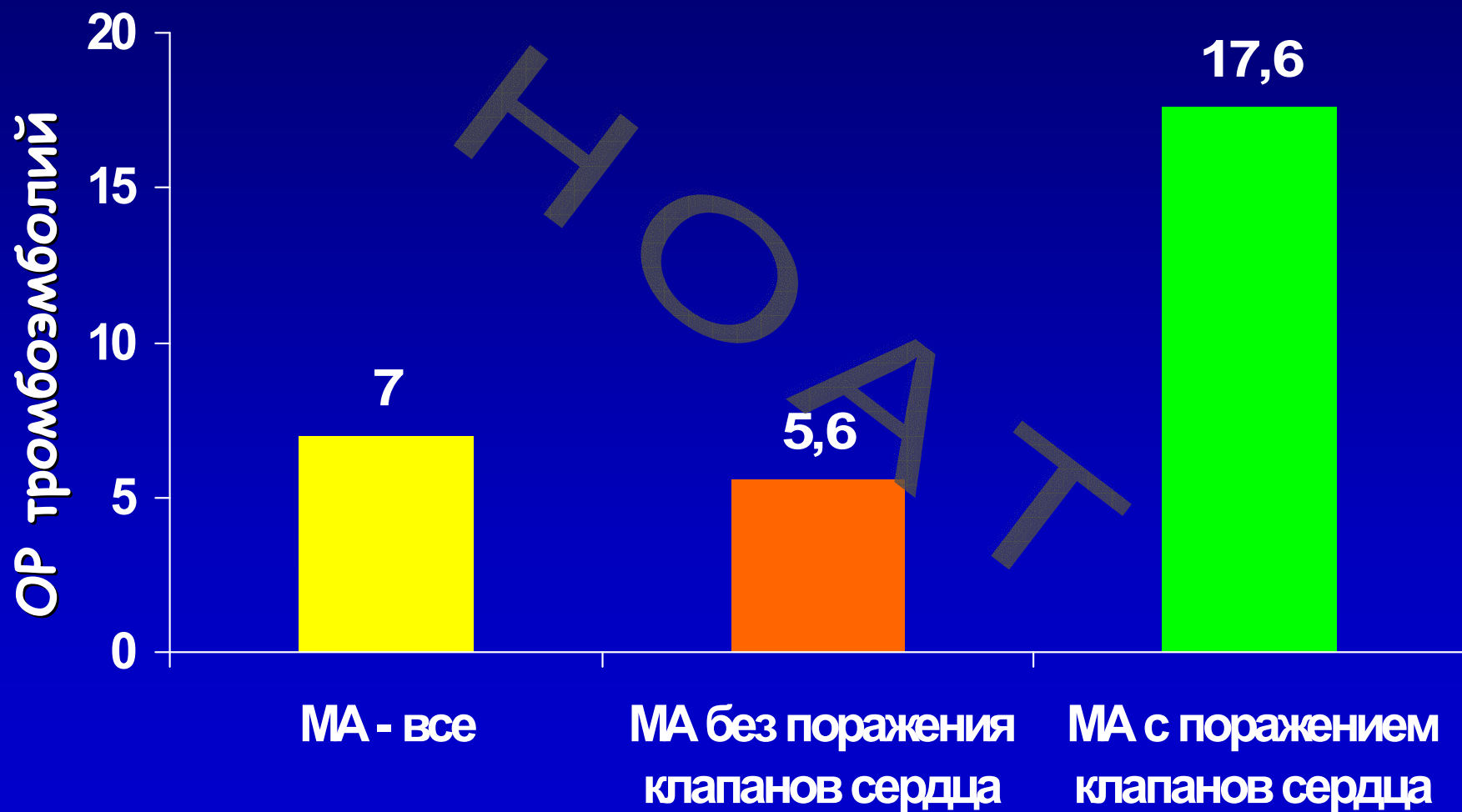
- Частота **ИМ/ИИ/ССС** среди больных **МА** - **6,7%** в год

ИСХОДЫ ЗА ГОД У БОЛЬНЫХ АТЕРОТРОМБОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ МА (регистр REACH)



Тромбоэмболии – наиболее грозные осложнения у больных МА

(по данным Фрамингемского исследования, 1978)



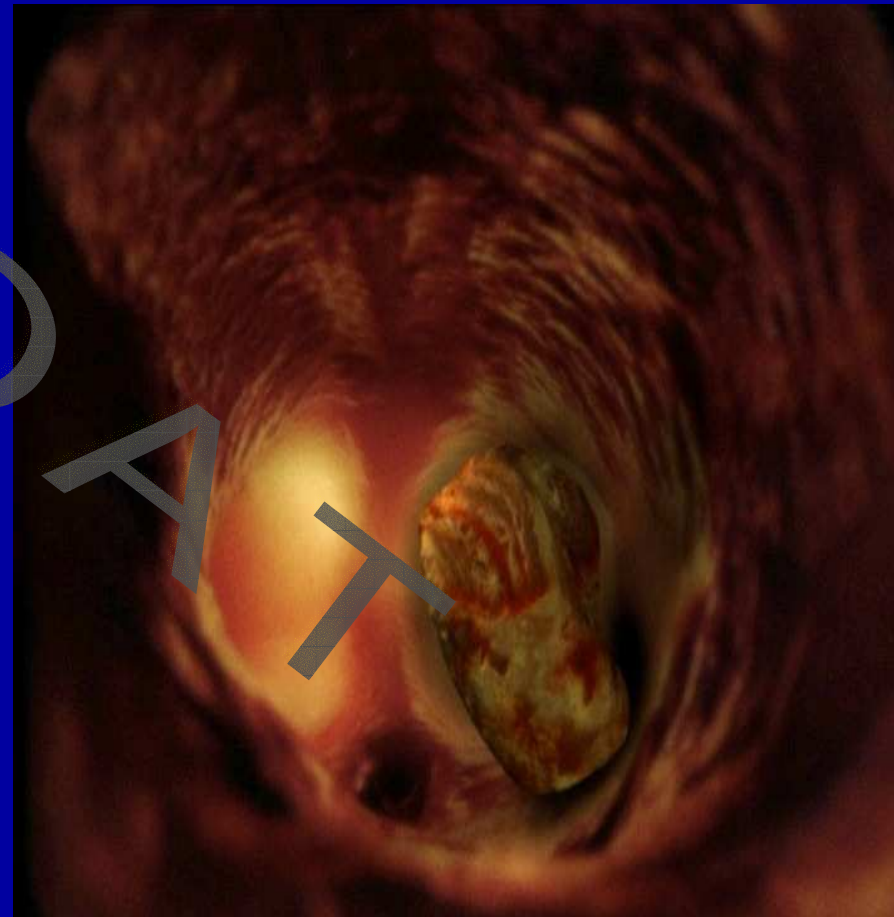
СТРУКТУРА ТРОМБОЭМБОЛИЙ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

(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



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

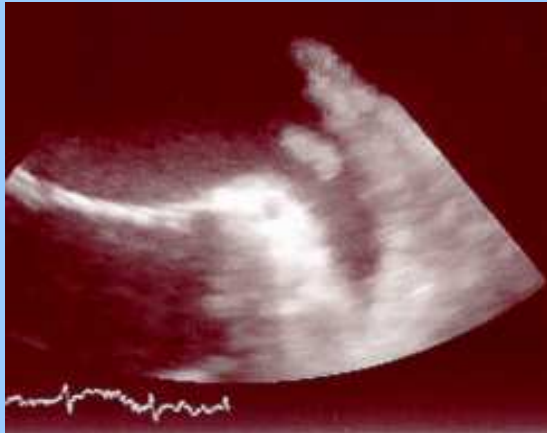
Патогенез тромбоза ушка ЛПТ при МА



- **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 ЛПТ

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

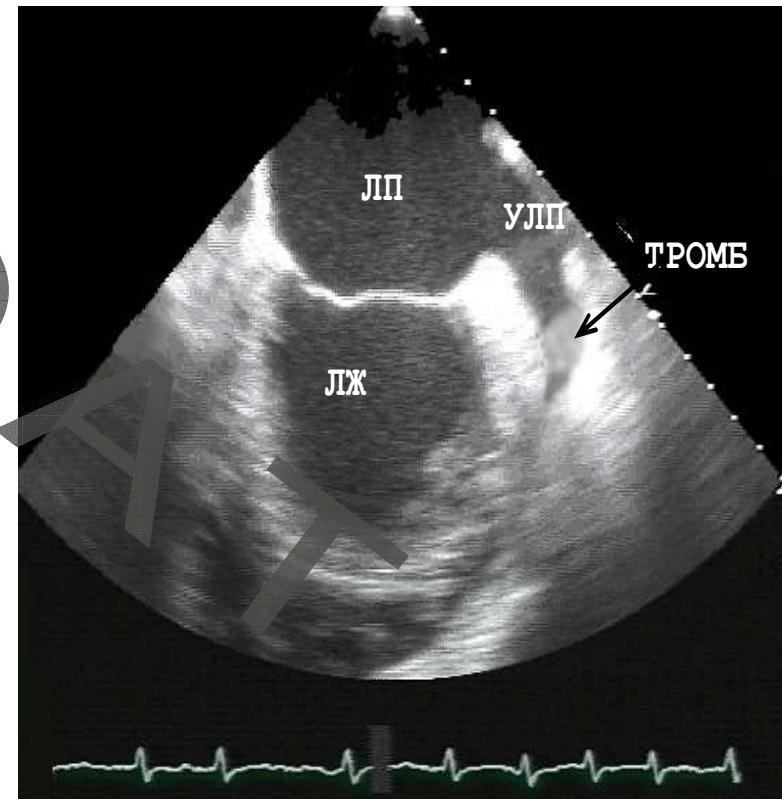


- чувствительность - 92%
- специфичность - 98%
- визуализация тромба
- размеры тромба
- выявление флотирующих участков тромба
- оценка степени СЭ
- оценка гемодинамики ушка ЛП (ПСК и ФВ ушка ЛП)

Тромб ушка левого предсердия

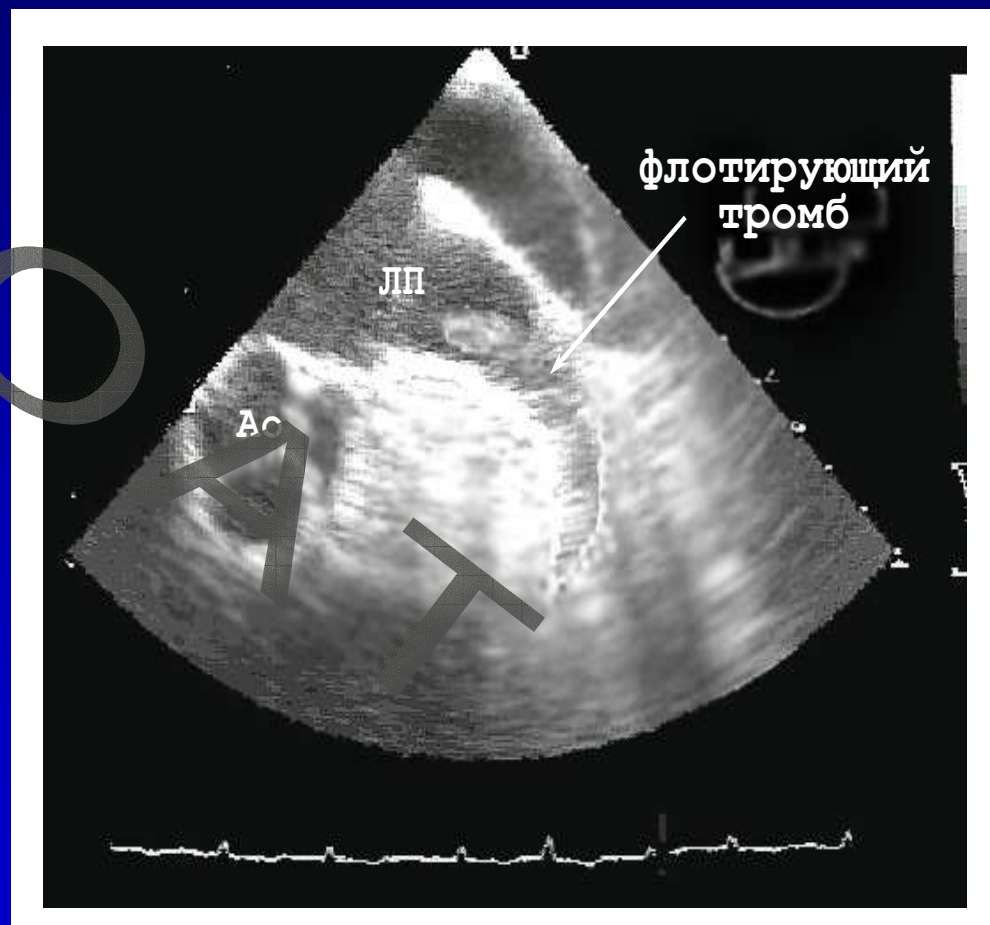
(продольный 2-х камерный срез левых камер сердца)

