

Профилактика инсульта у больных фибрилляцией предсердий современное состояние проблемы

Проф. Е.П.Панченко

Институт кардиологии им. А.Л. Мясникова

ФГБУ РКНПК МЗ РФ

Москва

2017г.

Информация о потенциальном конфликте интересов

Клинические
исследования:

Pfizer, Bristol-Myers Squibb; Boehringer
Ingelheim; SANOFI; AstraZeneca; Daiichi Sankyo
Pharma Development; GlaxoSmithKline DMPK

Лектор:

SANOFI, Takeda-NYCOMED, Boehringer Ingelheim,
Pfizer, Bristol-Myers Squibb, Bayer, Lilly,
AstraZeneca, GlaxoSmithKline, MEDICINES

Член научного
(консультативного) совета:

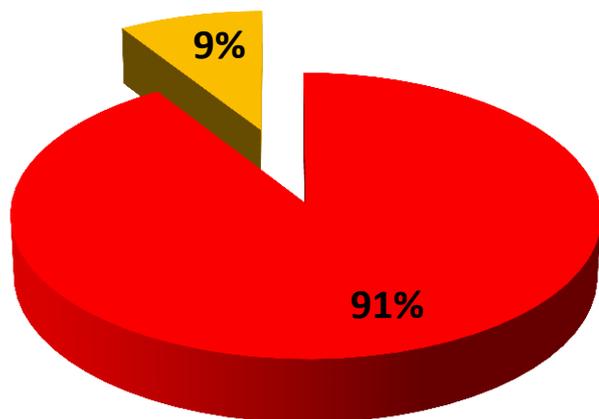
SANOFI, Bayer, Lilly, AstraZeneca; Boehringer
Ingelheim, Bayer, Pfizer, Bristol-Myers Squibb; Lilly;
MEDICINES

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 в 2 раза (при длительности ФП 1 год - 2,7%, при длительности ФП 5 лет - 10,5%)
4. 40% больных ФП имеют ХСН, 40% больных ХСН имеют ФП
5. Ухудшает качество жизни больных
6. 1-й год от появления ФП наиболее опасен

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

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%

Патогенез тромбоза ушка ЛП при ФП



■ Триада Virхова

- 1) стаз крови
- 2) дисфункция эндотелия
- 3) гиперкоагуляция

■ Анатомические особенности ушка ЛП

- узкая конусовидная форма,
- неровность внутренней поверхности (гребенчатые мышцы и мышечные трабекулы)

ЧПЭХО-КГ- МЕТОД ВЫБОРА ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОВ В УШКЕ ЛП

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

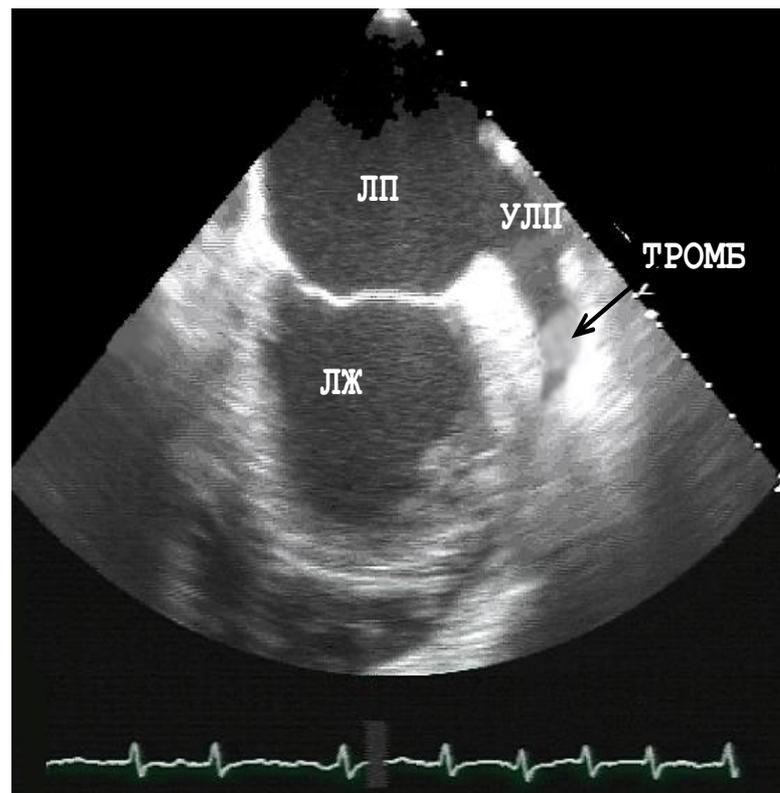


- чувствительность - 92%
- специфичность - 98%
- визуализация тромба
- размеры тромба
- выявление флотирующих участков тромба
- оценка степени СЭ
- оценка гемодинамики ушка ЛП (ПСК и ФВ ушка ЛП)

Тромб ушка левого предсердия

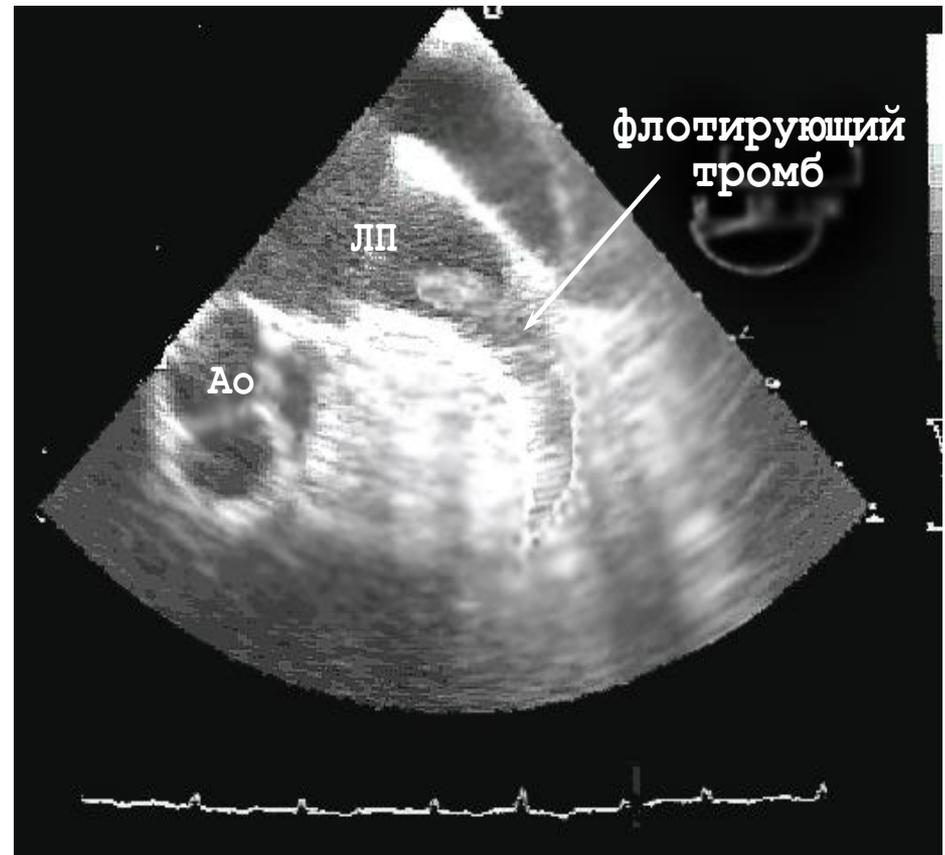
(продольный 2-х камерный срез левых камер сердца)

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



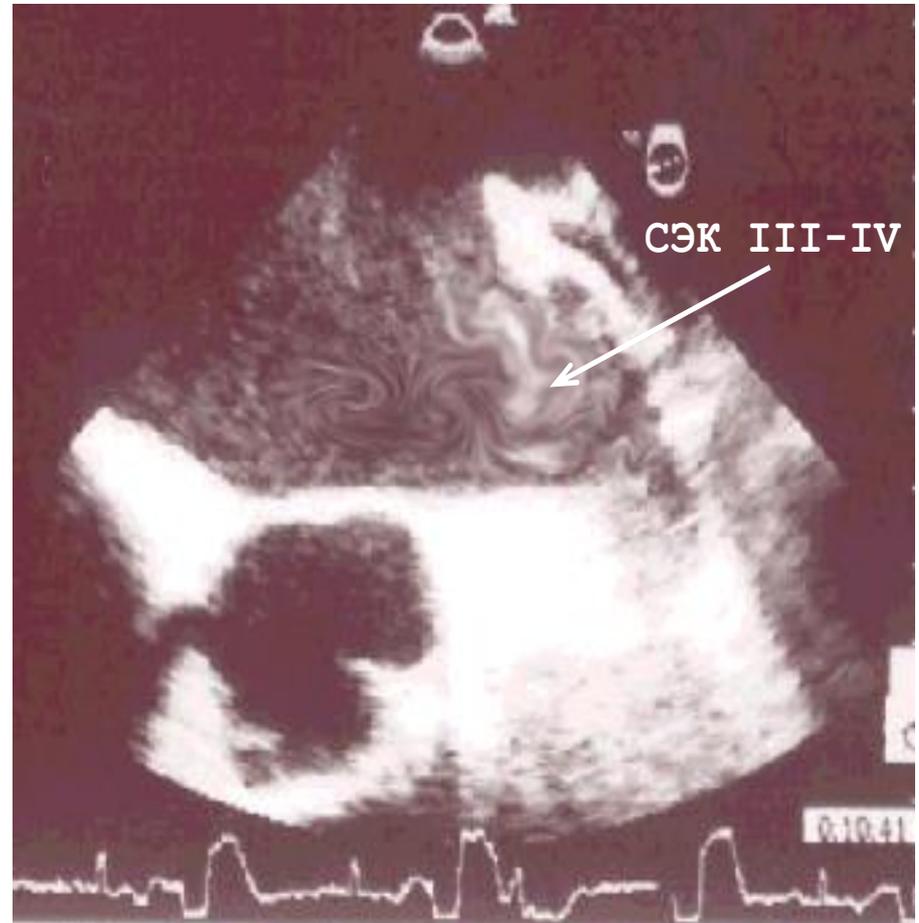
Тромб ушка левого предсердия

- 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

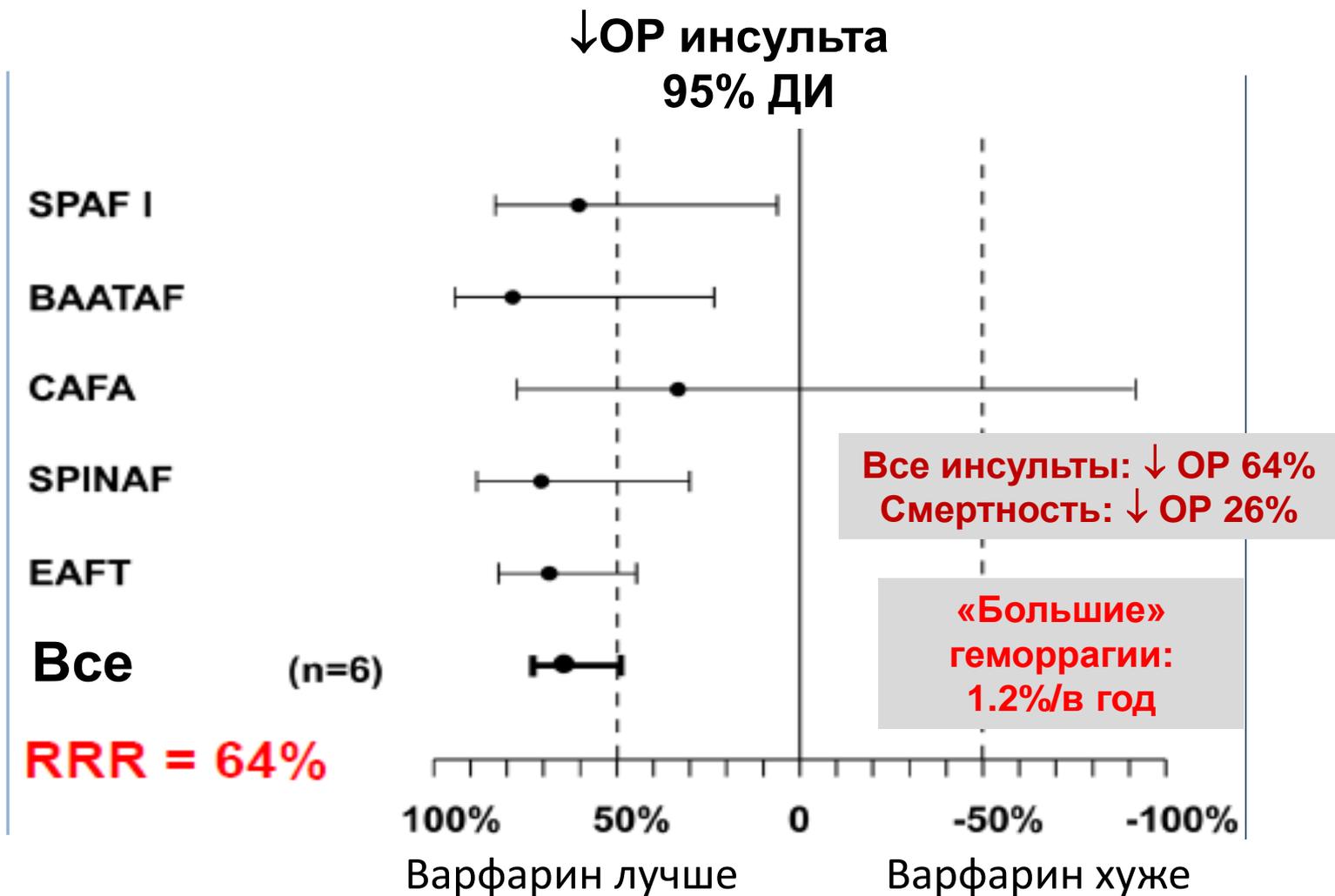
- В левом предсердии и его ушке в режиме реального времени визуализируются "клубящиеся", "вихреобразные" потоки, свидетельствующие о замедлении кровотока.



