



## Программа «Терапевт нашего времени»

ТЕМА

7

«У бездны на краю...»

фибриляция предсердий

кардиологический пациент

алгоритм диагностики и лечения



*«Есть упоение в бою  
У бездны мрачной на краю,  
И в Аравийском урагане,  
И в дуновении Мумы...»*

*Пушкин А. С.*



Мерцательная аритмия –

в переводе

«бред

сердца»,

«сумасшествие».

# Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенное нарушение сердечного ритма.

ФП ассоциирована с кардиоваскулярной патологией.

**Встречается у каждого:**



**3-го** пациента  
с хронической сердечной  
недостаточностью (ХСН)



**4-го**, перенесшего  
ишемический инсульт (ИИ)



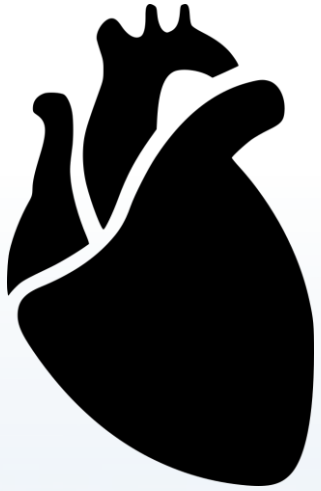
**5-го** с тромбоэмболией  
лёгочных артерий (ТЭЛА)



**10-го** после перенесенного  
инфаркта миокарда (ИМ)

Больные с ФП по сравнению с пациентами без ФП имеют:

- в 5 раз выше риск инсульта
- в 2 раза выше риск смерти.



**Фибрилляция предсердий** – это беспорядочное возбуждение и сокращение различных участков миокарда предсердий вместо согласованного его сокращения.

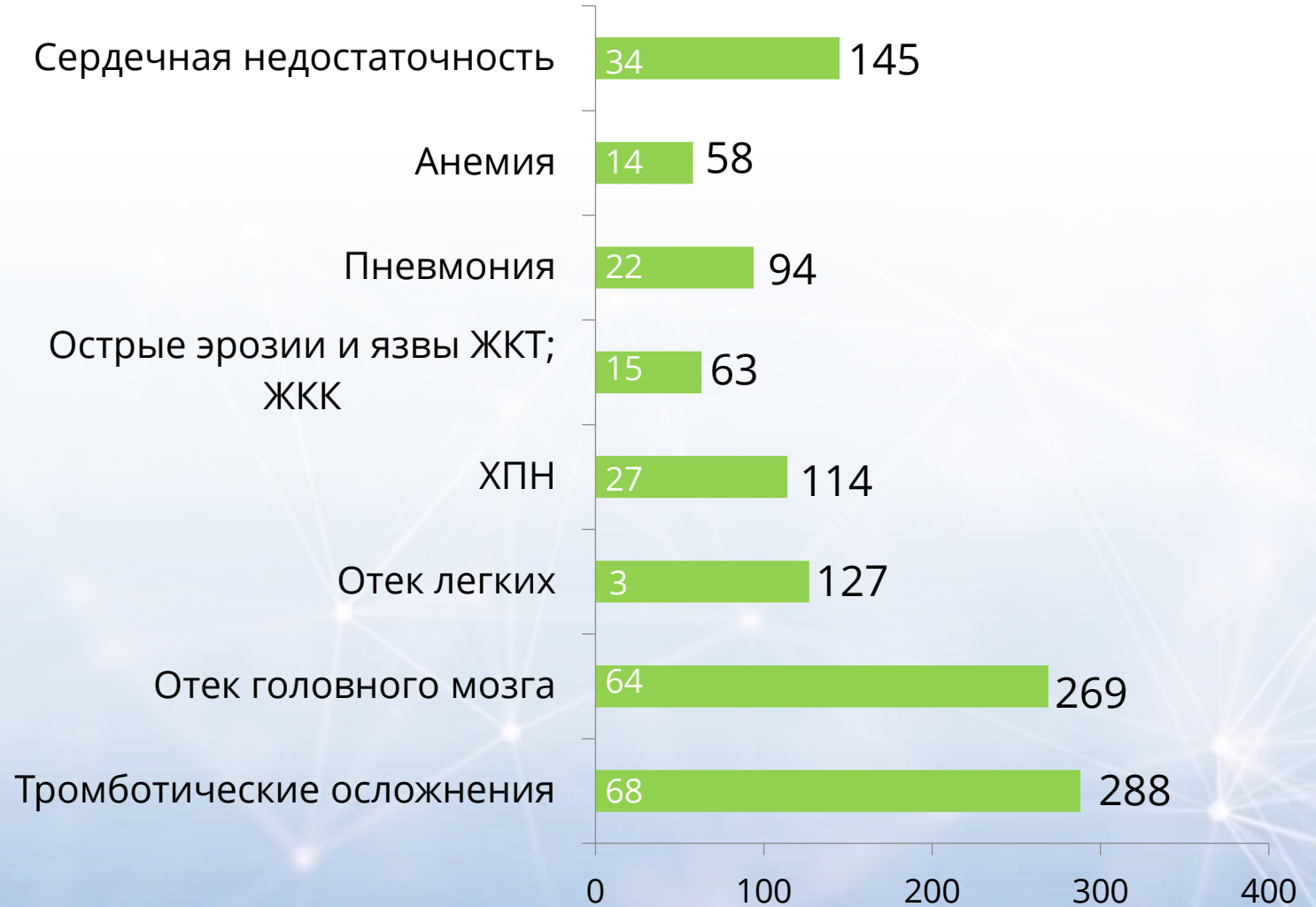
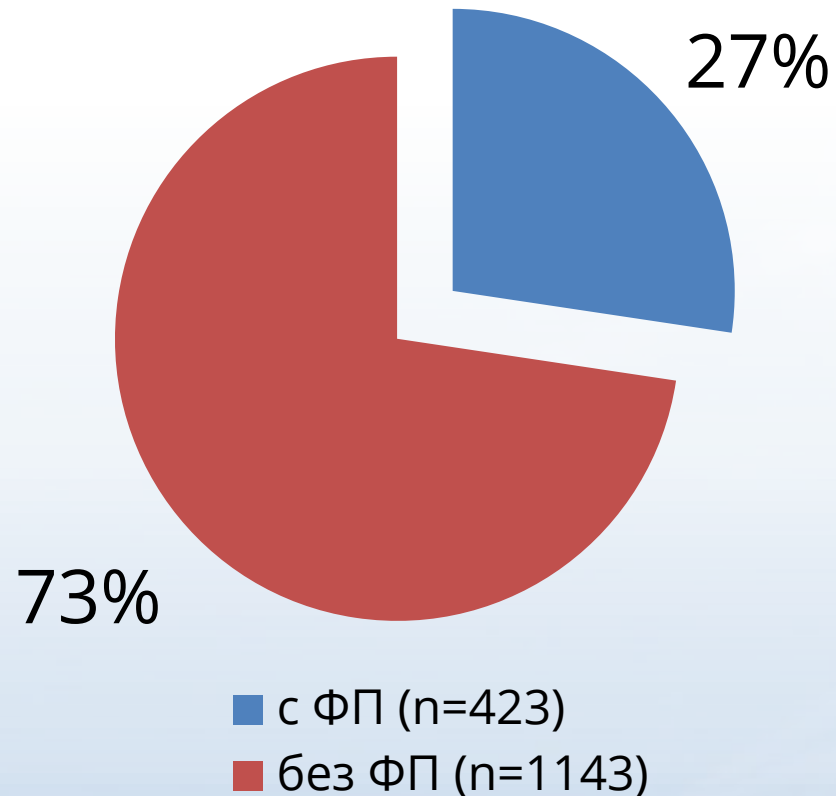
Начинается с коротких и редких эпизодов аритмии, которые постепенно становятся более длительными и частыми.