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



Тромб ушка левого предсердия

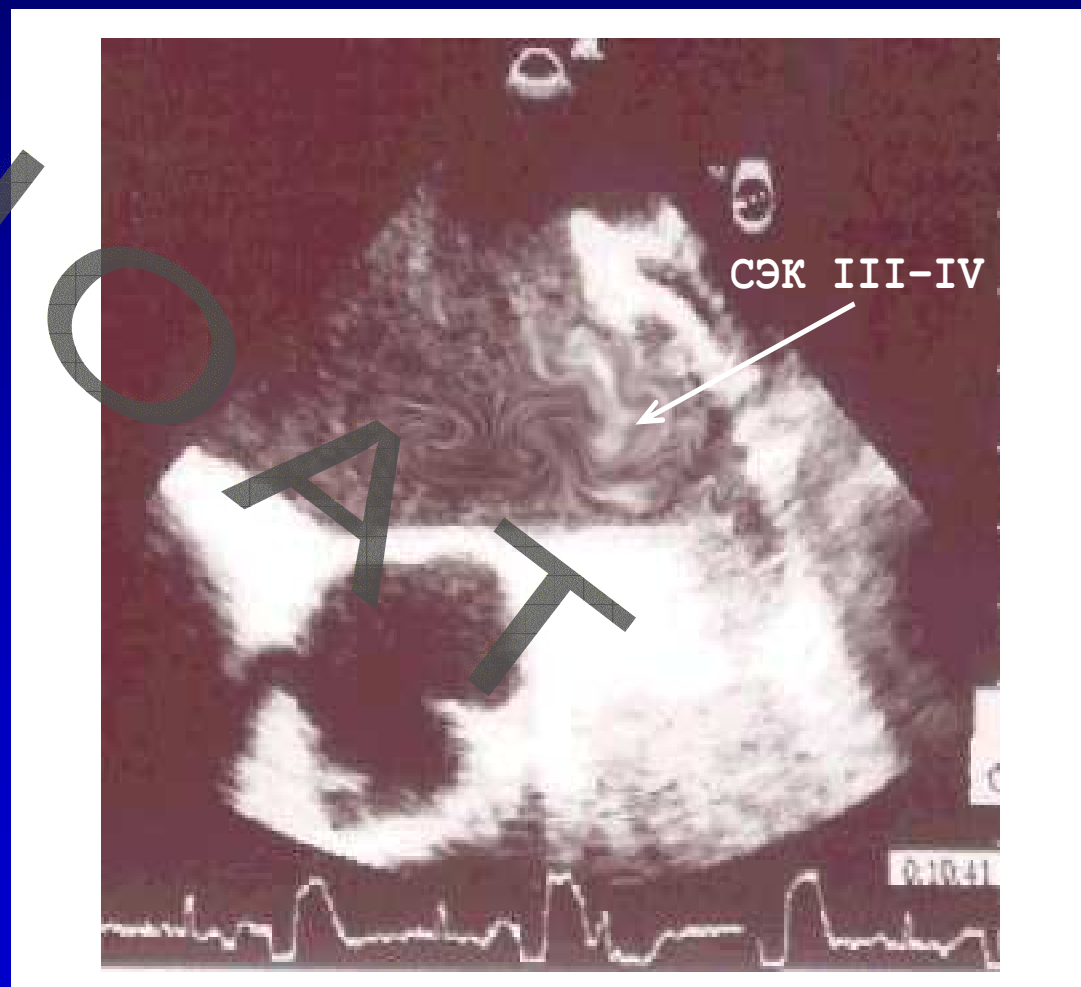
- В ушке левого предсердия - эхогенное образование, заполняющее практически все ушко - тромб.
- При исследовании в режиме реального времени определяется флотирующий фрагмент.



Е.С.Быкова, 2002

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

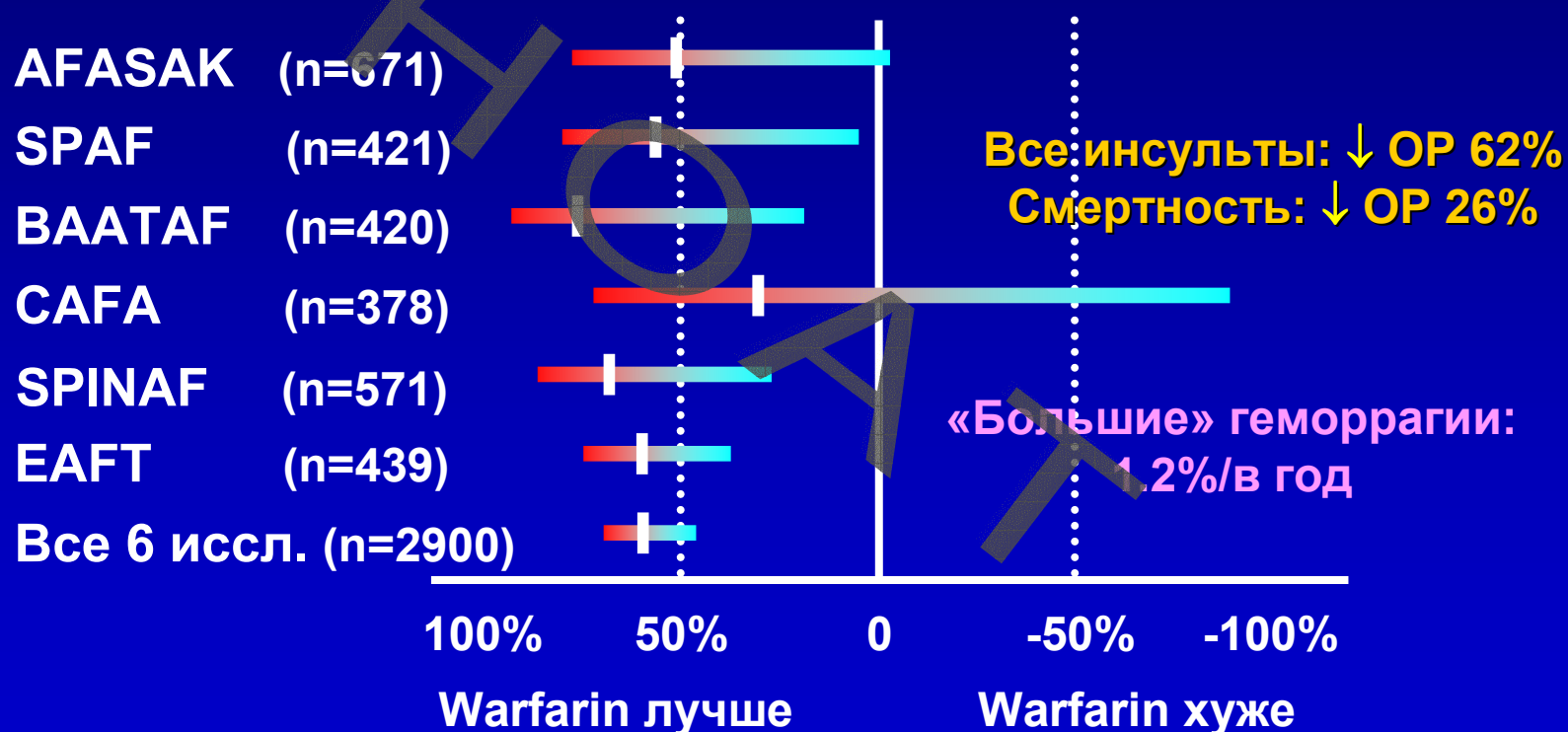
- В левом предсердии и его ушке в режиме реального времени визуализируются "клубящиеся", "вихреобразные" потоки, свидетельствующие о замедлении кровотока.



Е.С.Быкова, 2002

АДЕКВАТНАЯ ДОЗА ВАРФАРИНА УМЕНЬШАЕТ РИСК ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И СМЕРТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ МА

Warfarin в сравнении с Placebo



Adapted from Hart. Ann Intern Med.
1999;131:492; with permission.

ВАРФАРИН - ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ МА

- Назначение оральных антикоагулянтов снижает риск всех инсультов на 61%
- Снижение риска одинаково для первичной и вторичной профилактики инсульта
- Снижение риска одинаково для инвалидизирующих и неинвалидизирующих инсультов

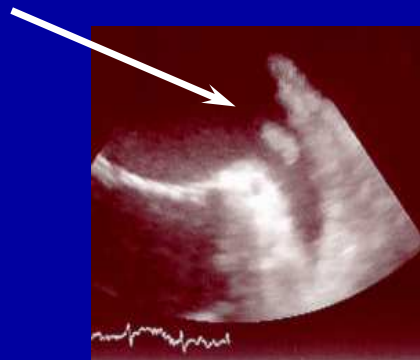
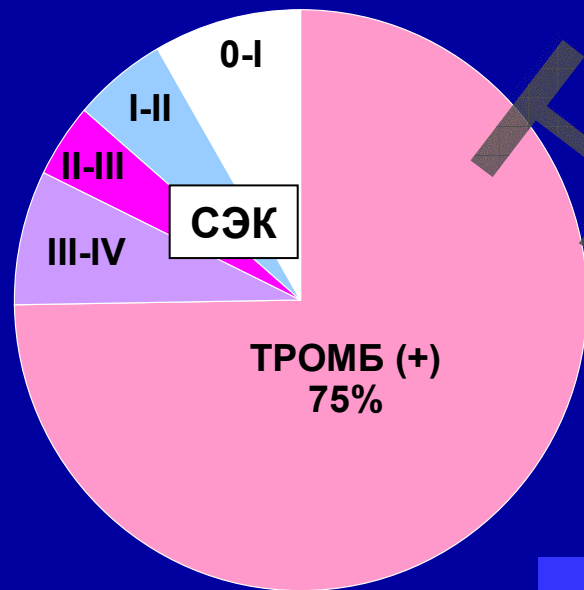
(Мета-анализ 6 исследований Hart et al, 1999)

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

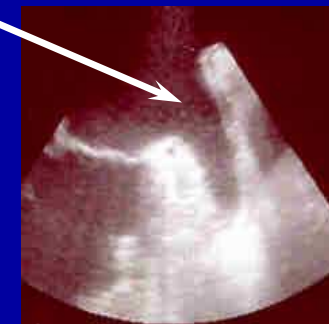
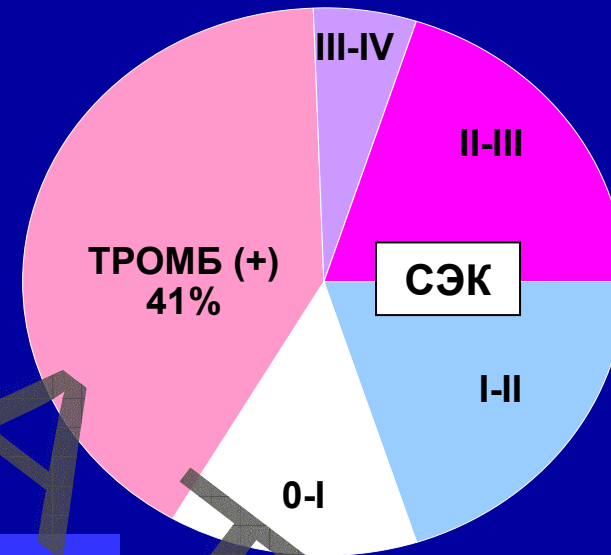
122 больных МА, М/Ж-86/36, возраст $61 \pm 8,9$ лет

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 тромбоемболий	
• Возраст >75 лет	4,9%
• АГ	70%
• ОНМК/ТНМК в анамнезе	20,5%
• СД	18%
• ХСН	30%
Средний балл по шкале CHADS2	1,7 \pm 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

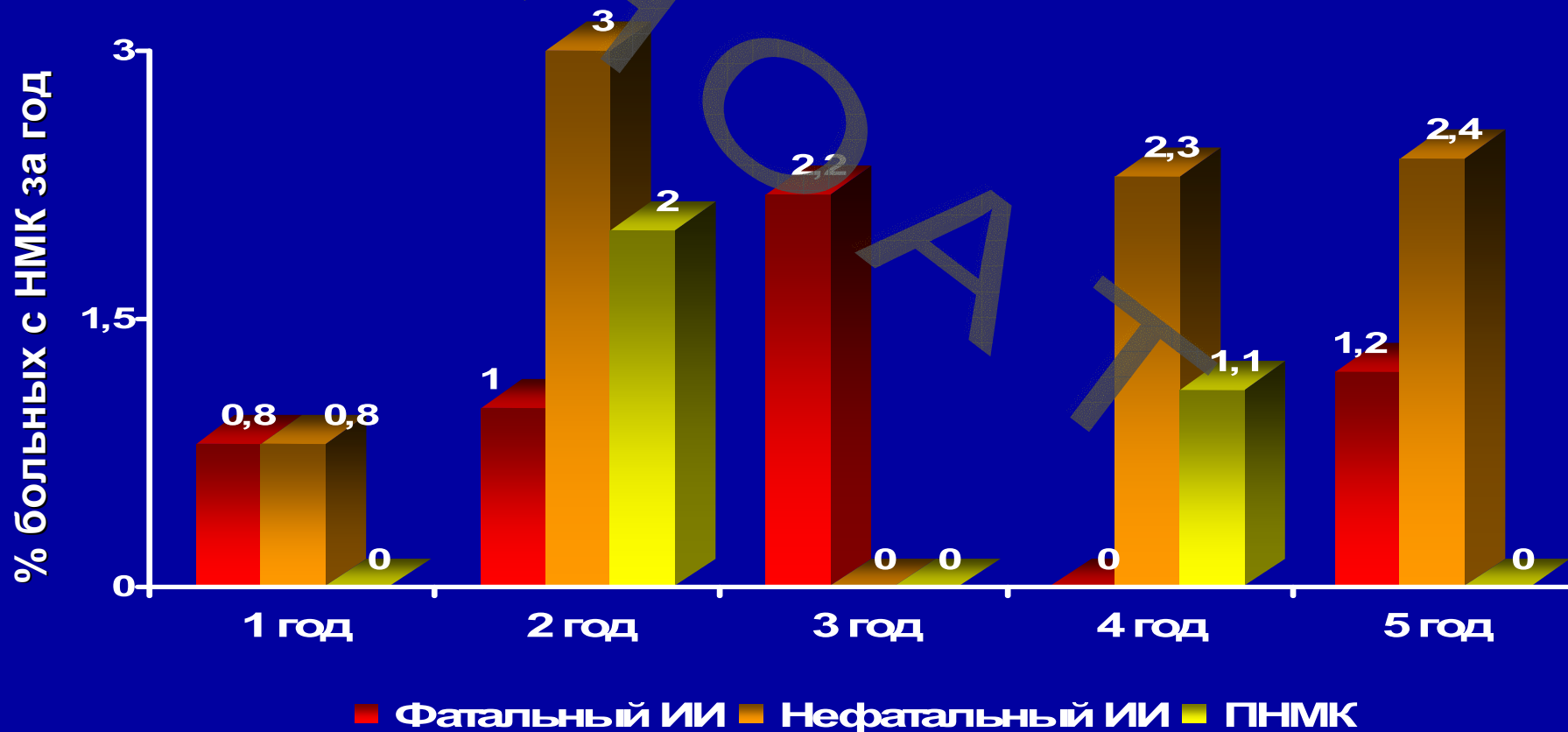


Через 12 месяцев НАКГ

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

ЧАСТОТА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ МА НА ТЕРАПИИ АВК

- За 5 лет у 126 больных МА случилось 16 ИМК (5 фат., 8 н/фат, 3 ПИМК)
- Частота ИИ 2,6%/год (перв. 1,2%/год; повт. 2%/год)
- Прогнозируемая частота ИИ по шкале CHADS2 от 4 до 12% в год