Антитромботические препараты, изучавшиеся с целью профилактики инсульта при ФП

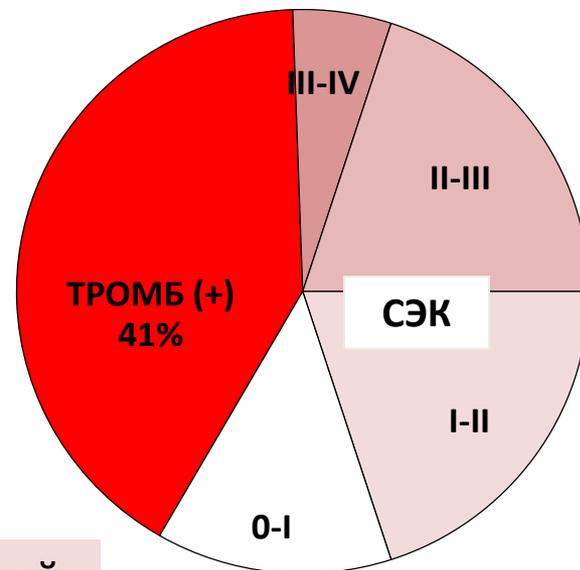
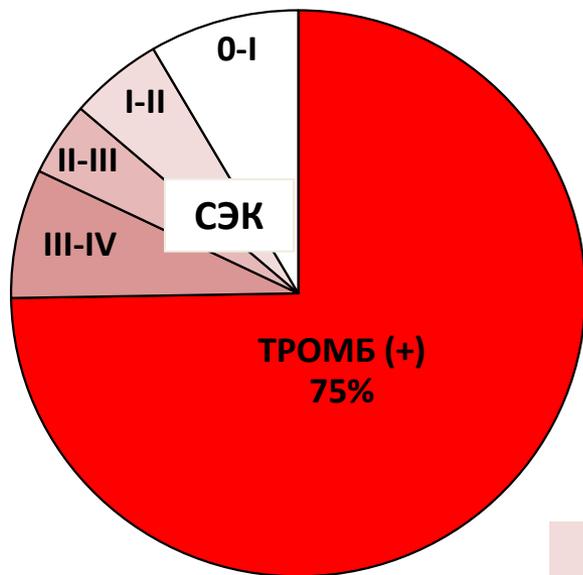
| | Препарат | Характеристика |
|---|-----------------------|---------------------|
| 1 | АВК (варфарин) | Антикоагулянт |
| 2 | Аспирин | Антиагрегант |
| 3 | Аспирин + Клопидогрел | Антиагреганты |
| 4 | Дабигатран | Новый антикоагулянт |
| 5 | Ривароксабан | Новый антикоагулянт |
| 6 | Апиксабан |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

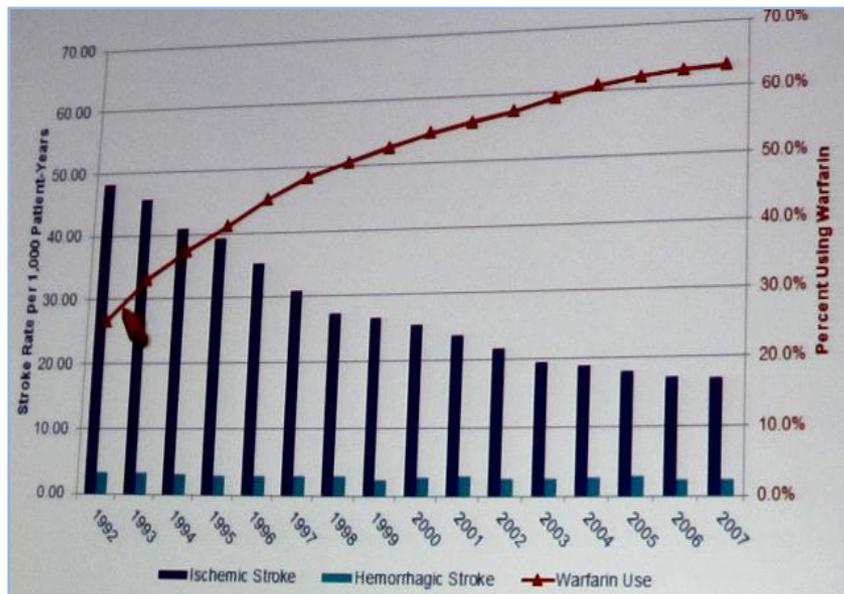


Через 12 месяцев АВК

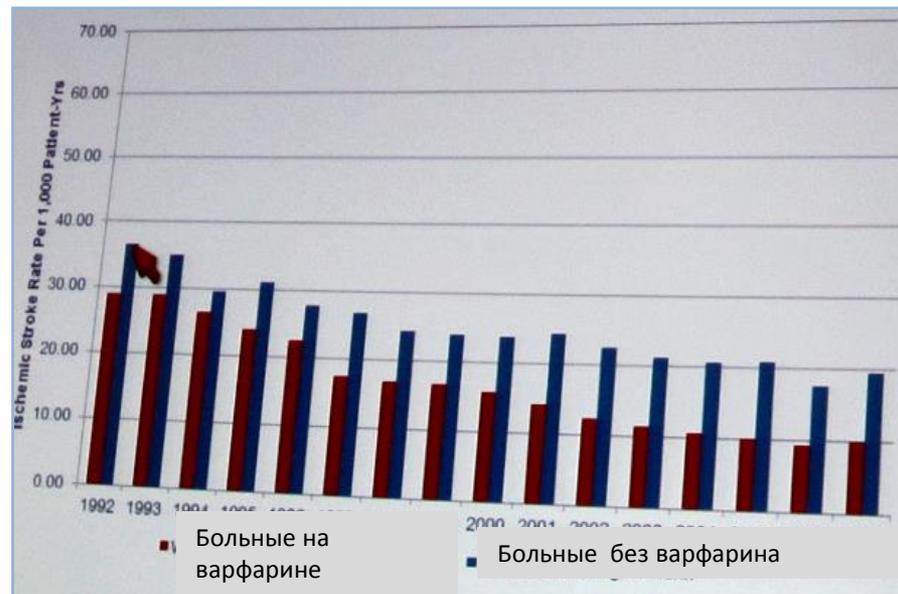
Назначение варфарина терапевтами и частота инсульта у больных ФП в США

(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

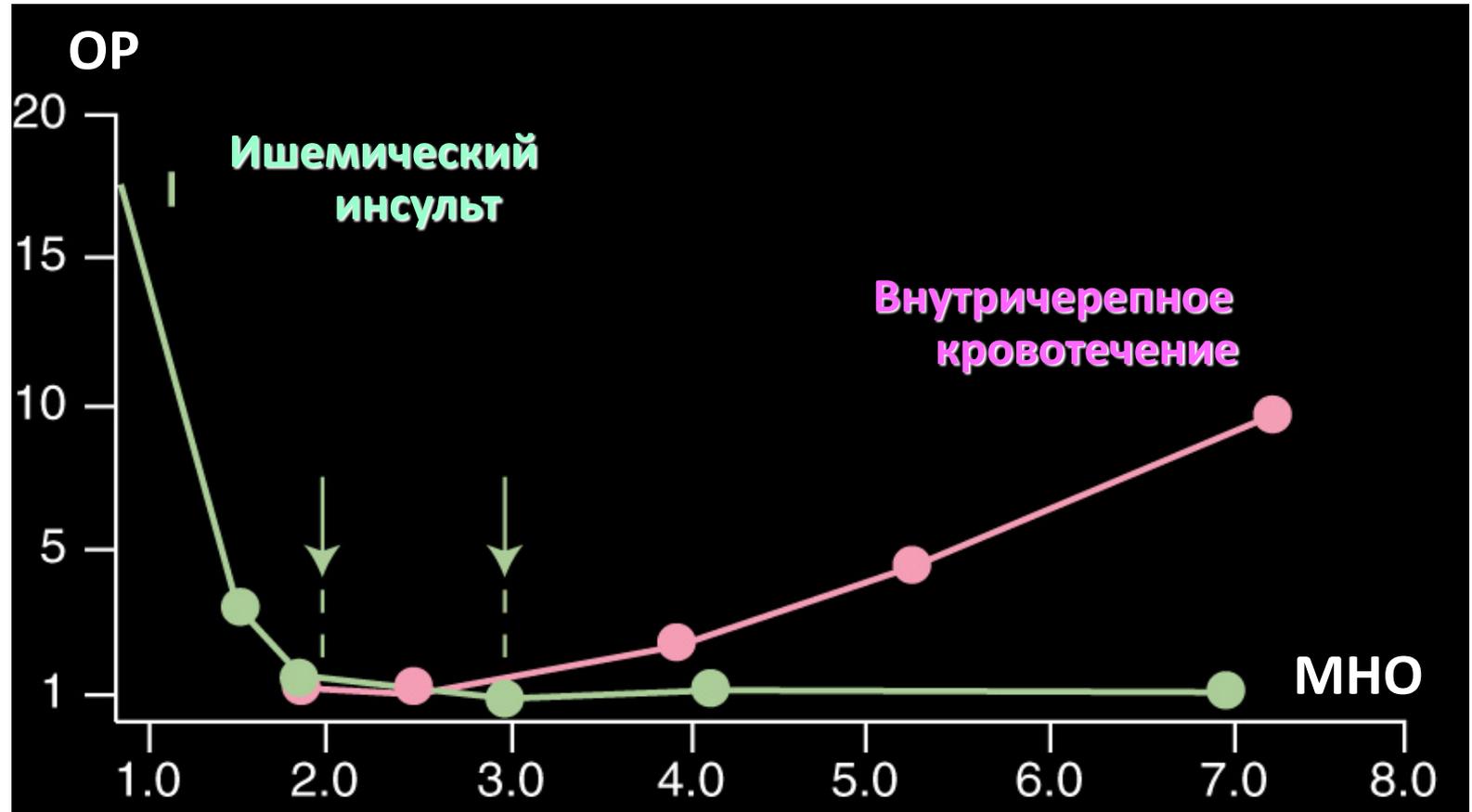


Динамика назначения варфарина и частоты ИИ за 1992-2007гг



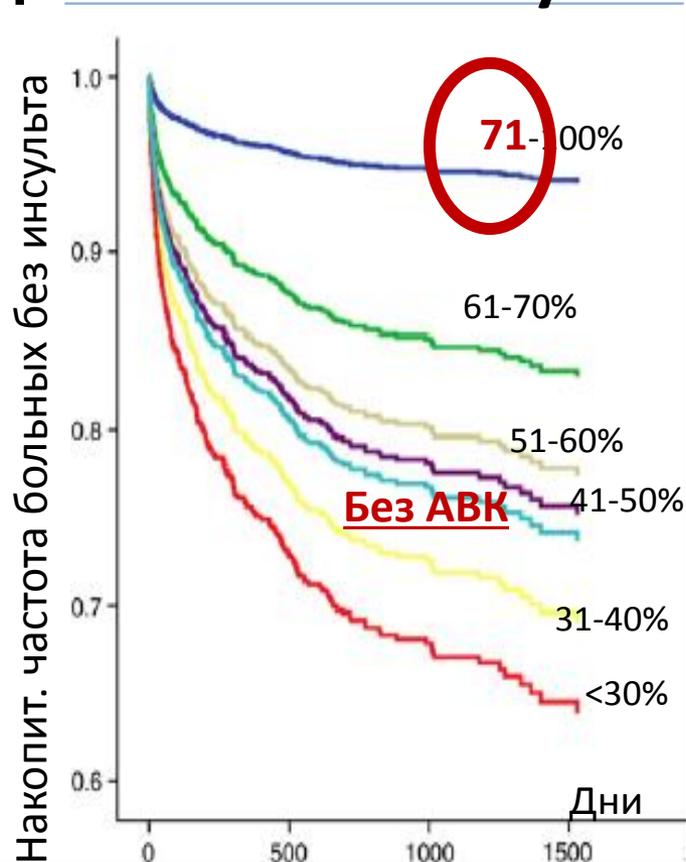
Частота ИИ в зависимости от приёма варфарина

Узкое терапевтическое окно варфарина

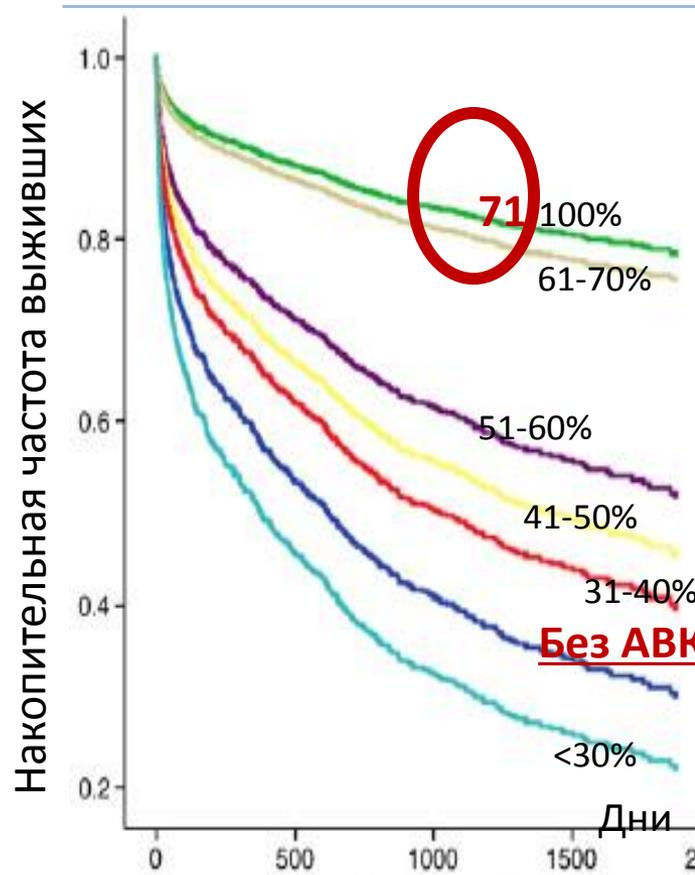


АДЕКВАТНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯЦИИ (TTR) И ИСХОДЫ БОЛЬНЫХ ФП С ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНСУЛЬТА (CHADS₂≥2)

Дожитие без инсульта



Выживаемость



- Если выбираете АВК, то TTR должно быть $\geq 70\%$

Процент измерений МНО, попавших в терапевтический диапазон (TTR), среди больных с ФП в США

Коагуляционные клиники

Samsa, 2000 (n = 43)

Menzin, 2005 (n = 600)

Hylek, 2007 (n = 306)

Nichol, 2008 (n = 351)

Все

Общая практика

Samsa, 2000 (n = 61)

Samsa, 2000 (n = 125)

McCormick, 2001 (n = 174)

Matchar, 2003 (n = 317)

Matchar, 2003 (n = 317)

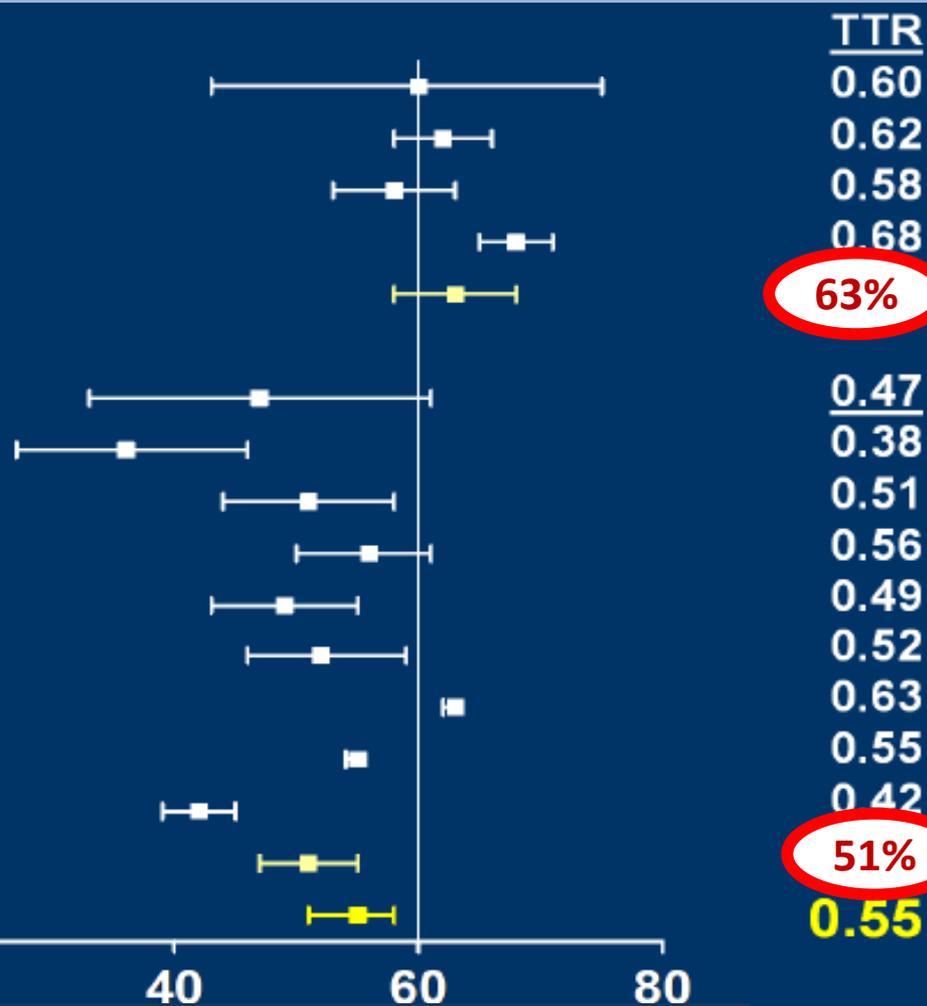
Go, 2003 (n = 7445)

Shen, 2007 (n = 11016)

Nichol, 2008 (n = 756)

Все

Все



Прогноз поддержания TTR >70% у больных, принимающих АВК. Шкала SAMeT₂R₂

| | | | Баллы |
|----|-----------------------|--|-------|
| S | Sex female | Женский пол | 1 |
| A | Age<60 | Возраст <60 лет | 1 |
| ME | Medical history | Более 2-х сопутствующих заболеваний (АГ, СД,ИБС, ИМ,АПАНК, ХСН, ИИ в анамнезе, заболевания печени/почек) | 1 |
| T | Treatment | Взаимодействующие лекарства (амиодарон) | 1 |
| T | Tobacco use (doubled) | Курение | 2 |
| R | Race (doubled) | Раса | 2 |

Marco Proietti^{1,2} and Gregory Y.H. Lip^{1,3*}

European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy (2015) 1, 150–152
doi:10.1093/ehjcvp/pvw012

Подход к выбору антикоагулянта у больных ФП

Пациент с впервые диагностированной ФП

Что выбрать АВК или НПАКГ?
Подсчитайте сумму баллов по шкале SAMeTT₂R₂

Если сумма баллов 0-2
Назначьте АВК
Цель TTR > 70%

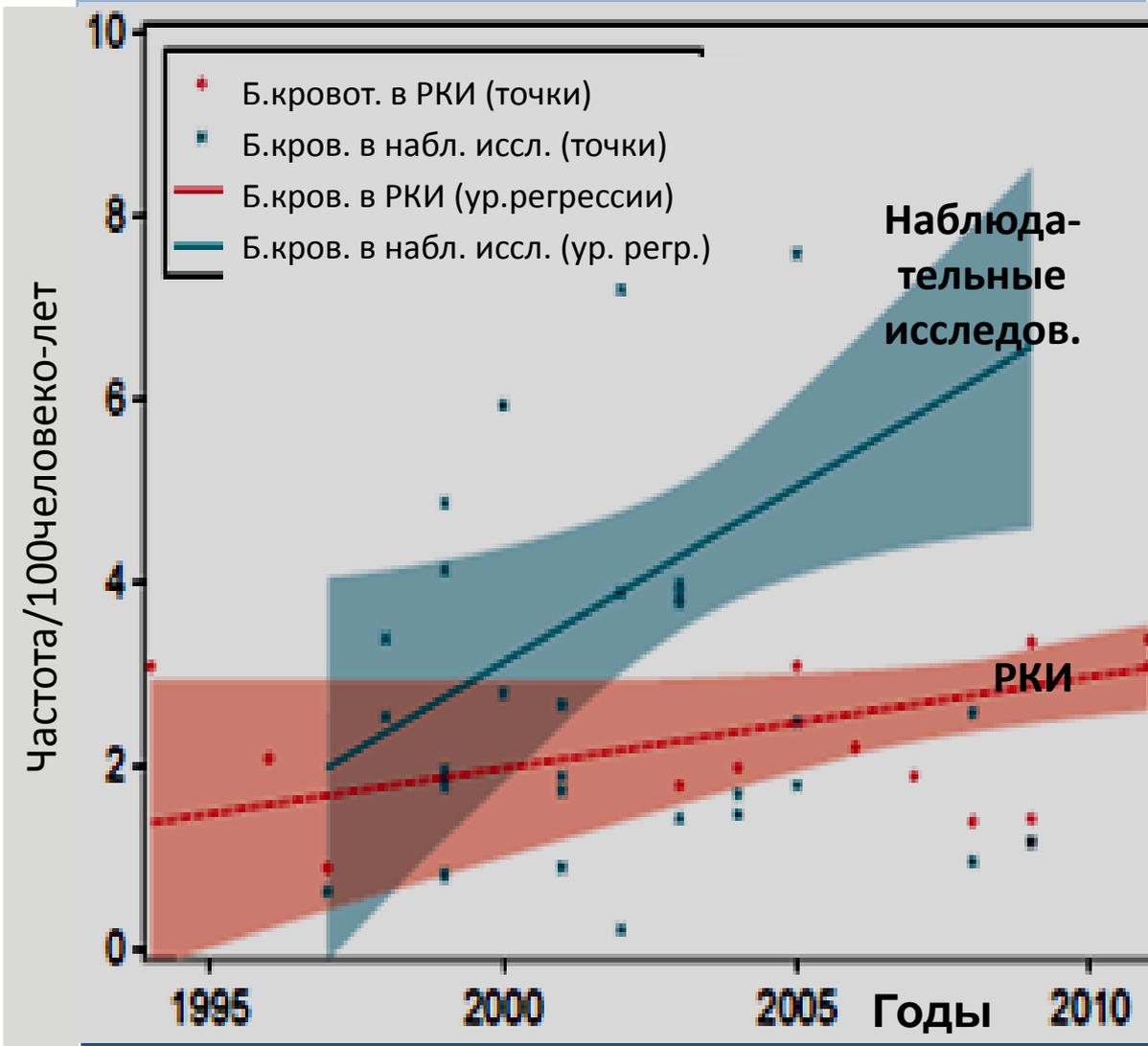
Если сумма баллов > 2
Назначьте НПАКГ

Если не удаётся поддерживать TTR > 70%

Marco Proietti^{1,2} and Gregory Y.H. Lip^{1,3*}

European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy (2015) 1, 150–152
doi:10.1093/ehjcvp/pvw012

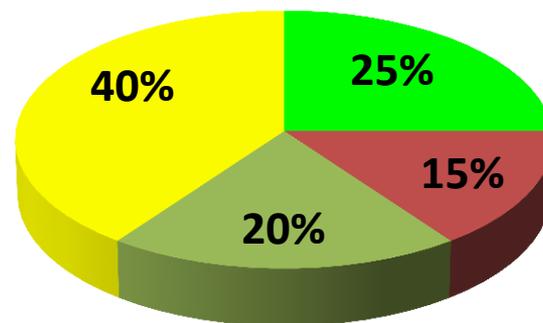
Большие кровотечения у больных ФП, получающих АВК



Факторы, оказывающие влияние на поддерживающую дозу варфарина

- Возраст
- Пол
- Вес
- Амиодарон
- Другие лекарства (ацетаминофен)
- Раса
- Содержание витамина К
- Декомпенсированная ХСН
- Активный рак
- Фармакогенетика варфарина (40%)

■ VKCORC1 ■ CYP2C9 ■ Возраст, пол, вес ■ Другие



ПАТОГЕНЕЗ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ ПРИ ФП

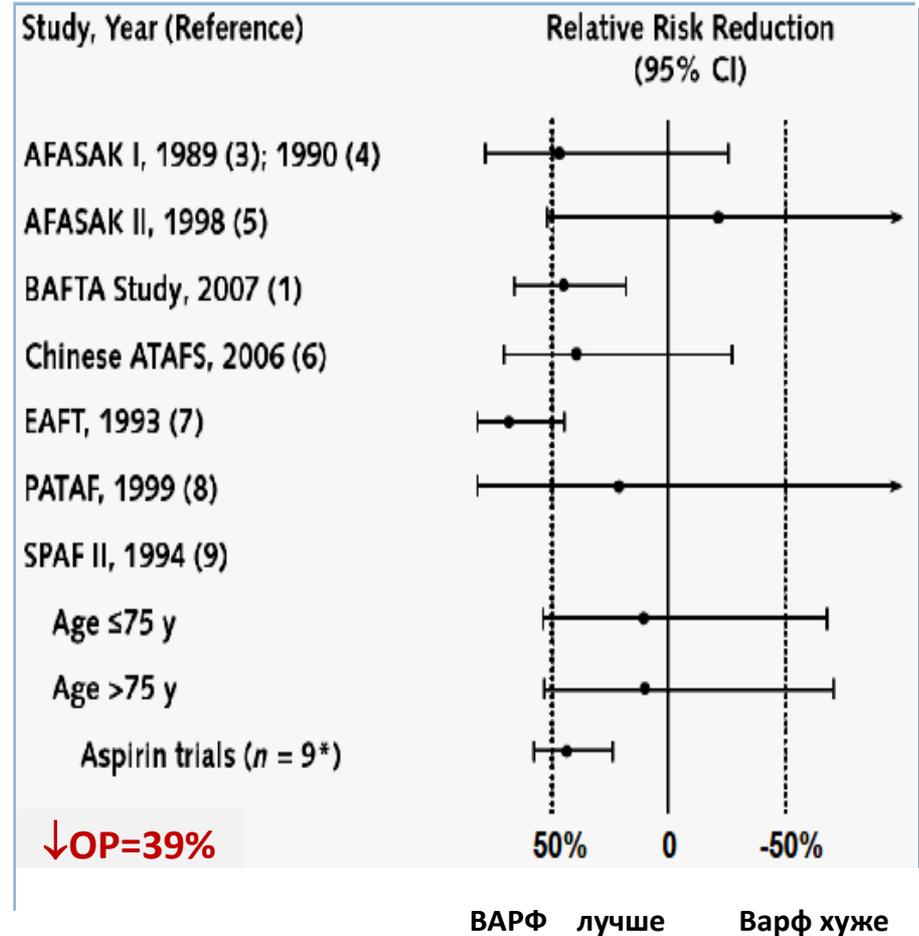


- чаще кардиоэмболическое происхождение
- тем не менее, 25% ИИ при ФП имеют атеротромботическую природу: атеросклероз сосудов головного мозга, атероматоз аорты (*Bogousslavsky J, et al, 1990; Miller VT et al, 1993*)
- примерно 50% пожилых больных ФП страдают АГ
- 12 % пожилых больных ФП имеют атеросклероз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