ПРЕДИКТОРЫ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ИСХОДОВ* У БОЛЬНЫХ МА ЗА 5 ЛЕТ ТЕРАПИИ АВК (модель логистической регрессии)

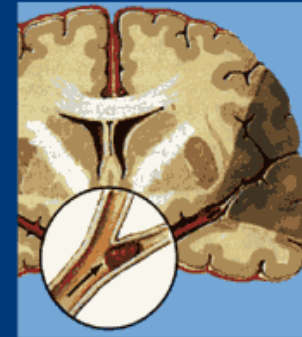
ПОКАЗАТЕЛЬ	ОР	ДИ 95%	p
ВОЗРАСТ	1,1	0,9-1,15	0,14
ЖЕНСКИЙ ПОЛ	3,7	1, -13,2	0,05
ФВ ≤45%	61,9	5,3-726,8	0,001
CHADS₂ ≥3	5,8	1,7-19,3	0,005
НК (II-III ст)	4,7	1,4-15,7	0,013
МНО до терапии ≥ 1,07	5,2	1,3-21,8	0,02

*ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ/ТИА/ОКС/ССС

Мухеева Ю.А..и соав.,2003

**Можно ли что-то
противопоставить варфарину у
больных мерцательной аритмией?**

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

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА АСПИРИНОМ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Исследование	Частота инсульта (%)		Снижение ОР	p
	Аспирин	Контроль		
AFASAK-1	5,2	6,2	16%	НЗ
SPAF-1	3,6	6,3	42%	p=0,02
EAST	19	15,5	17%	p=0,12

Albers et al. Chest 2001;119(1Suppl):194S-206S.

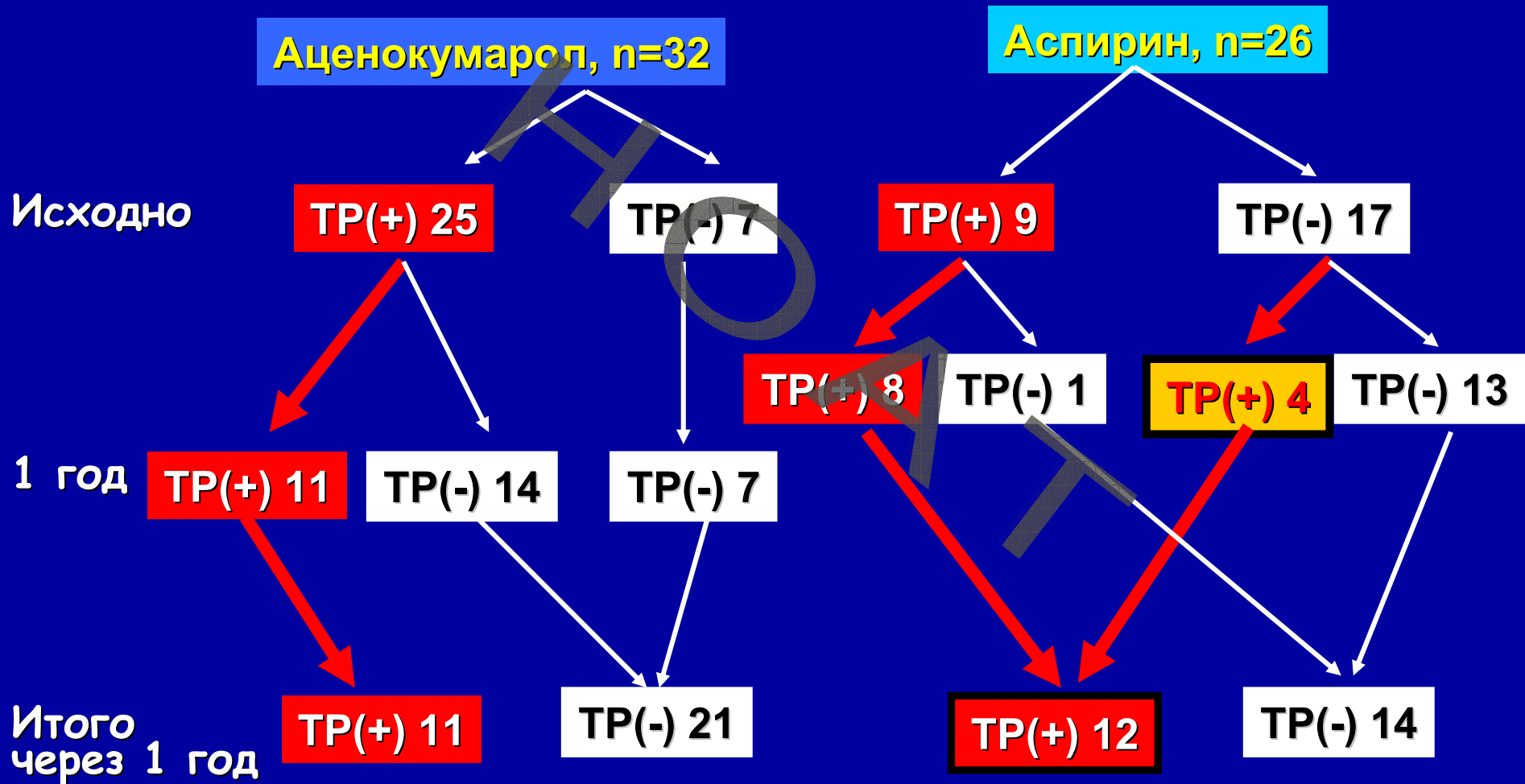
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА АСПИРИНОМ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ.

- Эффективность аспирина в профилактике инсульта у больных МА уступает варфарину
- Аспирин снижает риск инсульта на 19%
- При первичной профилактике в группе среднего риска (5% в год) снижение риска на аспирине - 33%
- При вторичной профилактике в группе высокого риска (в группе плацебо частота инсультов - 14%) снижение риска на аспирине – 11%

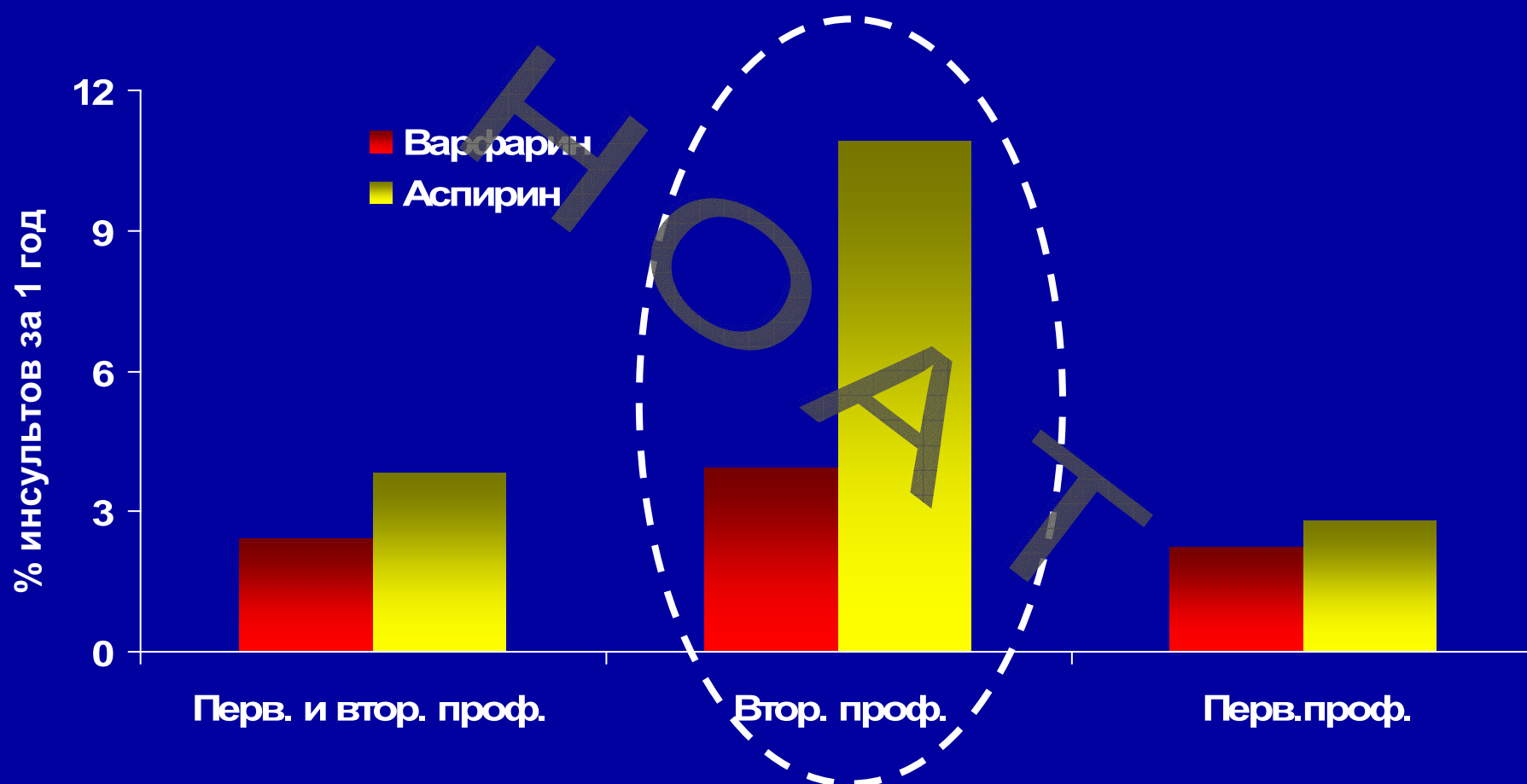
Профилактика инсульта у больных МА. Варфарин или аспирин?

- **Адекватная терапия АВК на 33% 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%
- Комбинация низких доз АВК (МНО < 1,5) с АСА не имеет особых преимуществ, но может повысить риск кровотечения, особенно у пожилых (Hart et al, 1999)
- У больных, перенесших СЭ на терапии АВК целесообразнее увеличить АВК (МНО 3,0-3,5), нежели комбинировать их с АСА

АСПИРИН НЕ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ОБРАЗОВАНИЕ ТРОМБОВ В УЛПТ У БОЛЬНЫХ МА (Больные высокого риска, $CHADS_2=3$)



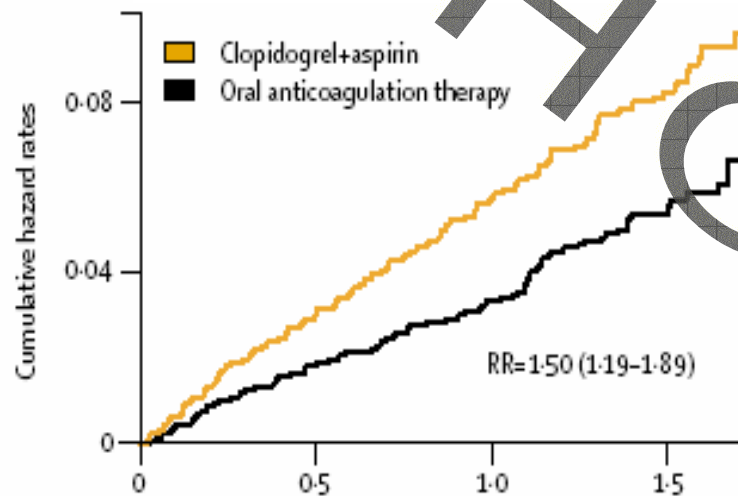
Профилактика инсульта у больных МА. Варфарин или аспирин?



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

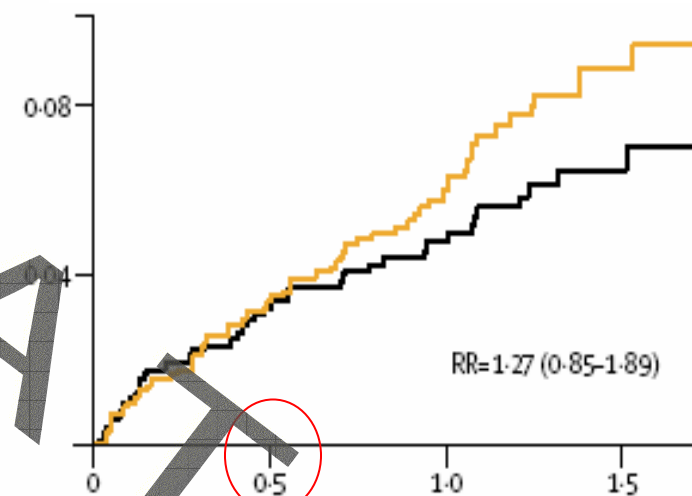
Первичная конечная точка: Σ : ИИ + СТЭ + ИМ + ССС

Принимавшие варфарин перед включением



Number at risk		0	0.5	1.0	1.5
Clopidogrel + aspirin		2526	2397	1825	720
Oral anticoagulation therapy		2627	2527	1938	749

Не принимавшие варфарин перед включением



Number at risk		0	0.5	1.0	1.5
Clopidogrel + aspirin		809	756	564	207
Oral anticoagulation therapy		744	695	520	175