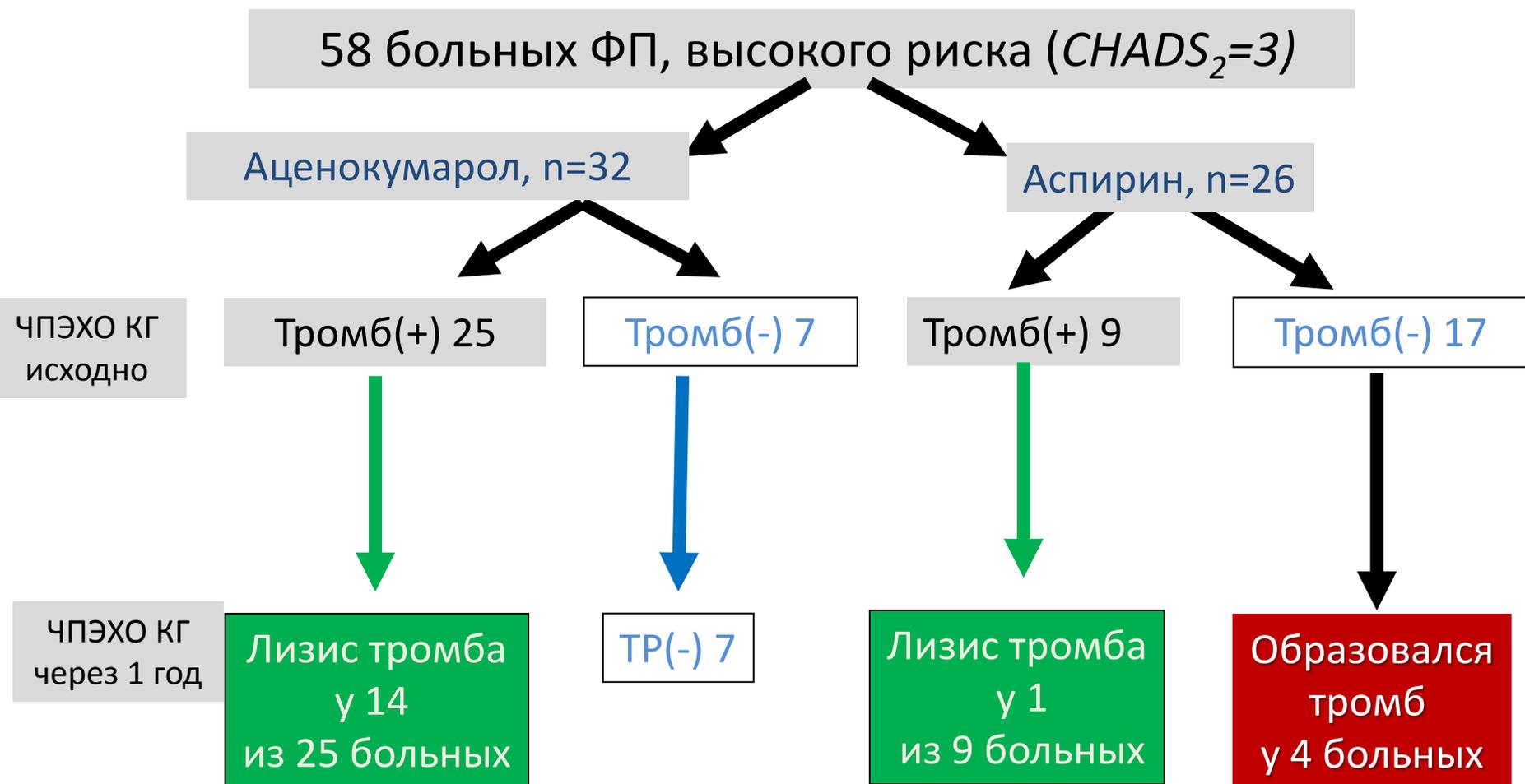
ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ ФП

- 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



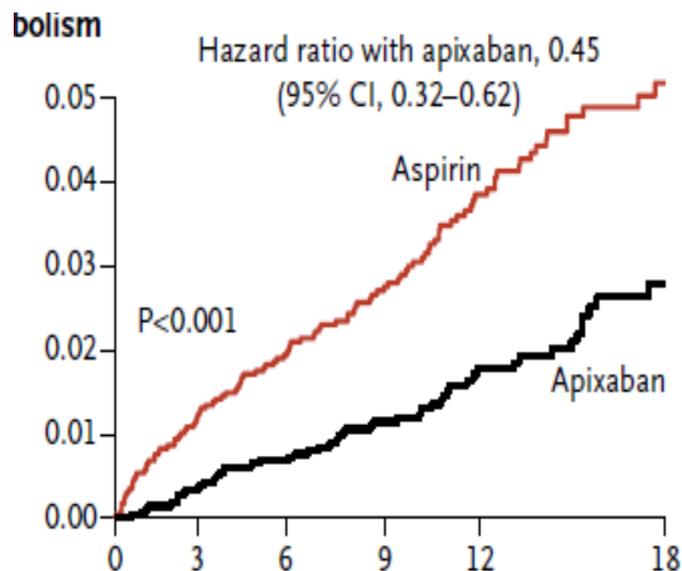
АСПИРИН НЕ ПРЕДОТВРАЩАЕТ ОБРАЗОВАНИЕ ТРОМБОВ В УЛП У БОЛЬНЫХ ФП С ВЫСОКИМ РИСКОМ ТЭ ОСЛОЖНЕНИЙ



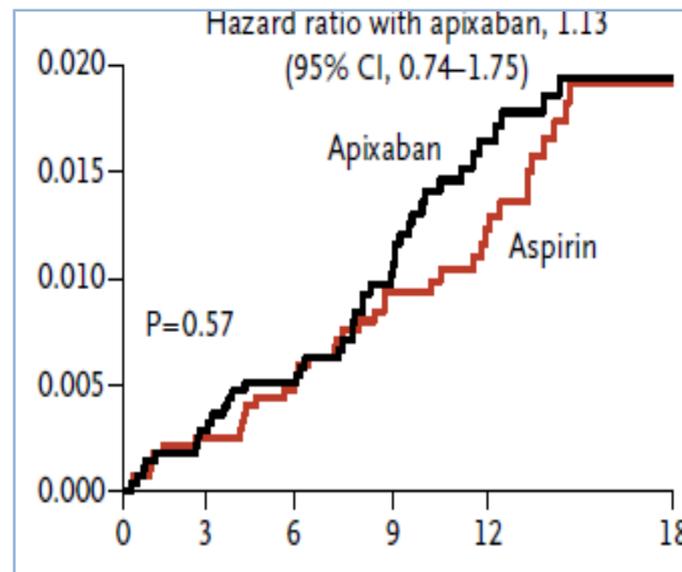
Апиксабан эффективнее аспирин при профилактике инсульта у больных ФП

Первичная конечная точка:

Σ : ИНСУЛЬТ + СТЭ



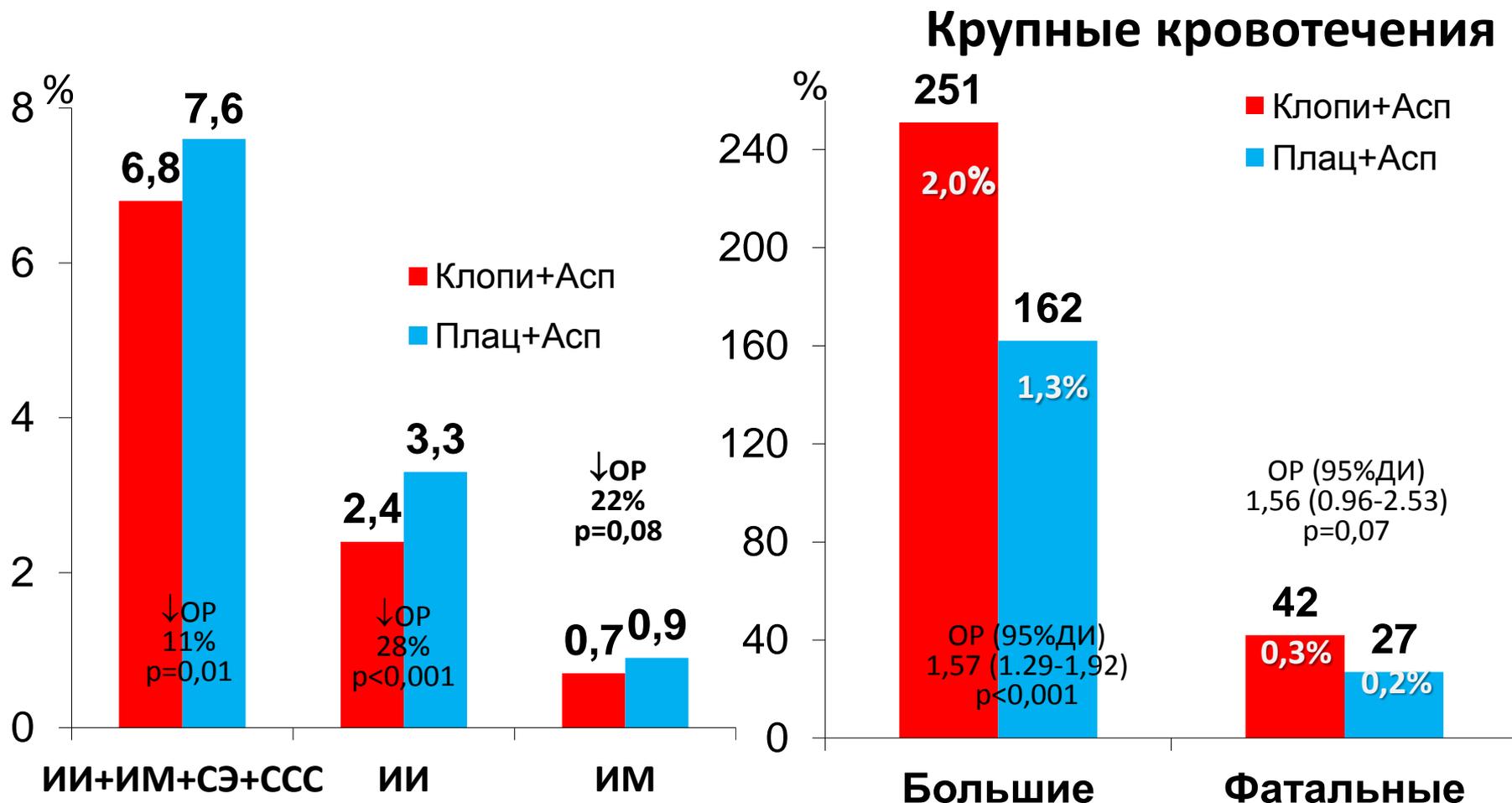
Большие кровотечения



Исследование AVERROES

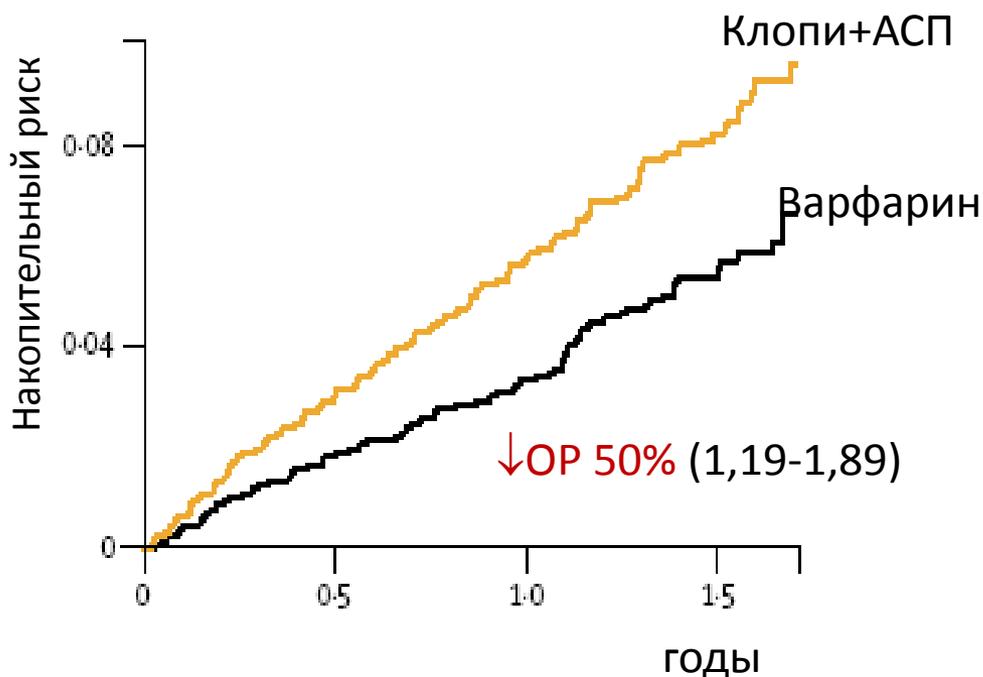
АСПИРИН+КЛОПИДОГРЕЛ ПРОТИВ АСПИРИНА У БОЛЬНЫХ ФП (ACTIVE-A)

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

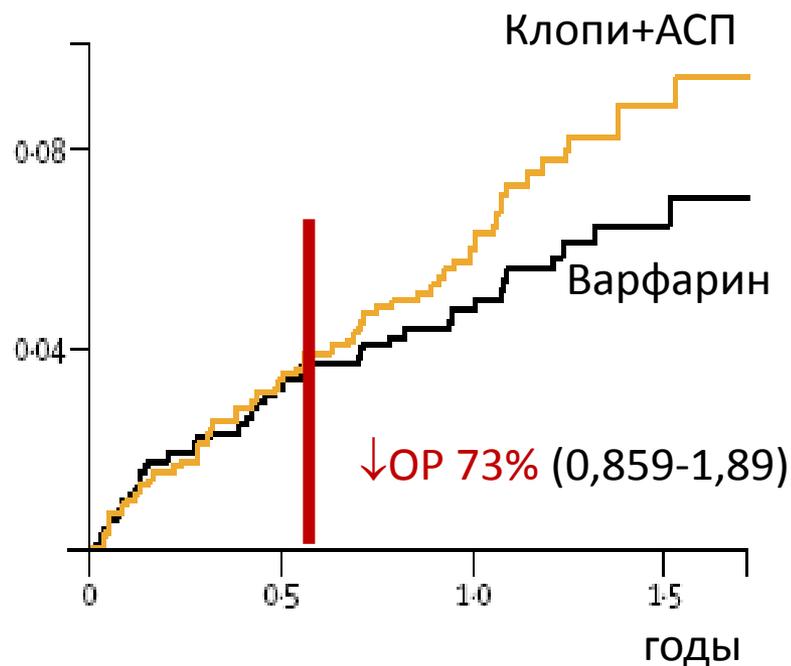


Варфарин эффективнее АСП+КЛОПИ для профилактики инсульта у больных ФП ACTIVE-W

ИНСУЛЬТ + ТЭ +ИМ +ССС



С опытом приёма варфарина



Без опыта приёма варфарина

Антитромботические препараты, изучавшиеся с целью профилактики инсульта при ФП

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

Новые пероральные АКГ. Сравнение 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% |