ACTIVE-A

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

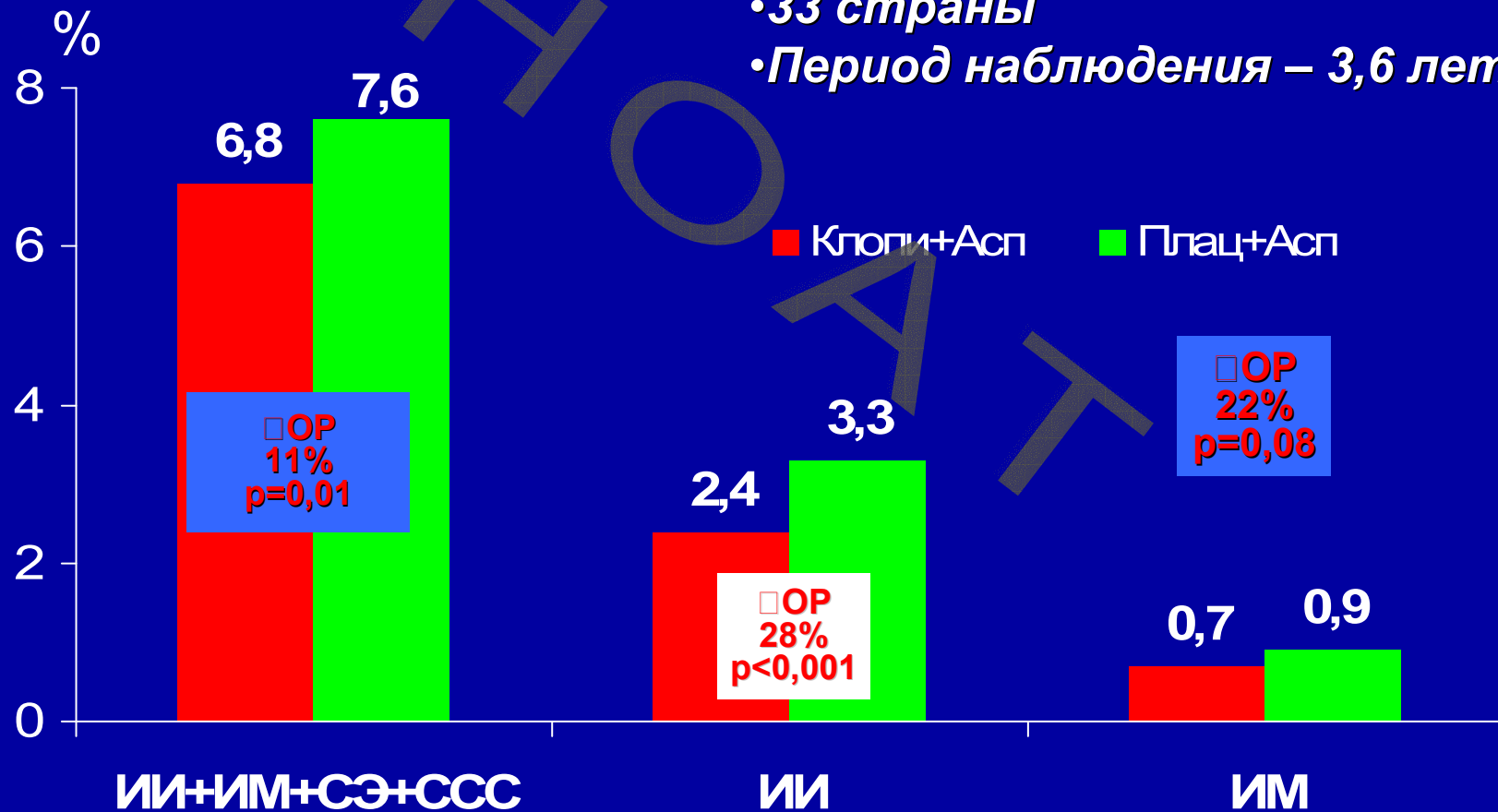
Причины не назначения варфарина:

- 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

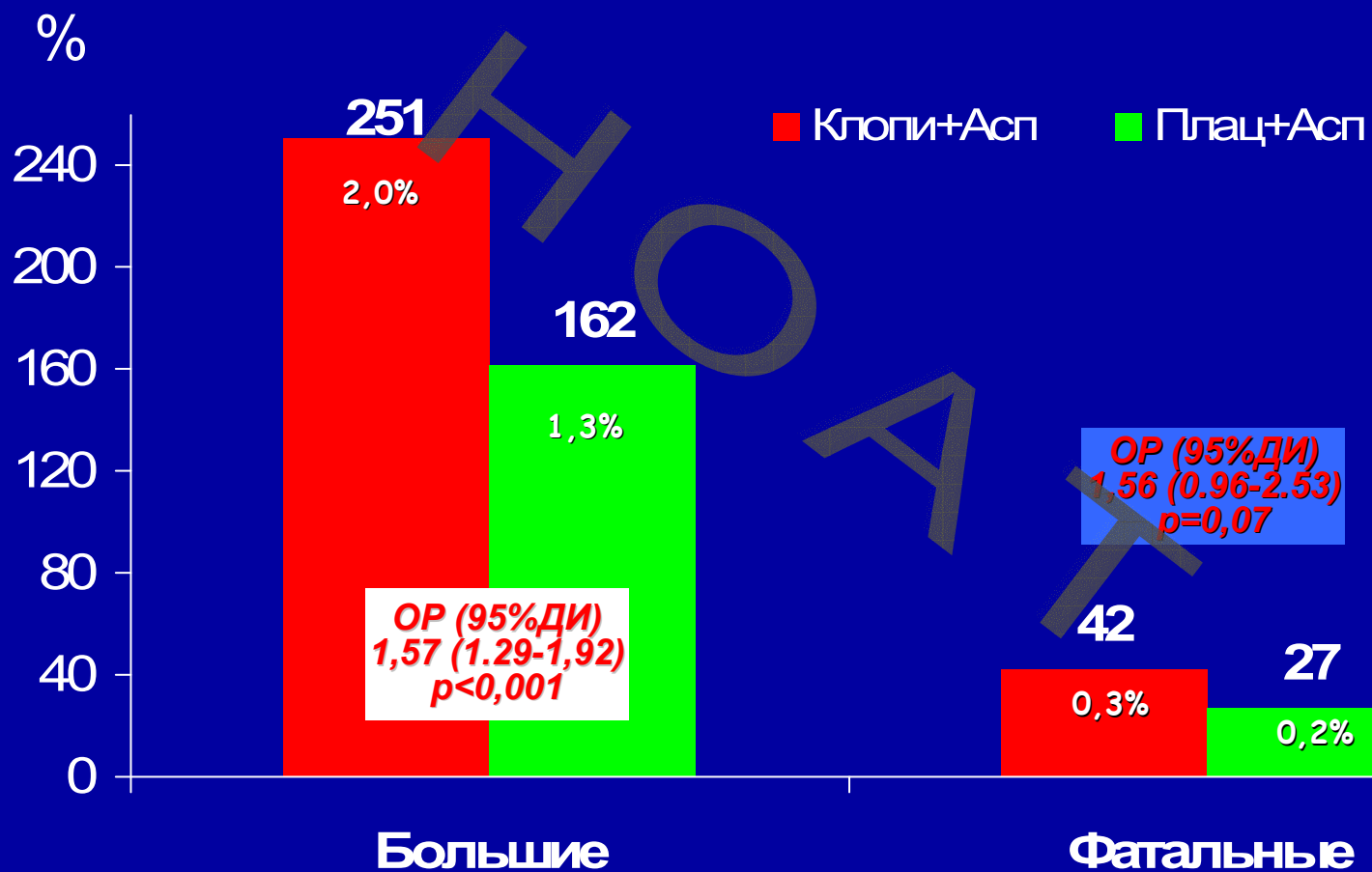
для больных МА, которые не могут/не хотят принимать варфарин
аспирин+ плацебо vs аспирин+ клопидогрель

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



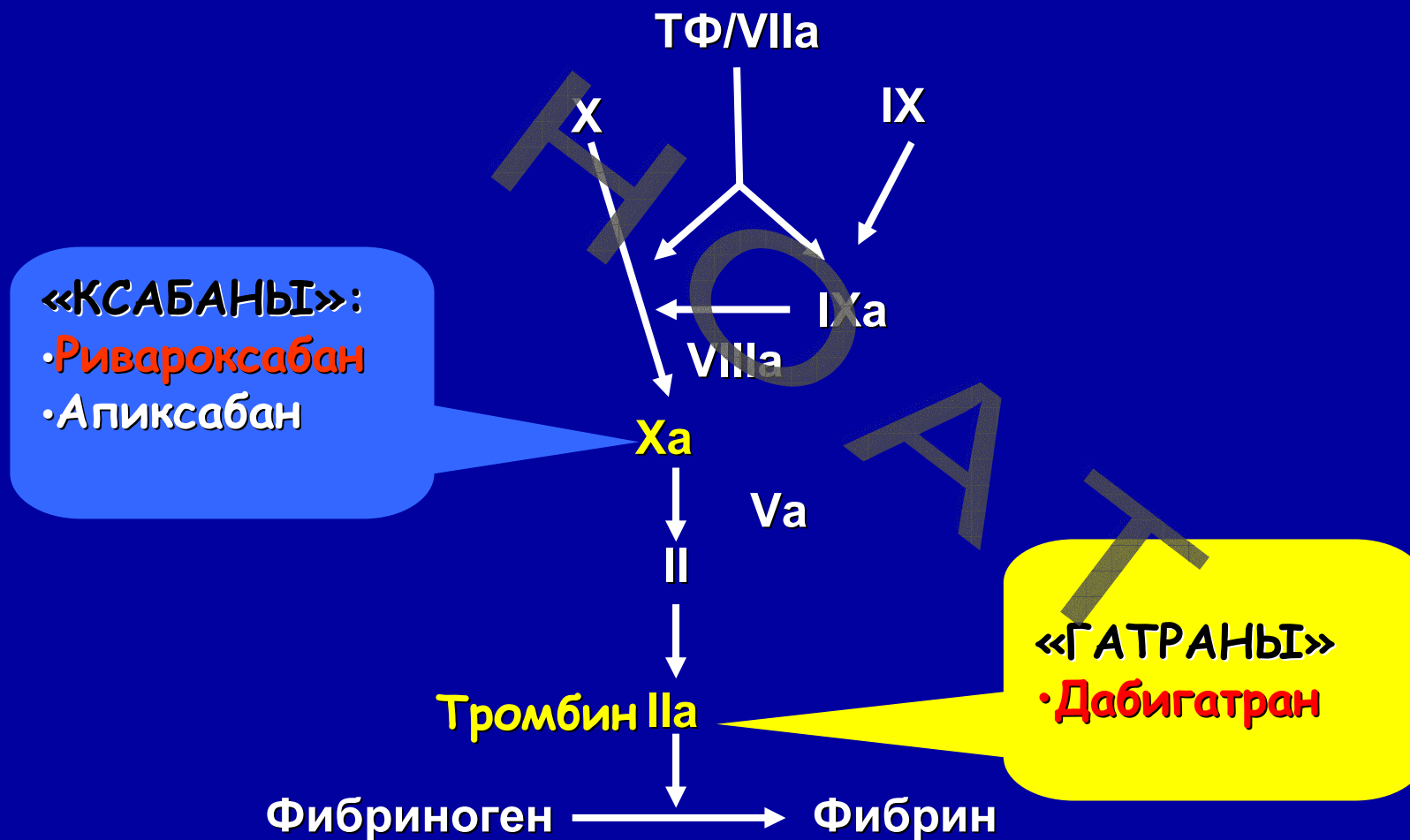
ACTIVE-A

Серьёзные кровотечения

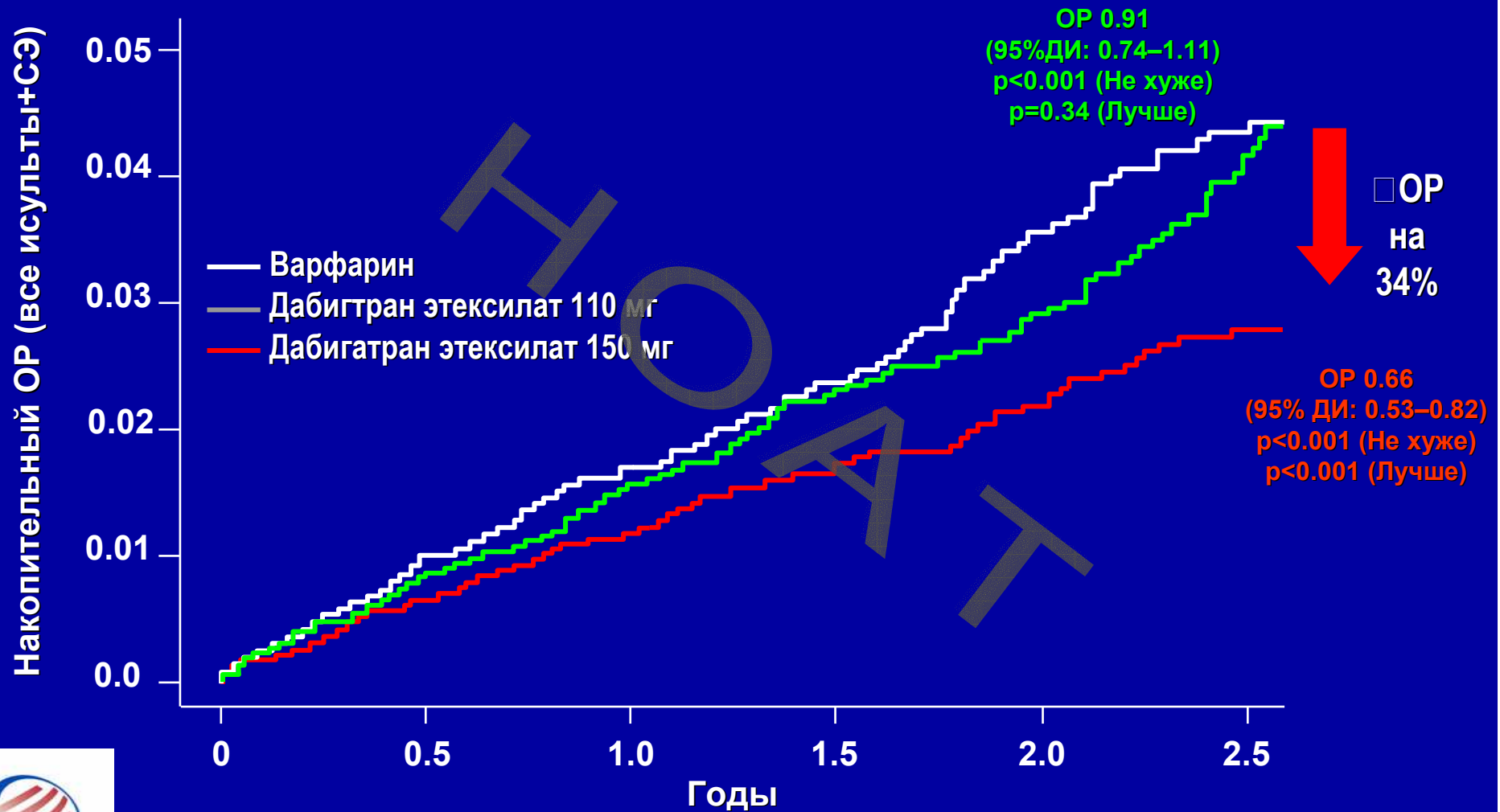


НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Каскад коагуляции



ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И СИСТЕМНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ



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



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

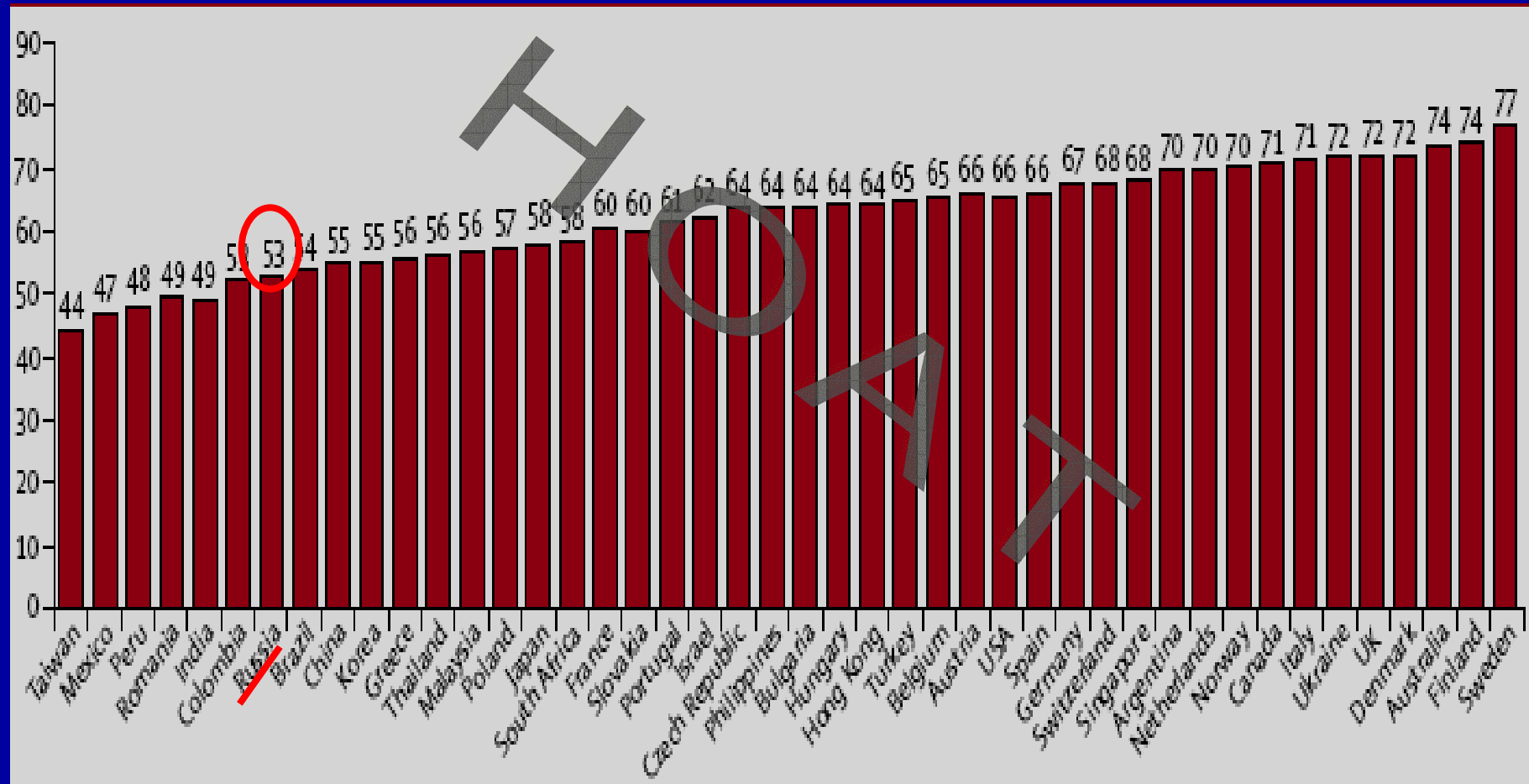
Данные представлены в виде %/за год

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	
	no. of patients	%/yr	no. of patients	%/yr	no. of patients	%/yr	Relative Risk (95% CI)	P Value	Relative Risk (95% CI)	P Value	Relative Risk (95% CI)	P Value
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	0.92 (0.74–1.13)	0.35	0.69 (0.54–0.88)	0.03	0.69 (0.54–0.88)	0.002
Nondisabling stroke	60	0.50	44	0.37	69	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)	0.56	1.27 (0.63–2.56)	0.21	1.27 (0.63–2.56)	0.50
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

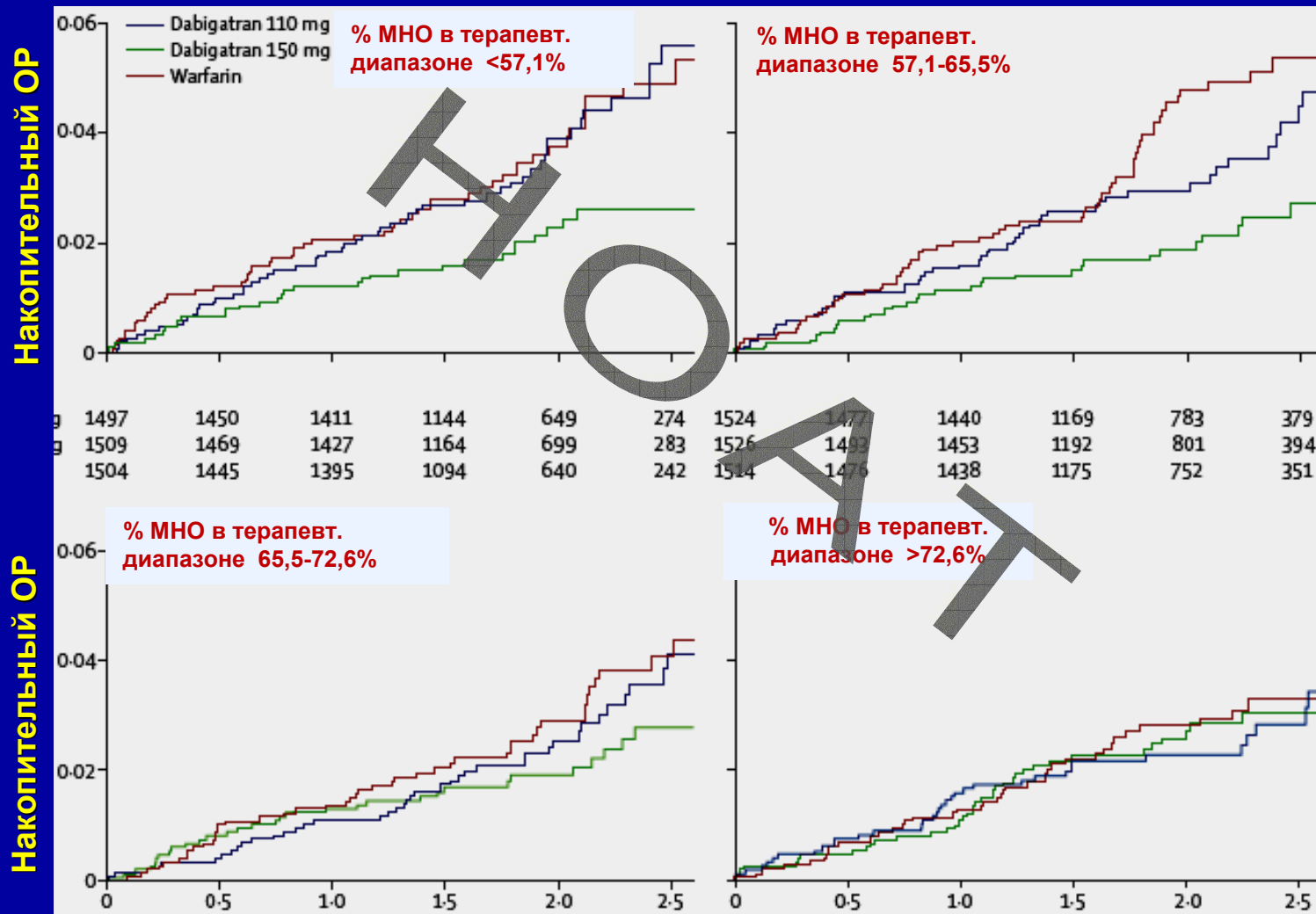
* Data are shown for all patients who had at least one event. All analyses were based on the time to the first event. P values are for superiority, unless otherwise indicated. The modified Rankin scale (on which scores can range from 0 [no neurologic disability] to 5 [severe disability], with 6 indicating 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.

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



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

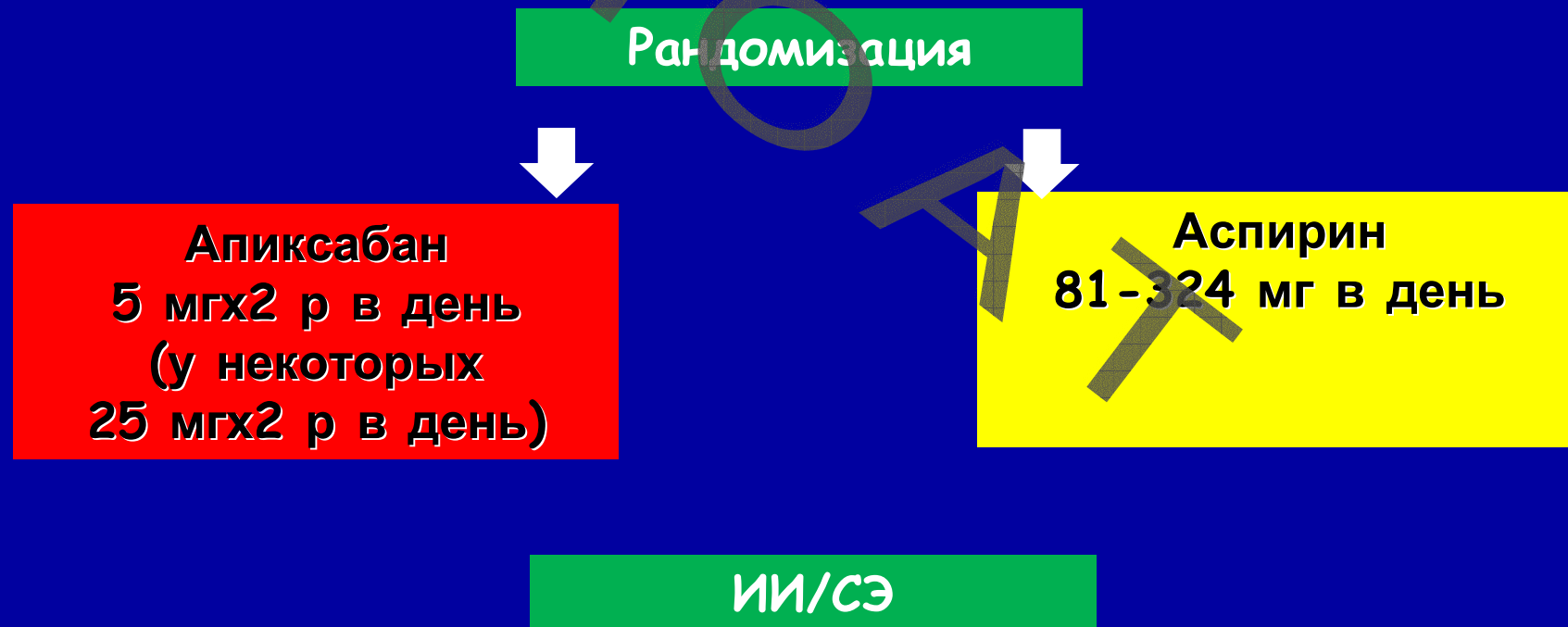
✓Тем не менее, у больных с % измерений МНО в диапазоне 2,0-3,0, превышающим 72% преимущества дабигатрана перед варфарином исчезают