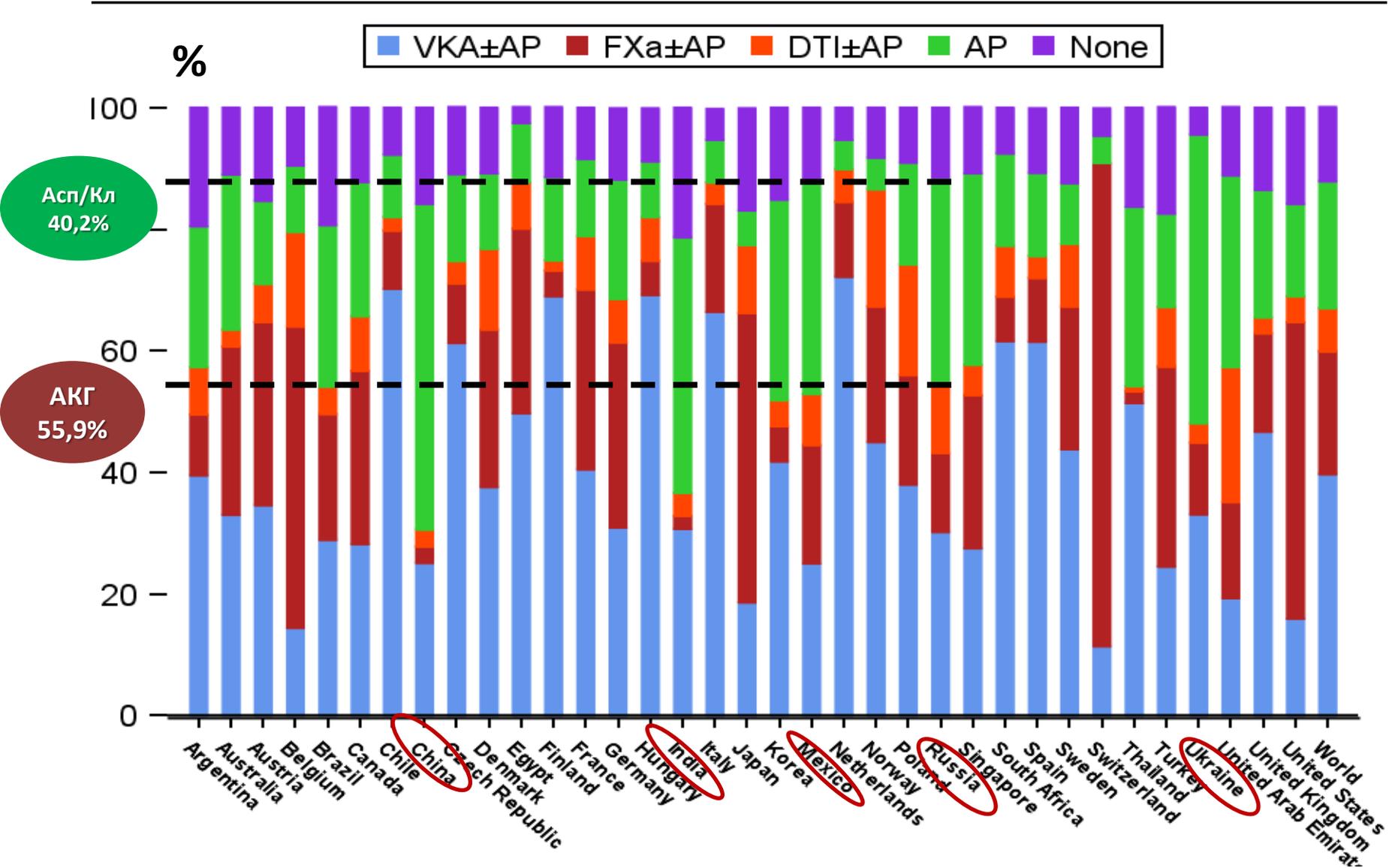
Характеристика больных ФП в исследованиях с НПАКГ

| | 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 |
| Σ баллов 0-1,% | 34 | 31,9 | 0 |
| Σ баллов 2-4,% | 35,8 | 35,6 | 13 |
| Σ баллов >5,% | 30 | 32,5 | 87 |
| 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 | 15,6 | 17,7 |
| Включение после И | Через 14 дн. | Через 7 дн. | Через 14 дн. |
| TTR (% измерений МНО в терапевтическом диапазоне) | 64% | 66% | 55% |

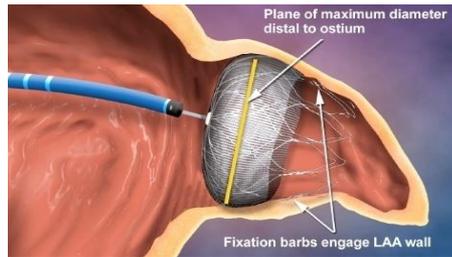
Класс-эффект трёх новых антикоагулянтов у пациентов с ФП

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

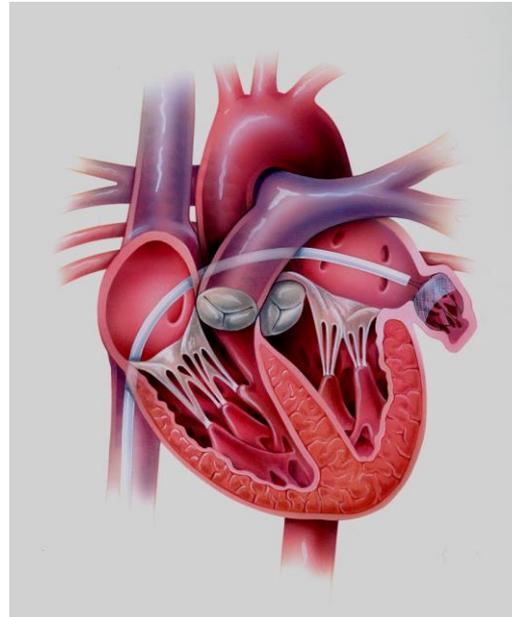
Антитромботическая терапия при включении в регистр



Специальные устройства для закрытия ушка левого предсердия



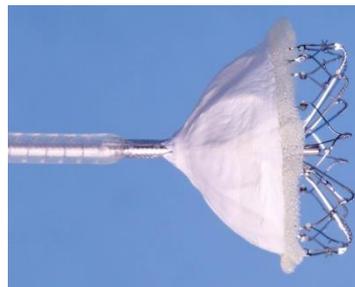
BSc/WATCHMAN®



Sentreheart/Lariat®



SJM/ACP®



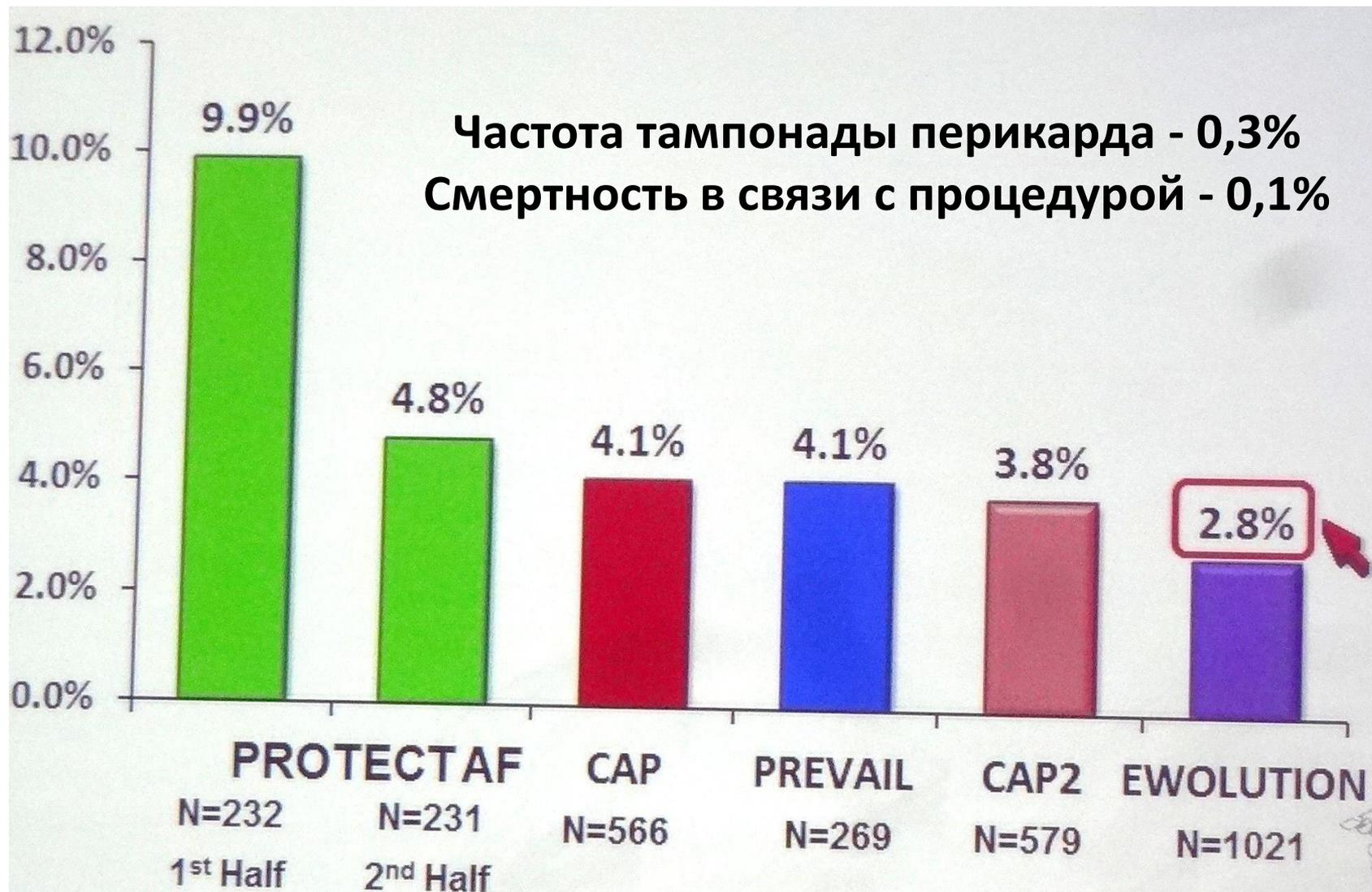
Coherex/InJ/Wavecrest®



Lifetech/Lambre®

Shephal Doshi MD
Director, Cardiac Electrophysiology
Providence Saint Johns Health Center
Pacific Heart Institute
Santa Monica, CA

Частота осложнений после установки окклюдера в УЛП уменьшается по мере приобретения опыта



Рекомендации по изоляции или хирургическому иссечению ушка левого предсердия



| Рекомендация | Класс | Уровень |
|--|-------|---------|
| Больным ФП, имеющим факторы риска инсульта, перенесшим процедуру хирургического иссечения или окклюзию ушка левого предсердия, рекомендовано продолжение терапии антикоагулянтами | I | B |
| Установку окклюдера в ушко левого предсердия с целью профилактики инсульта у пациентов ФП можно рассматривать при наличии противопоказаний к длительной терапии пероральными антикоагулянтами (например, жизнеугрожающее кровотечение из неустранимого источника в анамнезе) | IIb | B |
| Иссечение или изоляцию ушка левого предсердия с целью профилактики ИИ можно иметь в виду у пациентов с ФП, подвергаемых операции на сердце | IIb | B |
| Иссечение или изоляцию ушка левого предсердия с целью профилактики ИИ можно иметь в виду у пациентов с ФП, подвергаемых торакоскопическим вмешательствам в связи с ФП | IIb | B |

2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

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) of the ESC

Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

ESC Chairperson

Paulus Kirchhof

Institute of Cardiovascular Sciences
University of Birmingham
SWBH and UHB NHS Trusts
IBR Room 136, Wolfson Drive
Birmingham B15 2TT, United Kingdom

E-mail: p.kirchhof@bham.ac.uk

Co- Chairperson

Stefano Benussi

Department of Cardiovascular Surgery
University Hospital Zurich
Rämistrasse 100
8091 Zürich
Switzerland

E-mail: stefano.benussi@usz.ch

Task Force Members: Dipak Kotecha (UK), Anders Ahlsson (Sweden), Dan Atar (Norway), Barbara Casadei (UK), Manuel Castella (Spain), Hans-Christoph Diener (Germany), Hein Heidbuchel (Belgium), Jeroen Hendriks (The Netherlands), Gerhard Hindricks (Germany), Antonis S. Manolis (Greece), Jonas Oldgren (Sweden), Bogdan A. Popescu (Romania), Ulrich Schotten (The Netherlands), Bart Van Putte (The Netherlands), Panagiotis Vardas (Greece).