AVERROES

Апиксабан против аспирина у больных МА

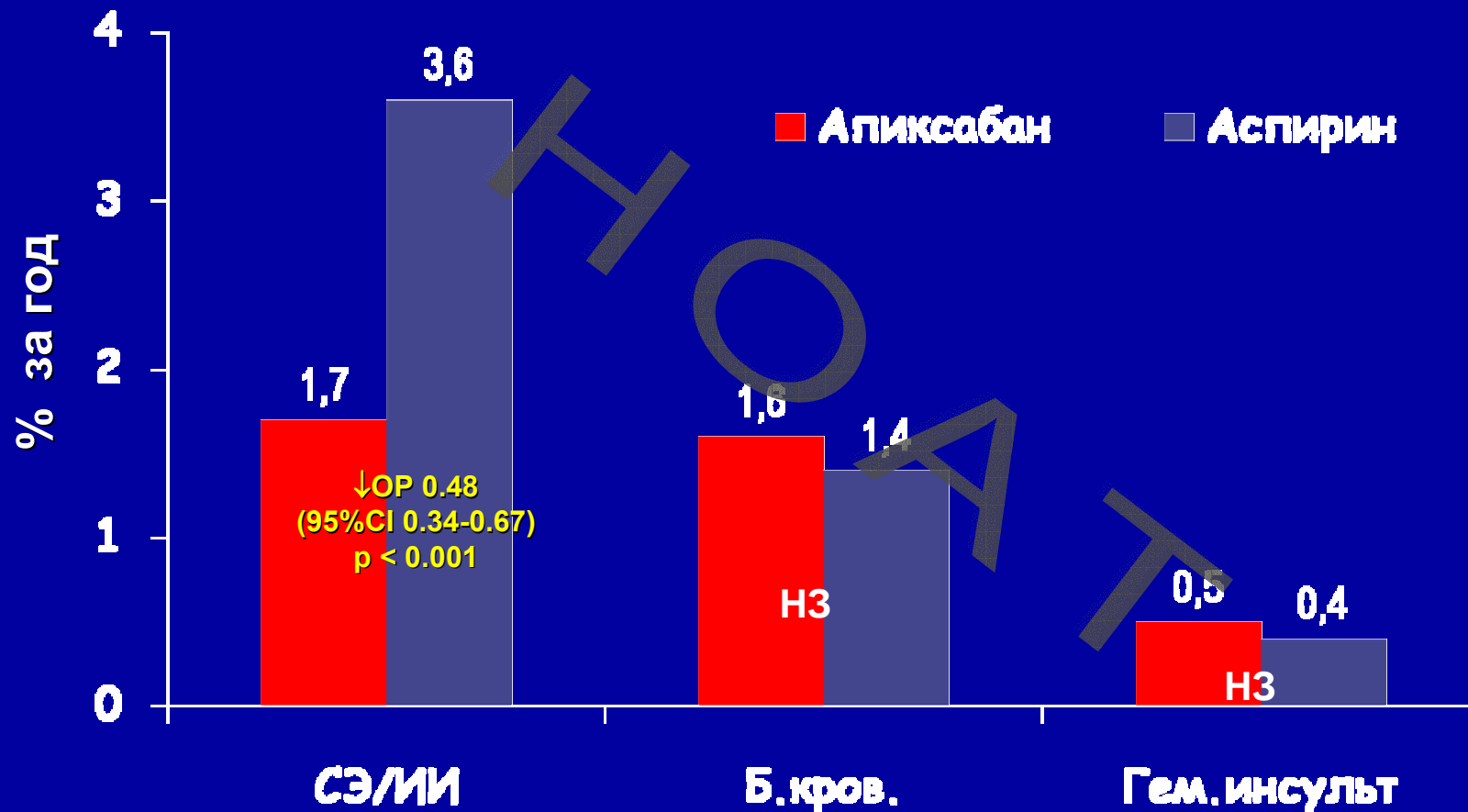
- 5600 больных МА \geq 1ФР, не желающих принимать АВК
- 522 центра, 36 стран, включая РФ
- Двойное-слепое



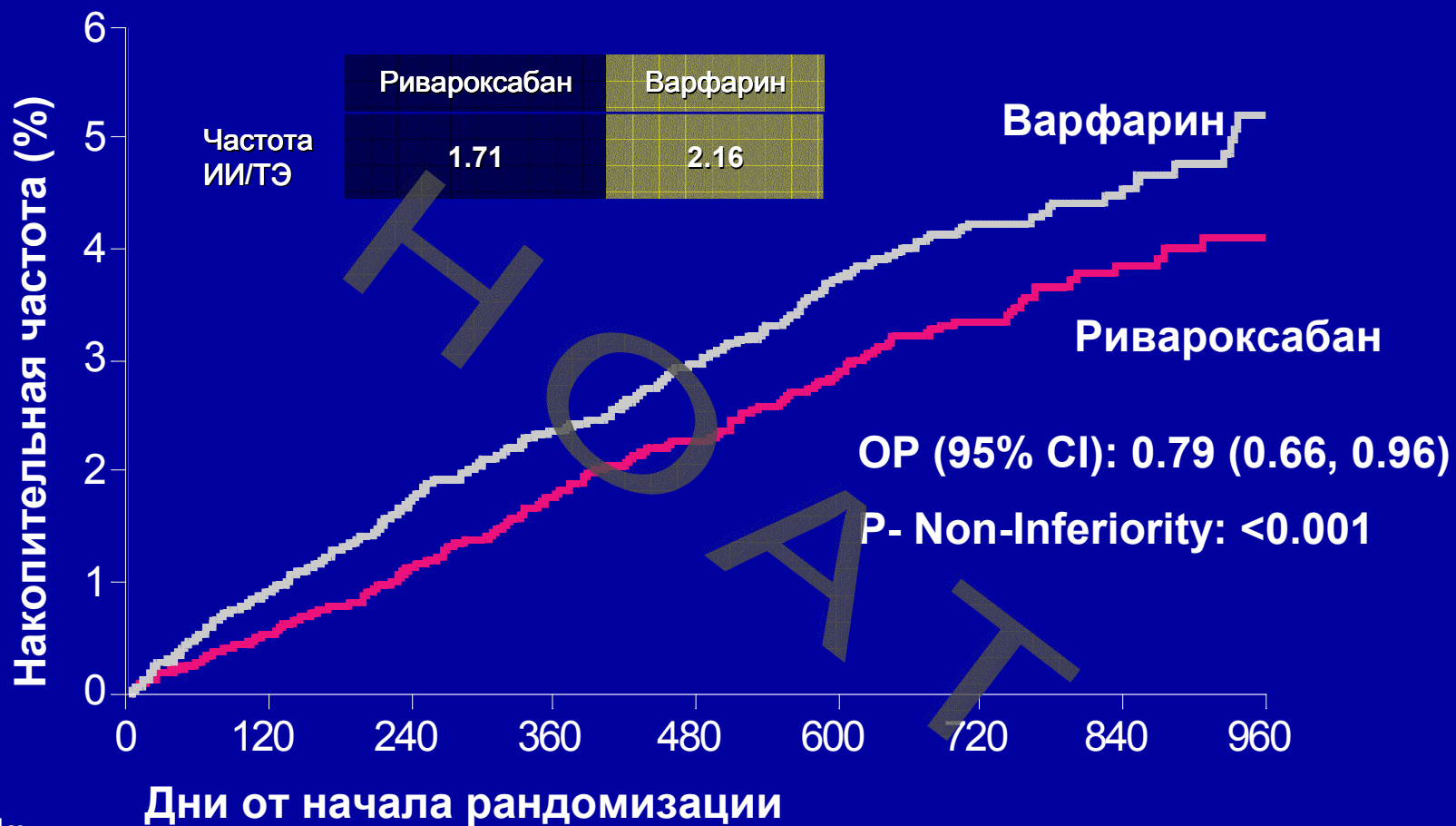
AVERROES

Основные результаты

(прекращено досрочно из-за явных преимуществ апиксабана)



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



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 (Chair person) (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), Nawar 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 Hjaldaal (Norway), Stefan H. Hohnloser (Germany), Philippe Kolh (Belgium), Jean-Yves Le Heuzey (France), Piotr Ponikowski (Poland), Frans H. Rutten (The Netherlands).

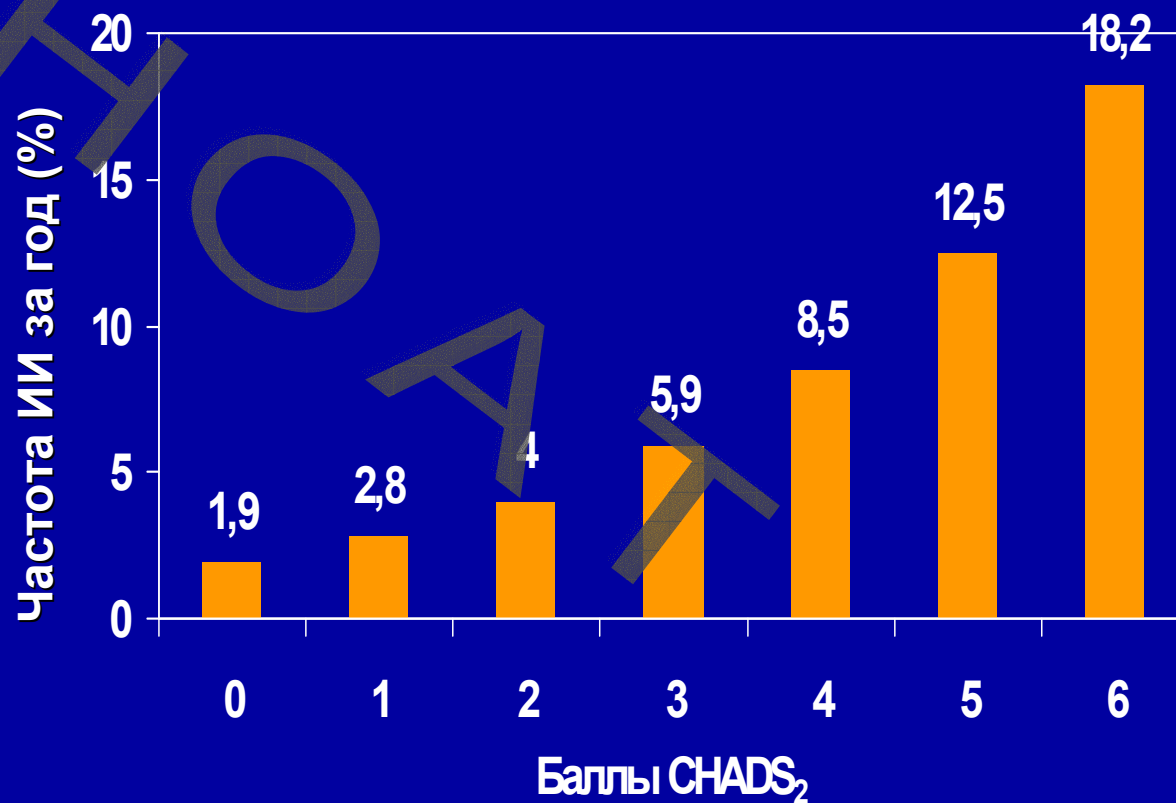
**Как правильно
проводить
профилактику ИИ/ТЭ у
больных МА?**

**1) Оценить факторы риска
ишемического
инсульта/тромболии у
конкретного больного**

1. Оценить риск по шкале
CHADS₂

Факторы риска ишемического инсульта. Шкала CHADS₂

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



2. Если сумма баллов по шкале CHADS₂ равна 2 и более -
показано назначение оральных
антикоагулянтов

3. Если сумма баллов по шкале CHADS₂ = 0-1, оценить риск ИИ/ТЭ по шкале CHA₂DS₂VASc



«Цена» ФР в баллах по шкале CHA₂DS₂VASc

ФР	Баллы
ХСН/дисфункция ЛЖ	1
Артериальная гипертензия	1
Возраст ≥ 75 лет	2
Диабет	1
ИИ/ТИА/ТЭ в анамнезе	2
Сосудистое заболевание (ИМ в анамнезе, АПАНК, АБ в аорте)	1
Возраст 65-74 года	1
Женский пол	1
Максимально возможное количество баллов	9



Сумма баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc и частота инсульта

Сумма баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc	n 1733 больных ФТ	Стандартизованный % инсульта в год (95% ДИ)
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%

Стратификация факторов риска шкалы CHA2DS2VASc

Относительный риск госпитализаций и смерти от ТЭ за 5 лет наблюдения у пациентов с ФТТ

	ОР	p
Сумма баллов по шкале CHA2DS2VASc = 0	1,0	
Сумма баллов по шкале CHA2DS2VASc = 1		
• ХСН	3,39	<0,001
• артериальная гипертензия	2,32	<0,0001
• Сахарный диабет	3,31	<0,0001
• Сосудистое заболевание	2,04	<0,002
• Возраст 65-74 года	3,07	<0,0001
• Женский пол	1,25	<0,10

CHADS₂

CHA₂DS₂-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/ТНМК/СЭ	2	ИИ/ТНМК/СЭ	2
		Сосудистое заболевание	1
		Возраст 65-74 лет	1
		Женский пол	2
Максимальная сумма	6	Максимальная сумма	9

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



Риск кровотечений

- риск кровотечений у пожилых, по результатам последних исследований, стал меньше - 0,1-0,6% в год
- риск падений, как ФР кровотечений преувеличен (нужно упасть >300 раз за год, чтобы риск кровотечений превысил пользу от АВК)
- риск кровотечений на аспирине и АВК близкий, особенно у пожилых (Mant et al, 2007)

Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, Murray E. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;**370**:493–503.



Шкала оценки риск кровотечений HAS-BLEED

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

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	<p>Если сумма баллов по шкале HAS-BLED= 0-2 Дабигатран 150мгх2р (т.к. >ЭФ, <в/череп. кр., и =Б.Кр.)</p> <p>Если сумма баллов по шкале HAS-BLED ≥3 Дабигатран 110Х2р (т.к. =ЭФ и < в/череп. и Б.Кров.)</p>
1 балл	<p>АВК или Аспирин 75-325 мг. АВК - предпочтительней</p>	<p>Дабигатран 110мгХ2р, (т.к. =ЭФ и < в/череп. и Б.кров. vs варфарина и, вероятно, vs аспирина)</p>
0 баллов (нет ФР)	<p>Асп 75-325 мг или без АТТ Предпочтительней без АТТ</p>	



Guidelines for the management of atrial fibrillation

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

РЕЗЮМЕ (1)

1. Антикоагулянтная терапия должна быть неотъемлемой частью терапии пациентов, страдающих мерцательной аритмией
2. Половина ИИ у больных МА АВК происходит при отмене АВК или субтерапевтических значениях МНО
3. Аспирин не может заменить антикоагулянты у больных МА с факторами риска ТЭ

РЕЗЮМЕ (2)

4. Появились «новые» антикоагулянты с прицельным ингибированием одного фактора свёртывания крови (Ха и тромбин)
5. Больше удобство в сравнении с АВК
6. И тромбин и Ха фактор – удачные мишени для антикоагулянтов
7. Первые результаты многообещающие «новые антикоагулянты» не менее эффективные, чем АВК, вызывают меньше кровотечений и проще в использовании (не требуют лабораторного контроля)
8. Однако преимущества новых АКГ ассоциированы с неадекватным контролем МНО
9. При ФП (при отсутствии поражения клапанов сердца) три завершившихся исследования (RELY, AVERROES, ROCKET-AF).

РЕЗЮМЕ (3)

10. Высока вероятность индивидуализации длительной антикоагулянтной терапии у больных с ФТГ

•Коагучек стоит - 29900 рублей

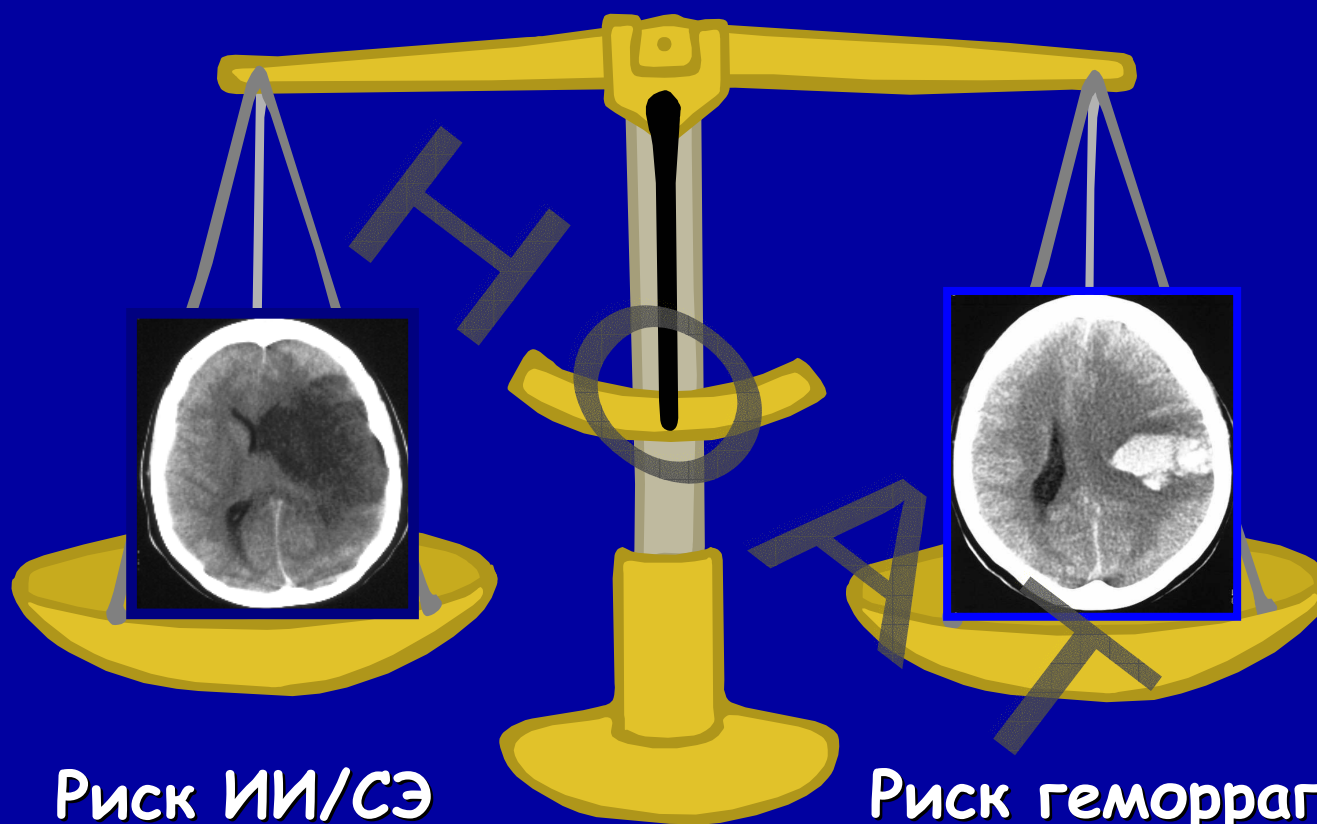
•24 полоски – 5500 рублей

•Расчёт на 5 лет жизни

1день - 16,4 руб.(коагучек)+7,6 руб. (полоска)=24 рубля на день

Препарат	Кол-во табл. в уп-ке	Цена упаковки	Цена 1 таблетки	Кол-во АКГ на 1 день лечения мг/табл	Цена 1 дня лечения в рублях	Контроль МНО с помощью коагучека 1 раз в 4 недели на 5 лет Расчёт на 1 день	Стоимость 1 дня лечения с учётом стоимости Коагучека и полосок МНО (на 5 лет)
Варфарин Никомед 2.5 мг	50 табл.	124 р.	2,48 р.	5,25 мг/ 2+1/10т.	5,2 рубля	24 руб	29,2 руб.
Прадакса -110 мг (Даби)	10 табл.	1113 р.	111,3 р.	220 мг/ 2 т.	222,6 рубля	-	222,6 руб.
Прадакса -75 мг (Даби)	10табл.	1110 р	110 р.	300 мг/ 4 т.	440 рублей	-	440 руб.
Ксарелто -10мг (Рива)	10 табл.	2934 рубля	293,4 рубля	20 мг/ 2т.	586,2 рублей		586,2 руб.

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ



Качество жизни
Предпочтения больного
Экономический фактор

Клинические примеры

Больная Х., 75 лет

- Курит более 40 лет
- Мультифокальный атеросклероз (левая ВСА $\geq 70\%$, ПХ IIa ст. по Фонтену, атеросклероз аорты (ЭХО и, рентген)
- при снятии плановой ЭКГ обнаружена бессимптомная ФТ (ЧСС 72-84 в минуту)

Оцените риск ИИ/СЭ по шкале CHADS₂ (подсчитайте сумму баллов)

Варианты ответов:

1.0 баллов

2.1 балл

3.2 балла

4.3 балла

5.4 балла

6.5 баллов

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

Оцените риск ИИ/СЭ по шкале **CHA₂DS₂-VASc**
(подсчитайте сумму баллов)

Варианты ответов:

1.0 баллов

2.1 балл

3.2 балла

4.3 балла

5.4 балла

6.5 баллов

ФР	Баллы
ХСН/дисфункция ЛЖ	1
Артериальная гипертензия	1
Возраст ≥ 75 лет	2
Диабет	1
ИИ/ТИА/ТЭ в анамнезе	2
Сосудистое заболевание (ИМ в анамнезе, АТЛАНК, АБ в аорте)	1
Возраст 65-74 года	1
Женский пол	1
Максимально возможное количество баллов	9

Шкала **CHA₂DS₂-VASc** должна
применяться у больных с суммой баллов
по шкале CHADS₂=0-1

- Больной был назначен аспирин, так как риск по CHADS₂ был низким (1 балл)
- Через 2 года в возрасте 77 лет больная переносит ишемический инсульт.
- Доставлена «ОЗ» спустя 12 часов. Тромболизис не проводился.
- На 25 день сделана МРТ головного мозга ишемический очаг в правой гемисфере (3x4 см)

Вопрос: какую анти тромботическую терапию Вы назначите больной ?

1. Дабигатран
2. Варфарин
3. НМІ
4. Антикоагулянты не назначу никогда
5. К аспирину добавлю клопидогрел
6. Затрудняюсь ответить

1) У больной ВР повторного инсульта: было 4 балла + 2 балла за инсульт = всего 6 баллов

2) Дабигатран не изучен у больных со «свежим» ИИ

2) АСП+КЛОПТИ не изучен при недавнем ИИ, а риск кровотечений нивелирует пользу

3) Варфарин - препарат выбора

Вопрос: На какой день от начала ишемического инсульта Вы назначите варфарин?

1. Через 2 недели
2. Через 1 месяц
3. Назначу МРТ головного мозга,
при отсутствии гемorragического
пропитывания, назначу варфарин
через 2 недели

Больная У., 80 лет

Анамнез:

- 10 лет года назад имплантирован ЭКС
- Артериальная гипертония более 20 лет
- Ишемический инсульт 5 лет назад
- Пароксизмы ФП более 10 лет
- Принимает варфарин

Проблема:

- Требуется замена батареи ЭКС

Вопрос: как быть с варфарином во время замены батареи ЭКС?

1. Временно перейти на НМГ, т.н. терапия «моста»
2. Продолжить варфарин, но снизить МНО
3. Менять батарею при терапевтическом значении МНО

1) Прерывать АКГ - нельзя т.к. у больной ВР повторного инсульта (АГ-1+80 лет-2+ИИ-2+ЖТ-1= 6 баллов)

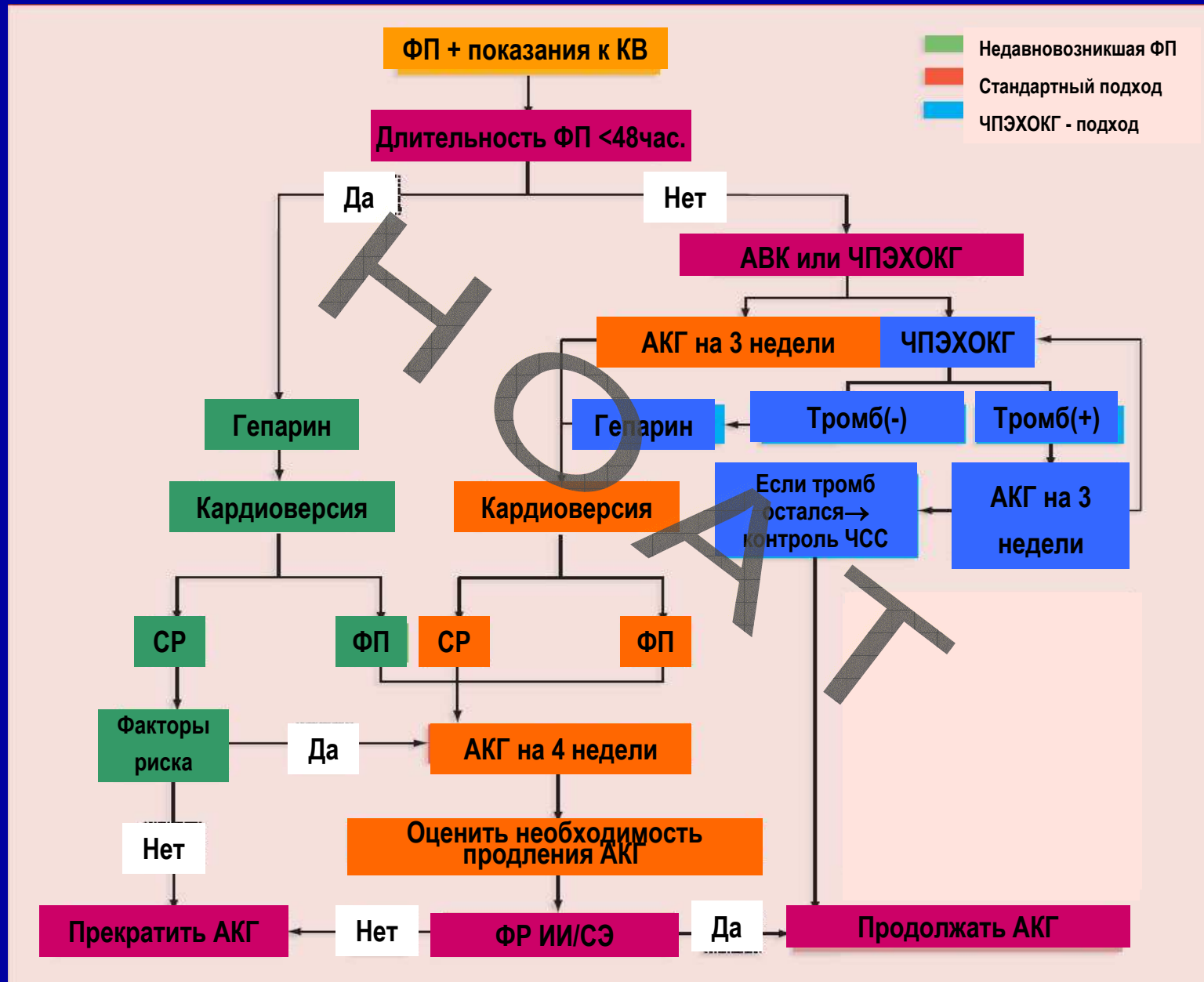
2) По АССР-2008 - ответ 1 - правильный

3) Но при смене АКГ повышается риск кровотечений, поэтому ответ 3 также правильный, т.к. операция замены батареи не связана с высоким риском кровотечения

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ МА И ТЭ ОСЛОЖНЕНИЯ

- Частота ТЭ при восстановлении синусового ритма составляет от 1 до 5% (*Arnold u соав., 1992, Naccarelli u соав., 2000*)
- Частота ТЭ при КВ снижается при проведении терапии НАКГ (МНО 2-3) в течение 3-4-х недель до и после КВ (*Prystowsky u соав., 1996; Mancini u соав., 1982*) и составляет 0,5-0,8% (*Klein u соав., 2001*)

Стратегия проведения КВ у больных с ФП и стабильной гемодинамикой



СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ЭНОКСАПАРИНА И АЦЕНОКУМАРОЛА ПРИ ПЛАНОВОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

ЧПЭХОКГ для
исключения
тромбоза
улп

1 группа
Эноксапарин 1мг/кг
каждые 12 часов
Одновременно
аценокумарол

Кардиоверсия на 2-й день
(между 3-й и 4-й инъекциями)
Эноксапарин отменялся
при стабильном МНО=2,0-3,0