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 |



Оценка риска инсульта и кровотечения

| Рекомендация | Класс | Уровень |
|---|-------|---------|
| Для оценки риска инсульта у больных ФП рекомендуется использовать шкалу CHA2DS2-VASc | I | A |
| У больных ФП, получающих АКГ следует оценить риск кровотечения для выявления модифицируемых ФР больших кровотечений | IIa | B |
| Биомаркёры (в.ч.-TnT/I и pro-BNP) можно иметь в виду для оценки прогноза ИИ и кровотечений | IIb | B |

Профилактика ИИ/СЭ у больных ФП(1)

| Рекомендация | Класс | Уровень |
|--|-------|---------|
| Пероральные антикоагулянты рекомендованы больным мужского пола с суммой баллов по CHA2DS2-VASc ≥ 2 | I | A |
| Пероральные антикоагулянты рекомендованы больным женского пола с суммой баллов по CHA2DS2-VASc ≥ 3 | I | A |
| Назначение пероральных АКГ следует рассмотреть у мужчин с CHA2DS2-VASc =1, учитывая индивидуальные особенности и предпочтения больного | IIa | B |
| Назначение пероральных АКГ следует рассмотреть у женщин с CHA2DS2-VASc =2, учитывая индивидуальные особенности и предпочтения больного | IIa | B |
| У больных со средне-тяжёлым митральным стенозом или механическим искусственным клапаном рекомендованы АВК (МНО $\geq 2,0$ -3,0) | I | B |
| У «наивных» больных ФП, подходящих для назначения НОАК, последние предпочтительнее АВК | I | A |

Профилактика ИИ/СЭ у больных ФП(2)

| Рекомендация | Класс | Уровень | |
|---|-------|---------|---|
| В случае назначения АВК следует стремиться к тщательному контролю TTR | I | A | |
| У получающих АВК в случае низких значений TTR вопреки хорошей приверженности к лечению, при отсутствии противопоказаний (искусственные клапаны) можно перейти на НОАК | II b | A | |
| Комбинация АКГ+ антитромбоцитарные повышает риск кровотечений и при отсутствии иных показаний к её назначению, данную комбинацию следует избегать | III | B | |
| При отсутствии ФР у мужчин и женщин с ФП назначения АКГ и антитромбоцитарных препаратов следует избегать | III | B | |
| Антитромбоцитарные препараты не рекомендованы для профилактики инсульта , не смотря на имеющийся риск инсульта | III | A | |
| НОАК не рекомендованы у больных с механическими искусственными клапанами (Уровень B) и умеренным и тяжёлым митральным стенозом (Уровень C) | III | B | C |

Механический клапан или митральный стеноз (средней/тяжёлой степени)

Да

Нет

Определить риск на основе CHA₂DS₂-VASs

0^a

Без АКГ и
антиагрегантов
(IIIb)

1

АКГ следует
иметь в виду
(IIaB)

≥2

Показаны АКГ
Учесть п/показания
Коррекция обратимых ФР,
кровотечений

Окклюдер УЛП можно
иметь в виду для
больных с
отчётливыми
п/показаниями к АКГ
(IIbC)

НОАК (IA)^b

АВК (IA)^c

^a- включая женщин без др. ФР
^b – IIaB для женщин с 1-м
дополнительным ФР инсульта
^c- IB для больных с механическим
клапаном или митральным стенозом

Начало или продолжение антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП после ишемического инсульта или ТИА*

**Пациент с ФП и острыми ТИА или инсультом
Внутричерепное кровотечение исключено на КТ или МРТ**

ТИА

Небольшой инсульт
NIHSS#<8

Средний инсульт
NIHSS 8-15

Обширный инсульт
NIHSS≥16

Учитывайте дополнительные клинические факторы

| Факторы в поддержку раннего начала АКГ | Факторы в поддержку задержки лечения АКГ |
|--|--|
| Низкий индекс NIHSS<8 | Высокий индекс NIHSS≥8 |
| Небольшой размер/ отсутствие инфаркта мозга при визуализации | Инфаркт мозга больших или средних пазмеров при нейровизуализации |
| Высокий риск рецидива, в т.ч., внутрисердечный тромб | Нужна чрезкожная эндоскопическая гастростомия |
| Не нужна чрезкожная эндоскопическая гастростомия | Нужна каротидная хирургия |
| Не нужна каротидная хирургия | Геморрагическая трансформация |
| Нет геморрагической трансформации | Неврологическая нестабильность |
| Клинически стабильны | Пожилкой возраст |
| Молодой возраст | Плохо контролируемая АГ |
| Хорошо контролируемое АД | |

Оценить наличие
геморрагической трансформации
КТ или МРТ на 6 день

Оценить наличие
геморрагической трансформации
КТ или МРТ на 12 день

1 день после
острого события

3 день после
острого события

6 день после
острого события

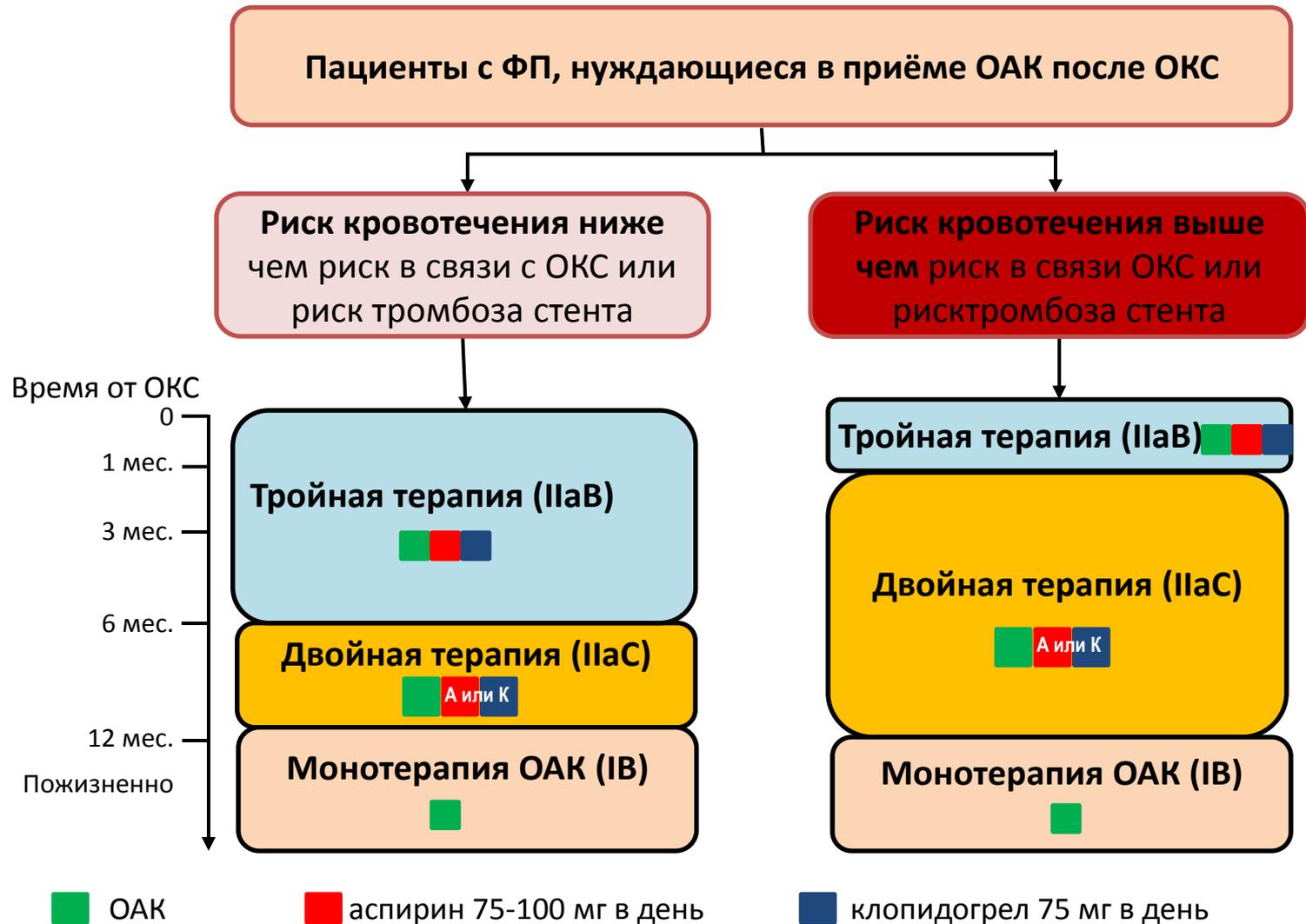
12 день после
острого события



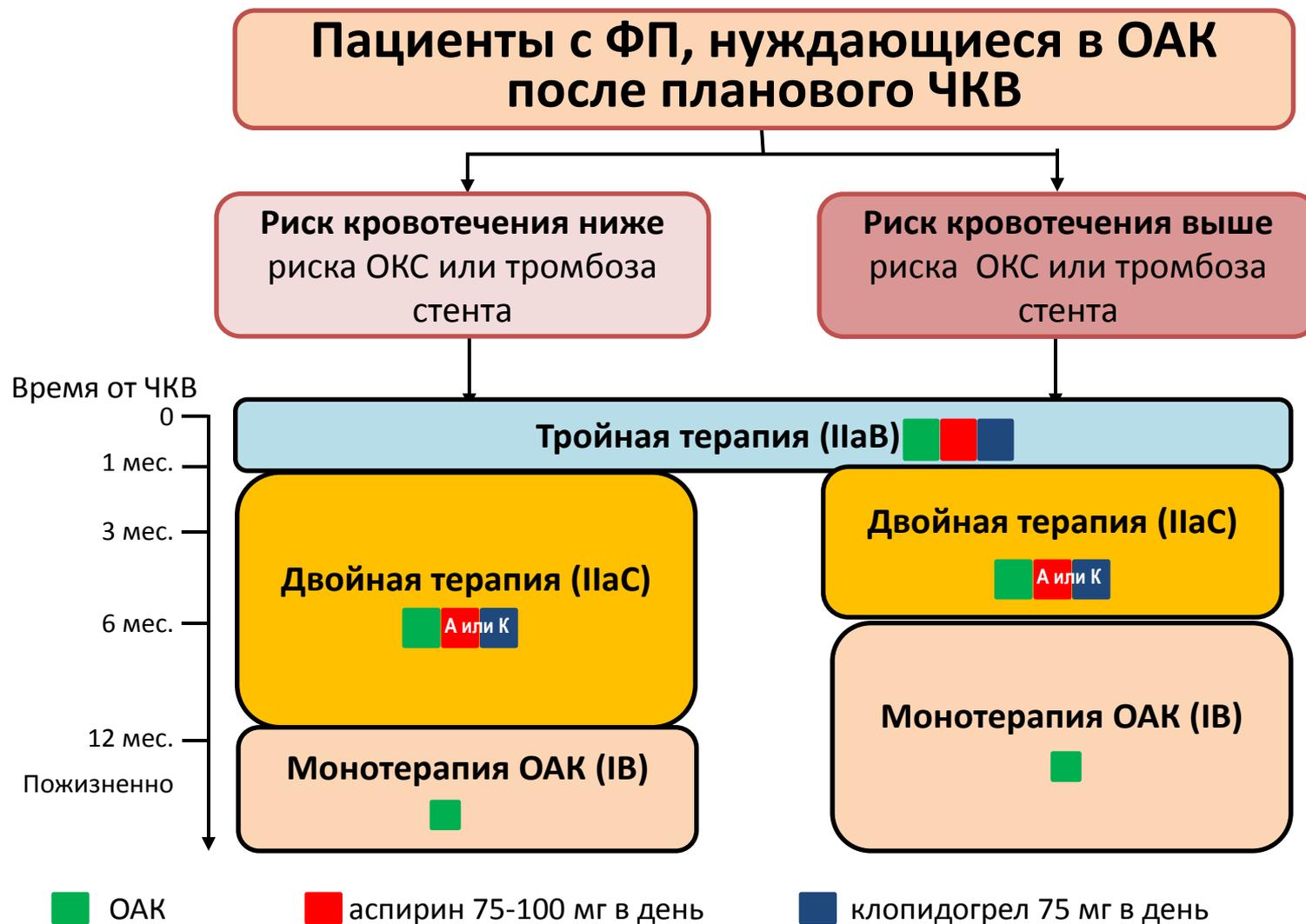
**Начало
терапии
ОАК**

*- данный подход основан на мнении экспертов, а не на доказательствах
#- NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale

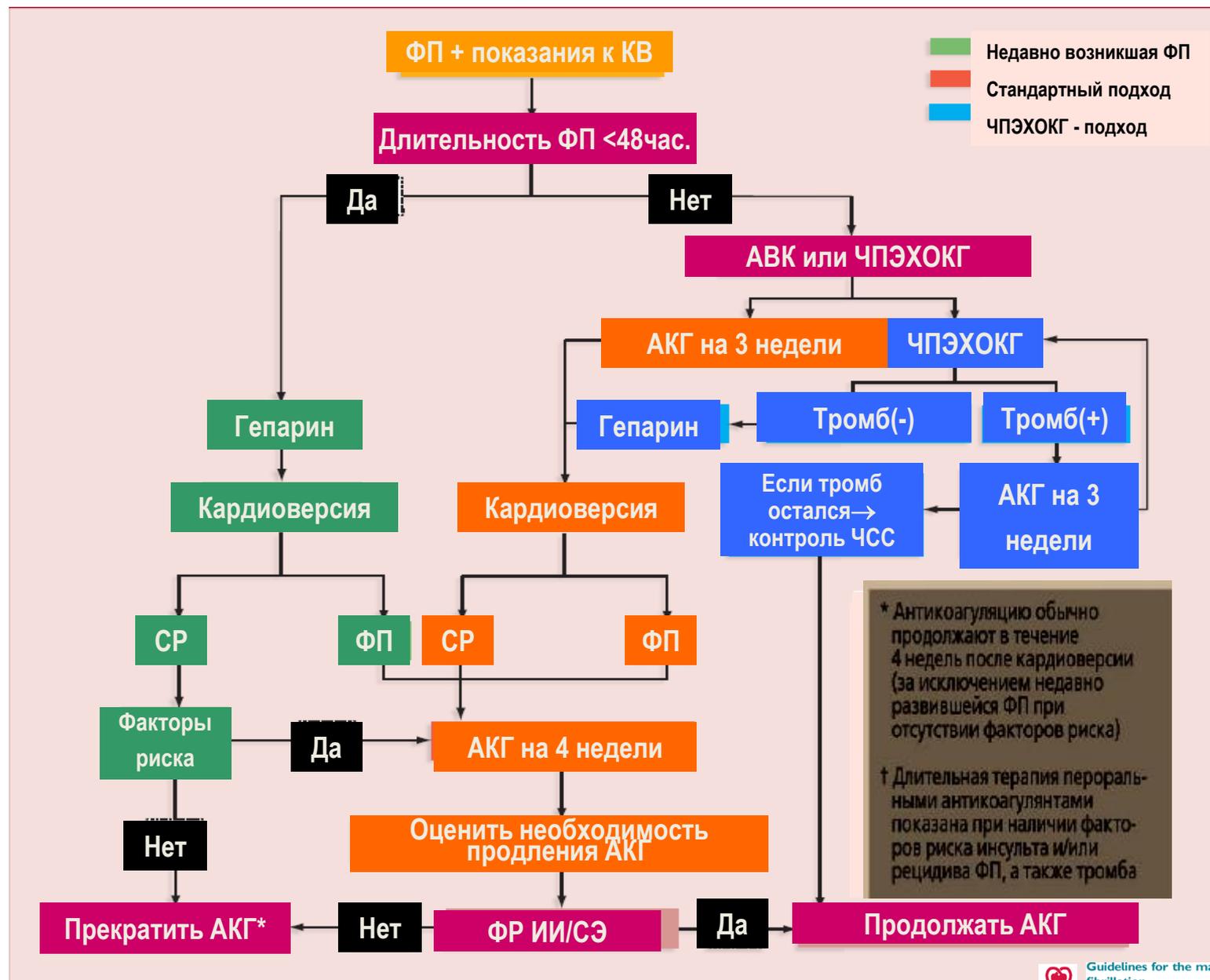
Антитромботическая терапия после острого коронарного синдрома при у пациентов с фибрилляции предсердий, нуждающихся в антикоагуляции



Антитромботическая терапия после планового ЧКВ у пациентов с фибрилляцией предсердий, нуждающихся в антикоагулянтах



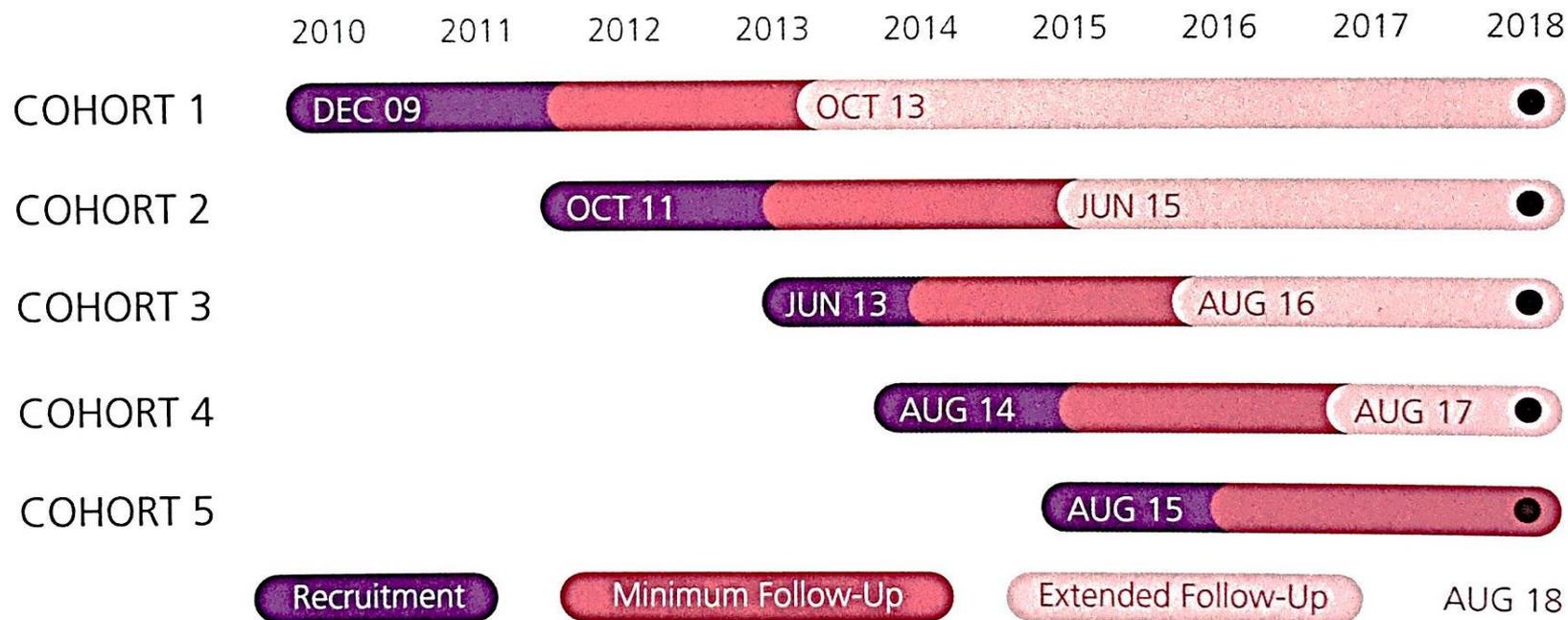
Стратегия проведения КВ у больных с ФП и стабильной гемодинамикой



Регистр GARFIELD –AF

Проспективный наблюдательный регистр пациентов с недавно диагностированной ФП и, как минимум, с одним ФР

- 5 независимых когорт – цель описать динамику клинической практики с 2010 года
- >57 000 пациентов
- 35 стран
- 1000 центров
- 2-8 лет наблюдения после диагноза ФП



ClinicalTrials.gov identifier: NCT01090362

Характеристика больных ФП в РФ по данным регистра GARFIELD-AF

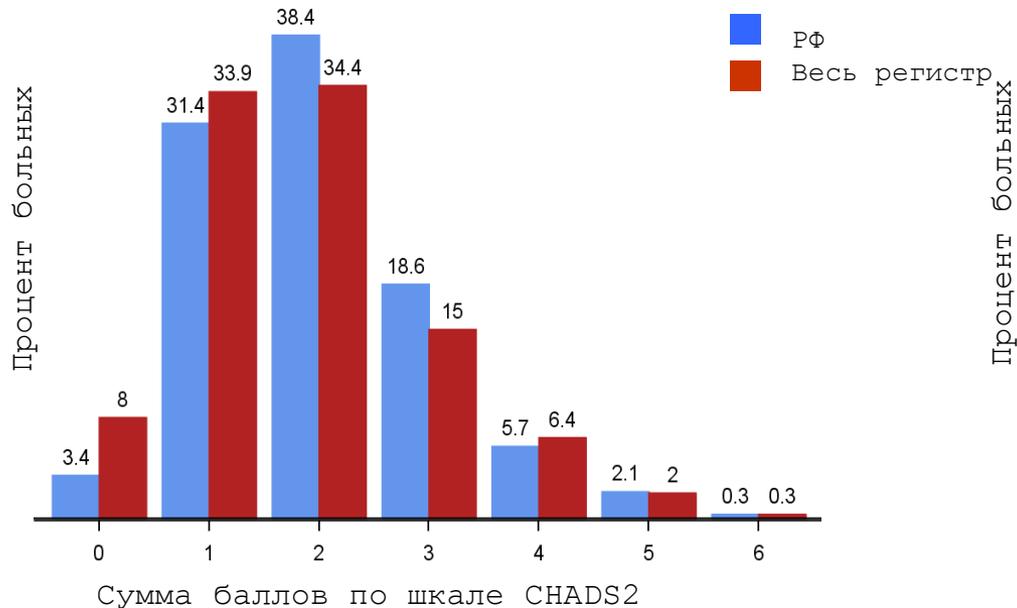
2128 больных с ФП

Время, прошедшее после диагноза ФП - 1,87 недель

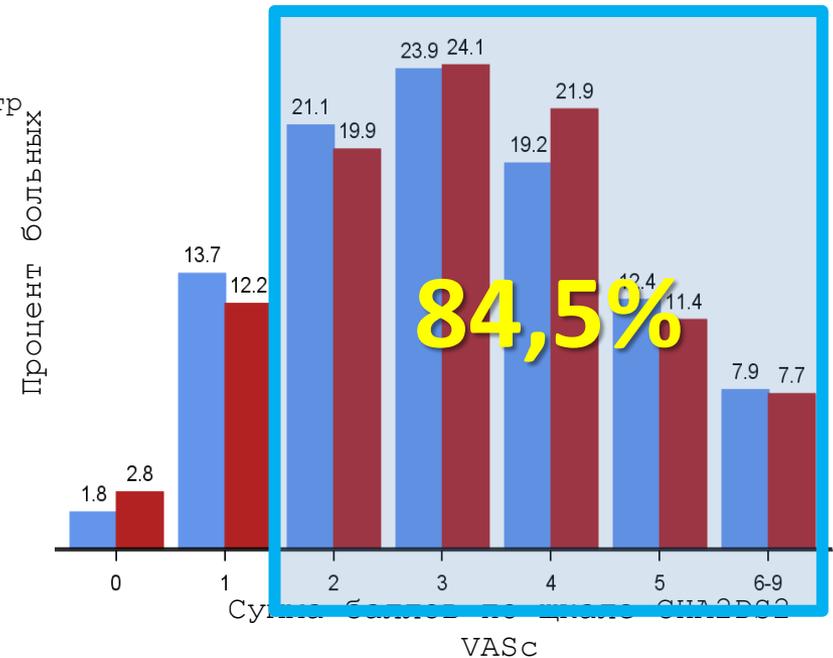
- Половина (49,6%) больных ФП моложе 65 лет
- ХСН - 50%
- ИБС - 51,4%
- Гиперхолестеринемия - 56,1%
- CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов (высокий риск инсульта/ТЭ) - 84,5%
- Антитромботическая терапия:
 - Антикоагулянты - 54,9%
 - Аспирин - 33,6%
 - Ничего - 11,5%

Распределение больных в зависимости от риска инсульта

CHADS2

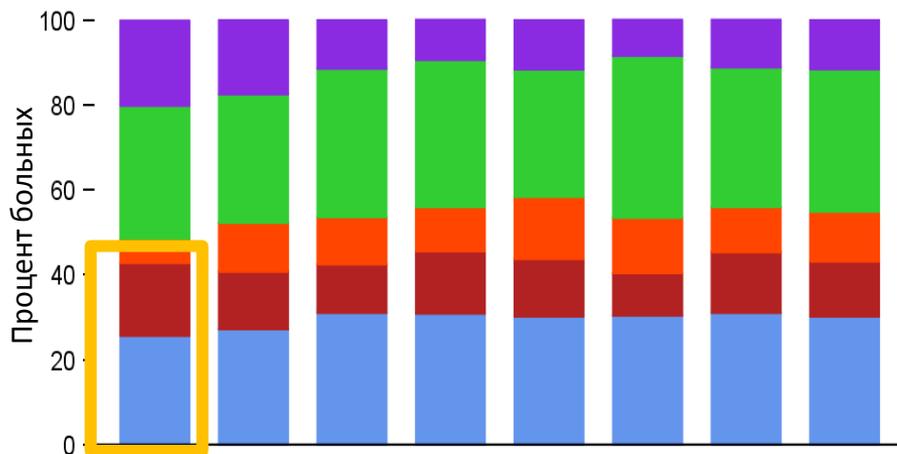


CHA2DS2 VASc



Антитромботическая терапия у больных с недавно возникшей фибрилляцией предсердий в зависимости от риска ИИ/СЭ

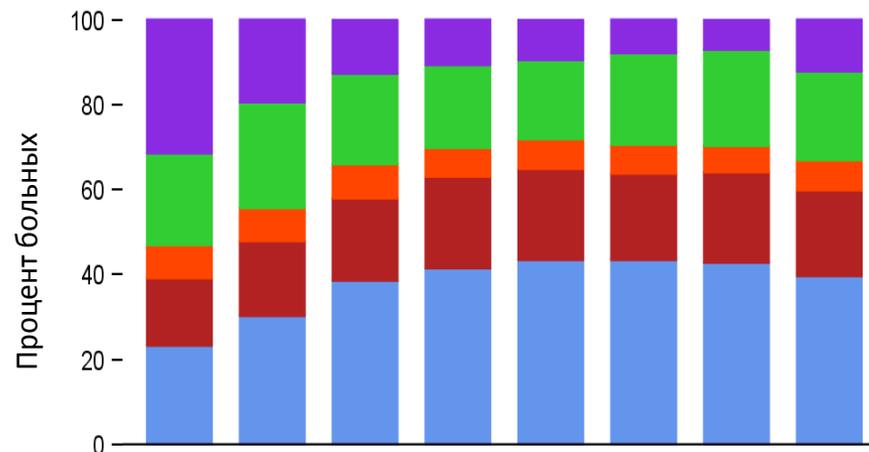
■ АВК±АТ
 ■ Анти Ха±АТ
 ■ Даби±АТ
 ■ АТ
 ■ Ничего



| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6-9 | Все |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| АВК±АТ | 25.7 | 27.2 | 31.1 | 30.9 | 30.2 | 30.4 | 31.1 | 30.2 |
| АнтиХа±АТ | 17.1 | 13.6 | 11.4 | 14.7 | 13.6 | 10 | 14.3 | 13 |
| Даби±АТ | 5.7 | 11.5 | 11.1 | 10.4 | 14.6 | 13.1 | 10.6 | 11.7 |
| АТ | 31.4 | 30.3 | 35 | 34.7 | 30 | 38.1 | 32.9 | 33.6 |
| Ничего | 20 | 17.4 | 11.4 | 9.4 | 11.6 | 8.5 | 11.2 | 11.5 |

Сумма баллов по шкале CHA2DS2 VASc

А. Россия (n=2128)