НАКГ
в течение
1 месяца

2 группа
Аценокумарол
МНО=2,0-3,0

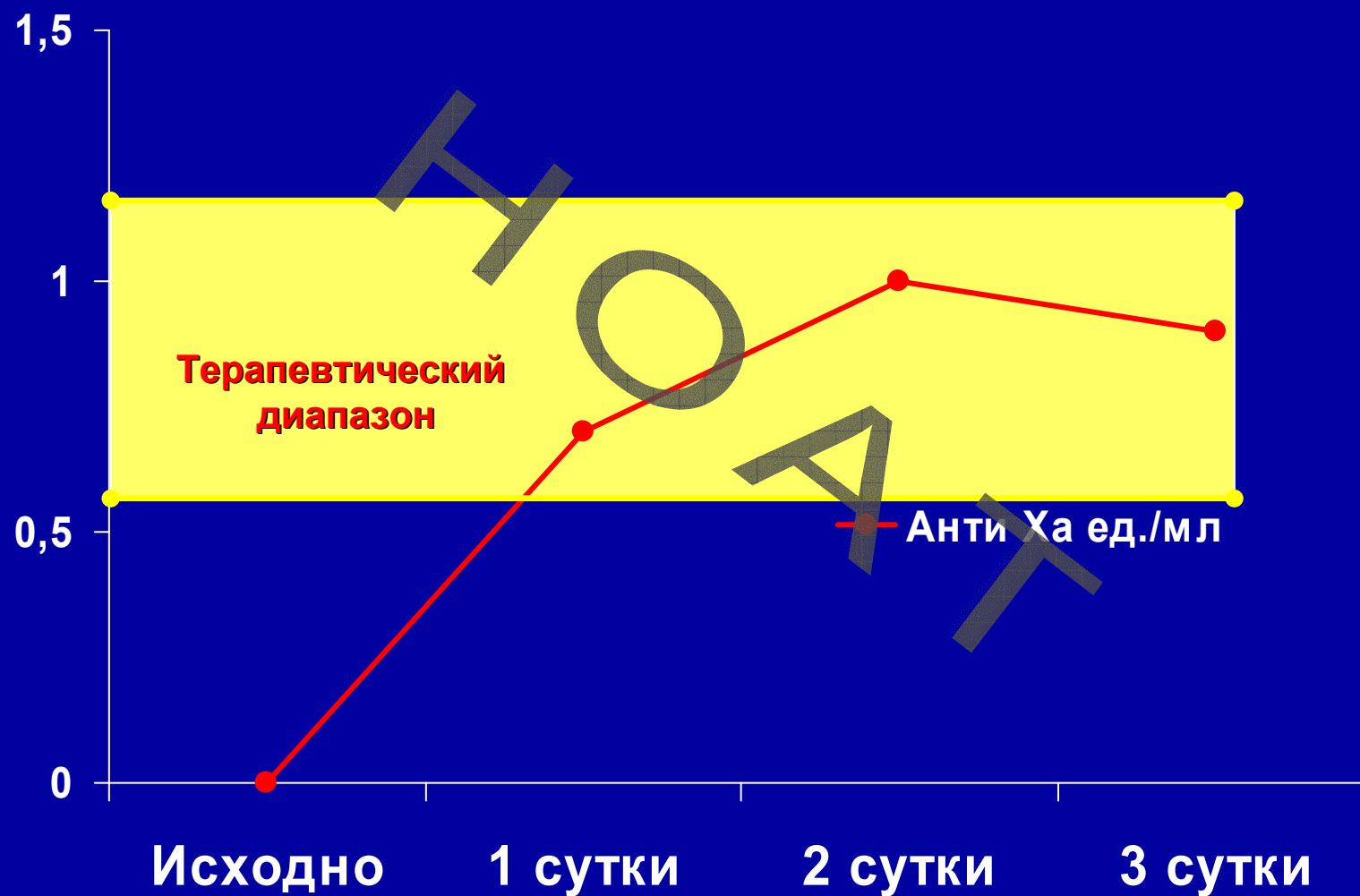
**Кардиоверсия при достижении
стабильного МНО=2,0-3,0**

(Е.П.Панченко, С.П.Голицын, А.Л.Комаров и соав.
Сердечная недостаточность, 2003, 4, с.178-181)

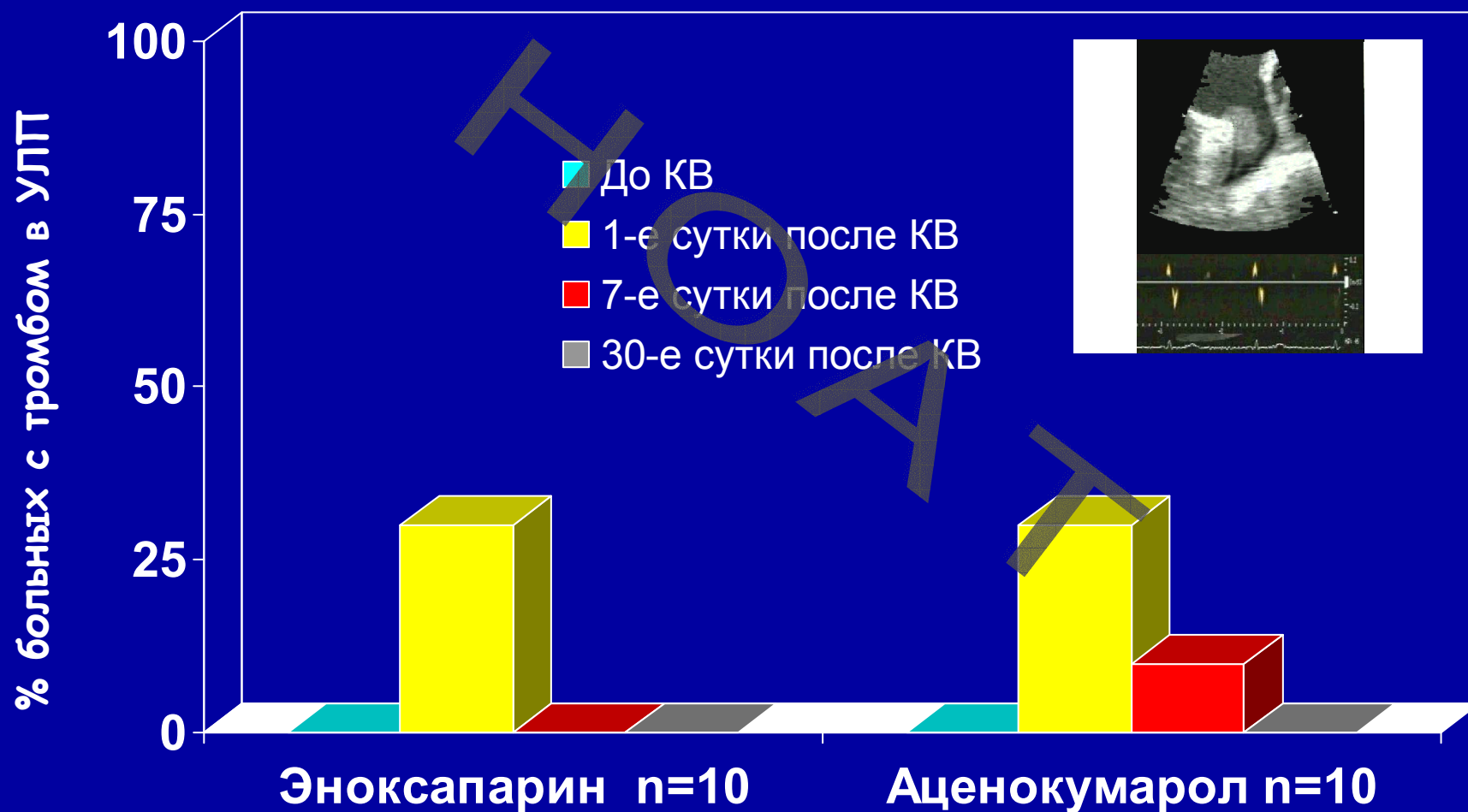
ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ

	Группа 1 (Эноксапарин)	Группа 2 (Аценокумарол)	p 1-2
Количество больных (муж / жен)	10 (9/1)	10 (7/3)	H3
Возраст, лет	52 ± 2,7	56 ± 2,9	H3
Причина мерцательной аритмии, n			
ИБС	2	1	H3
артериальная гипертония	5	6	H3
идиопатическая МА	3	1	H3
алкогольное поражение сердца	0	1	H3
тиреотоксикоз (компенсированный)	0	1	H3
Инфаркт миокарда в анамнезе, n	0	1	H3
Недостаточность кровообращения NYHA II, n	1	1	H3
Сахарный диабет II типа, n	2	1	H3
Ожирение (индекс массы тела > 27,5 кг/м ²), n	2	1	H3
Курение, n	6	3	H3
Гиперлипидемия (общий холестерин > 5,2 ммоль/л), n	6	4	H3
Эпизоды системных тромбозов в анамнезе	-	-	H3
Длительность мерцательной аритмии, дни	157 ± 48,7	142 ± 42,8	H3
Размер левого предсердия, см	4,1 ± 0,18	4,2 ± 0,13	H3
Метод восстановления синусового ритма, n			
электрическая кардиоверсия	6	4	H3
медикаментозная кардиоверсия	4	4	H3
спонтанное восстановление синусового ритма	-	2	H3
Поддерживающая антиаритмическая терапия, n			
амиодарон или соталол (III класс),	5	5	H3
аллапинин (I класс)	5	5	H3
Сохранение синусового ритма в течение 30 дней после кардиоверсии, n	8	4	H3
Длительность антикоагулянтной терапии перед кардиоверсией, дни	2,1 ± 0,1	10,2 ± 0,9	<0.05

АНТИ-Ха АКТИВНОСТЬ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭНОКСАТТАРИНА У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ



ТРОМБОЗ УЛПТ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА



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

Москва 2009

noat.ru



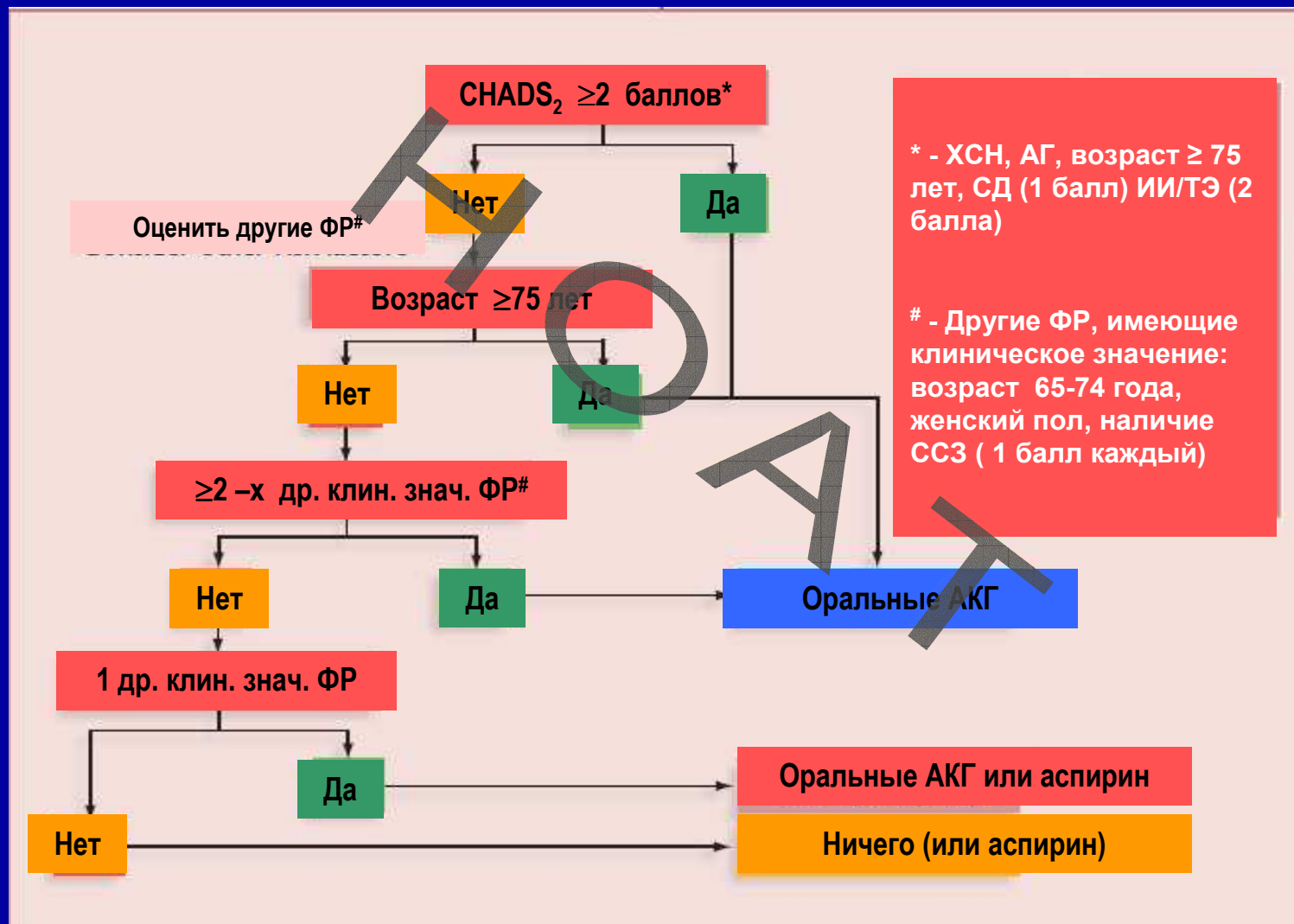
Guidelines for the management of atrial fibrillation

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

Факторы риска	Сумма баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ VASc	Антитромботическая терапия	Альтернативный вариант лечения
<u>Один «Большой» ФР или ≥2-х ФР, имеющих клиническое значение</u>	≥2	АВК	Если HAS-BLED=0-2 Дабигатран 150мгх2р (т.к. >ЭФ, <В/череп. Кр. и =Б.Кр.) Если HAS-BLED≥3 Дабигатран 110х2р (=ЭФ и < в/череп. и Б.Кров.)
Один ФР, имеющий клиническое значение (не «большой»)	1	АВК или Аспирин 75-325 мг. АВК - предпочтительней	Дабигатран 110мгх2р, т.к. (=ЭФ и < в/череп. и Б.Кров.) в сравнении с варфарином и, вероятно, в сравнении с аспирином
Нет ФР	0	Асп 75-325 мг или без АТТТ. Предпочтительней без АТТ	

Алгоритм оценки риска ИИ/СЭ у пациентов с фибрилляцией предсердий



Сумма баллов по шкале CHADS₂ и частота инсульта

Сумма баллов по шкале CHADS ₂	н 1733 больных ФП	% инсульта в год (95% ДИ)
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)

Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boehler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA 2001;285:2864-2870.