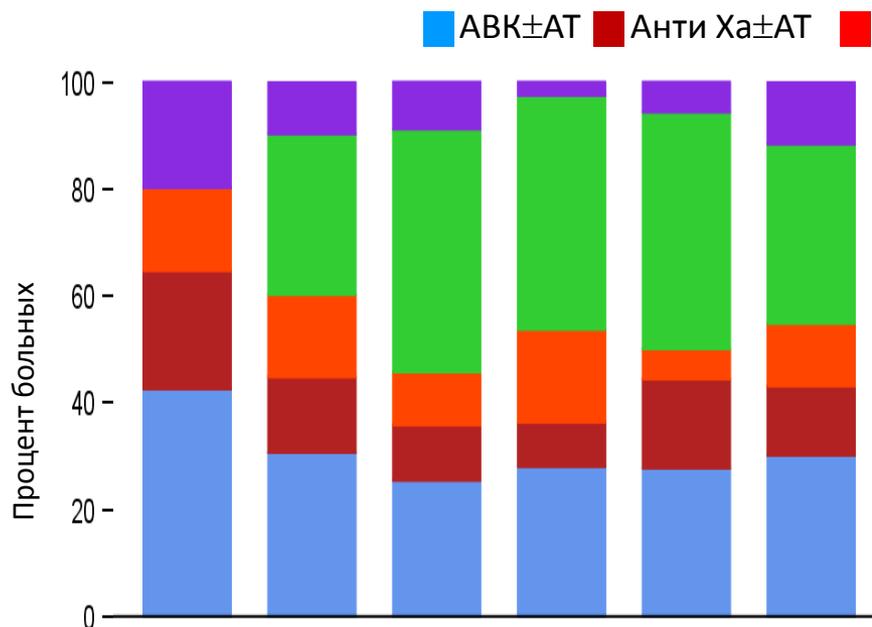


| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6-9 | Все |
|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| АВК±АТ | 23.3 | 30.3 | 38.6 | 41.5 | 43.5 | 43.5 | 42.8 | 39.7 |
| АнтиХа±АТ | 15.9 | 17.6 | 19.4 | 21.6 | 21.4 | 20.3 | 21.3 | 20.2 |
| Даби±АТ | 7.8 | 7.8 | 8 | 6.8 | 7 | 6.8 | 6.2 | 7.1 |
| АТ | 21.6 | 24.9 | 21.4 | 19.5 | 18.7 | 21.6 | 22.7 | 20.9 |
| Ничего | 31.5 | 19.5 | 12.6 | 10.7 | 9.4 | 7.9 | 7 | 12.2 |

Сумма баллов по шкале CHA2DS2 VASc

Б. Весь регистр (n=51270)

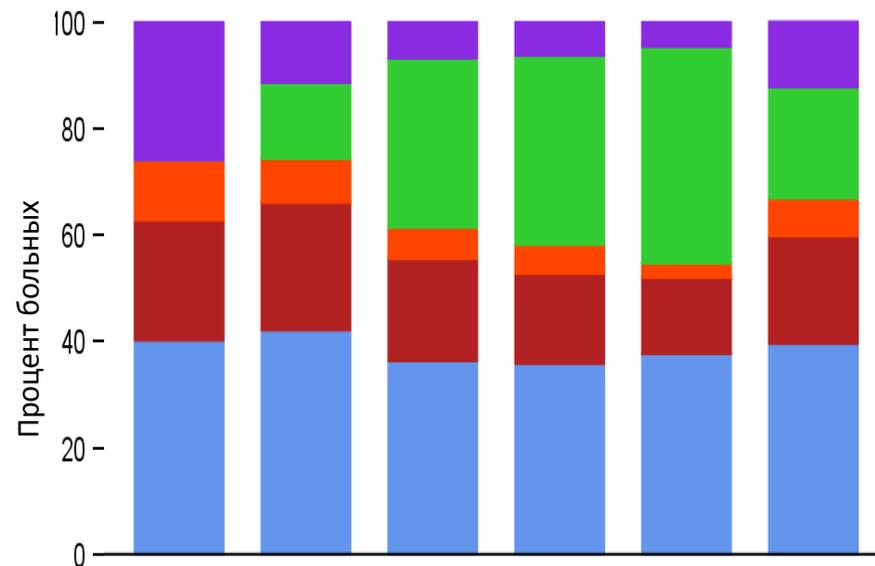
Антитромботическая терапия у больных с недавно возникшей фибрилляцией предсердий в зависимости от риска кровотечения



| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Все |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| AVK±AT | 42.6 | 30.7 | 25.5 | 28.1 | 27.8 | 30.2 |
| АнтиХа±АТ | 22.2 | 14.2 | 10.4 | 8.3 | 16.7 | 13 |
| Даби±АТ | 15.5 | 15.4 | 9.9 | 17.4 | 5.6 | 11.7 |
| АТ | 0 | 30.1 | 45.5 | 43.8 | 44.4 | 33.6 |
| Ничего | 19.8 | 9.6 | 8.8 | 2.5 | 5.6 | 11.5 |

Сумма баллов по шкале HAS BLED

А. Россия (n=2128)

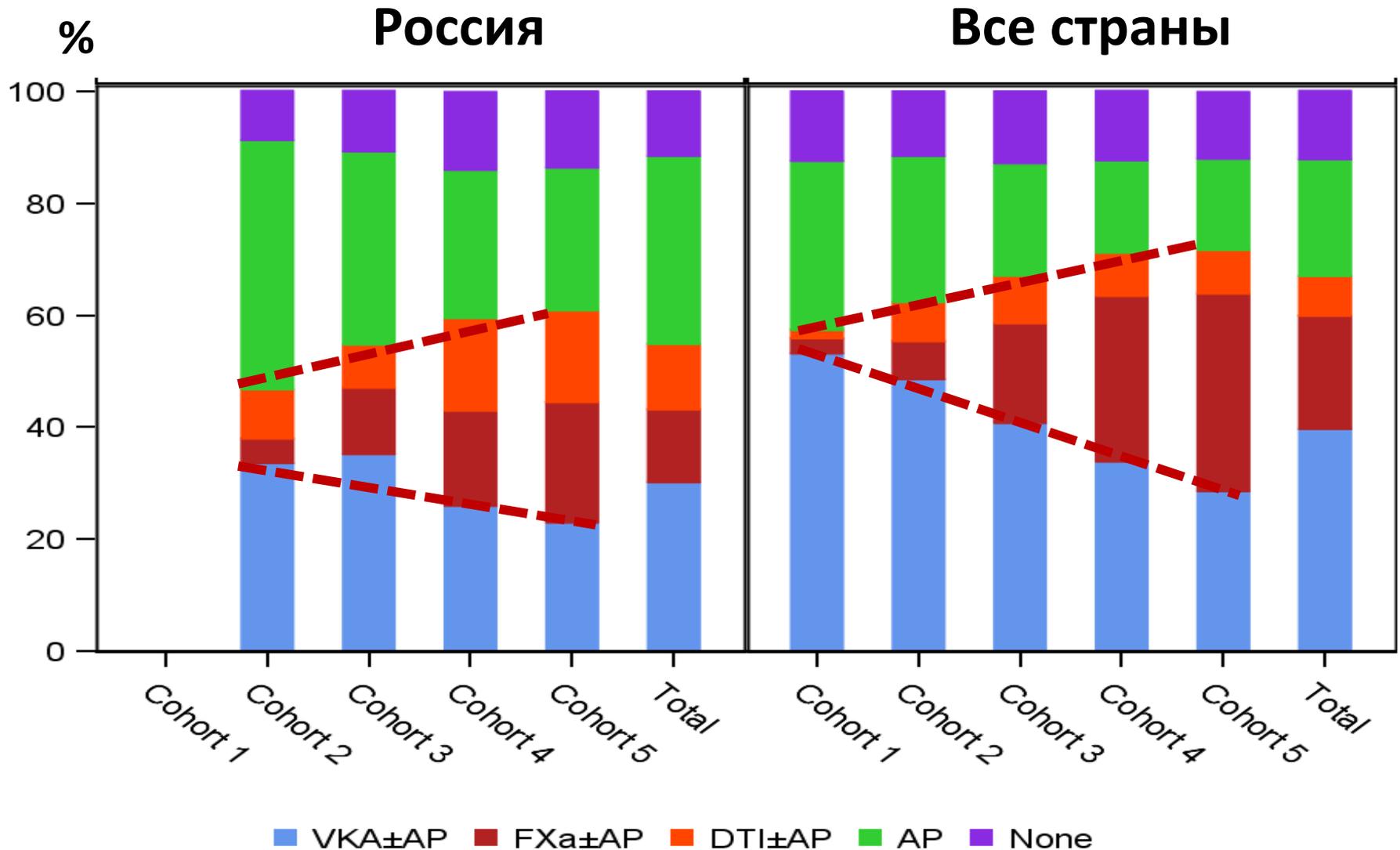


| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4-9 | Все |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| AVK±AT | 40.3 | 42.2 | 36.4 | 35.9 | 37.7 | 39.7 |
| АнтиХа±АТ | 22.6 | 24 | 19.2 | 16.9 | 14.4 | 20.2 |
| Даби±АТ | 11.3 | 8.2 | 5.9 | 5.5 | 2.7 | 7.1 |
| АТ | 0 | 14.3 | 31.8 | 35.5 | 40.7 | 20.9 |
| Ничего | 25.8 | 11.3 | 6.7 | 6.2 | 4.5 | 12.2 |

Сумма баллов по шкале HAS BLED

Б. Весь регистр (n=51270)

Антитромботическая терапия при включении в регистр. Анализ когорт



- **Наметилась положительная динамика в частоте назначения пероральных АКГ врачами**
- **Доля врачей не назначивших антикоагулянт пациенту ФП с суммой баллов ≥ 2 по шкале CHA2DS2Vasc снизилась с 43,1% до 20,7%**



Two-year outcomes of patients with newly diagnosed atrial fibrillation: results from GARFIELD-AF

Jean-Pierre Bassand^{1,2*}, Gabriele Accetta², Alan John Camm³, Frank Cools⁴, David A. Fitzmaurice⁵, Keith A.A. Fox⁶, Samuel Z. Goldhaber⁷, Shinya Goto⁸, Sylvia Haas⁹, Werner Hacke¹⁰, Gloria Kayani², Lorenzo G. Mantovani¹¹, Frank Misselwitz¹², Hugo ten Cate¹³, Alexander G.G. Turpie¹⁴, and Freek W.A. Verheugt^{15,16}, and Ajay K. Kakkar^{2,17}, for the GARFIELD-AF Investigators[†]

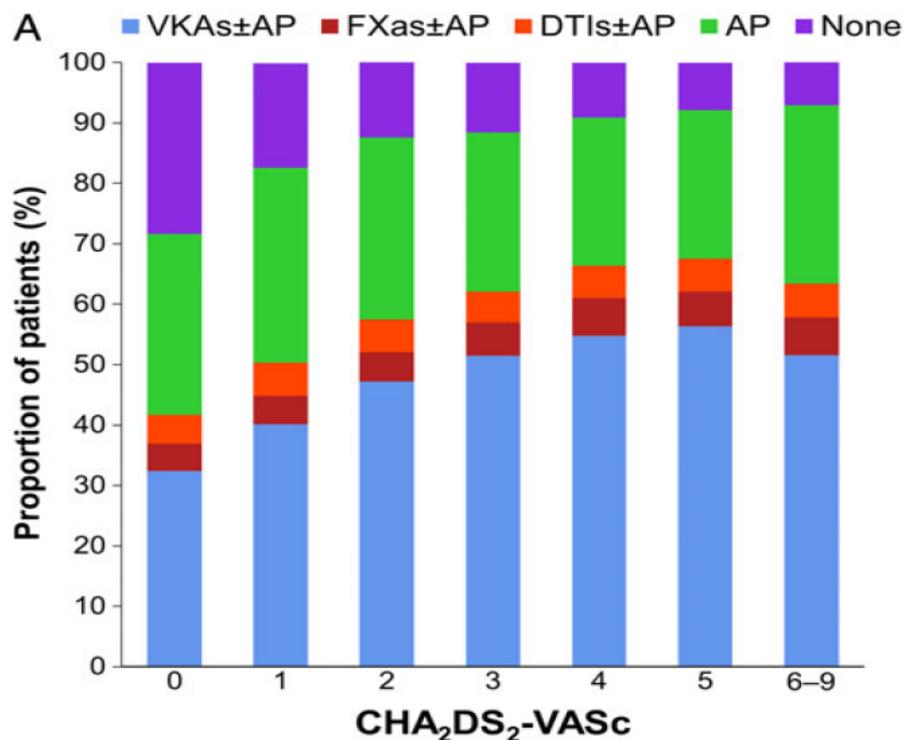
¹University of Besançon, Besançon, France; ²Thrombosis Research Institute, Emmanuel Kaye Building, Manresa Road, London SW3 6LR, UK; ³St George's University of London, London, UK; ⁴AZ Klina, Brasschaat, Belgium; ⁵University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham, UK; ⁶University of Edinburgh, Edinburgh, UK; ⁷Brigham and Women's Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ⁸Tokai University, Kanagawa, Japan; ⁹Formerly Technical University of Munich, Munich, Germany; ¹⁰University of Heidelberg, Heidelberg, Germany; ¹¹University of Milano-Bicocca, Milan, Italy; ¹²Bayer HealthCare Pharmaceuticals, Berlin, Germany; ¹³Cardiovascular Research Institute Maastricht, Maastricht, The Netherlands; ¹⁴McMaster University, Hamilton, Canada; ¹⁵University Hospital, Nijmegen; ¹⁶Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, The Netherlands; and ¹⁷University College London, London, UK

Received 27 October 2015; revised 30 March 2016; accepted 29 April 2016

Исходы у больных с недавно установленной ФП

Регистр GARFIELD

- Впервые установленная ФП, Регистр GARFIELD AF (1+2когорты) n=17162
- Возраст - 69,8 лет, женщины - 43,8%, CHA₂DS₂-VASc - 3,3, АКГ - 60,8%



| Исходы за 2 года наблюдения | Событие/ 100 чел./лет |
|-----------------------------|-------------------------|
| Смерть вся | 3,83 (3,62-4,05) |
| - CCC | 1,55 (1,42;1,70) |
| - не CCC | 1,37 (1,25;1,51) |
| - неуточн. причина | 0,91 (0,81;1,02) |
| Инсульт/ТЭ | 1,25 (1,13-1,38) |
| Большое кровотечение | 0,70 (0,62;0,81) |
| ОКС | 0,63 (0,55;0,73) |
| ХСН | 2,41 (2,24;2,59) |

АНТИКОАГУЛЯНТЫ СНИЖАЮТ СМЕРТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ФП (GARFIELD-AF)