Со временем у многих больных возникают стойкие формы ФП.

Большинство пациентов не отмечают никаких ощущений, кроме изменения характеристик пульса.



# Частота встречаемости и причины смерти у больных с фибрилляцией предсердий (число аутопсий – 423)



## Шаг 1. Вопросы, которые следует задать пациенту с подозрением на ФП

Отмечаете ли Вы эпизоды нарушения ритма сердца (частоты и характера пульса)?

Каким является сердечный ритм при приступе аритмии: регулярным или нерегулярным?

Есть ли факторы, провоцирующие развитие аритмии (физические нагрузки, эмоциональное напряжение или прием алкоголя)?

Приступы возникают часто или редко?

Они длительные или короткие?

Какие симптомы сопровождают эти приступы: головокружение, обморок, тошнота, другое?

Страдаете ли Вы другими заболеваниями:

- АГ,
- ИБС,
- сердечная недостаточность,
- заболевания периферических артерий ,
- ЦВБ,
- инсульт,
- СД,
- хроническое заболевание легких,
- хроническая болезнь почек?

Злоупотребляете ли Вы алкоголем?

Нет ли у Вас родственников, страдающих фибрилляцией предсердий?

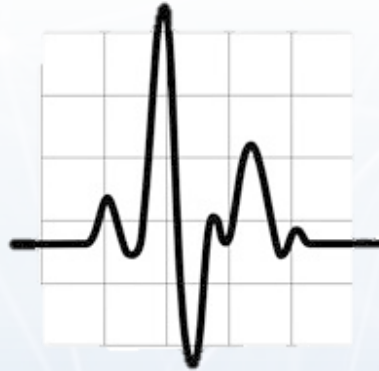


## Шаг 2. При первичном обращении пациента с подозрением на наличие ФП необходимо...

Принять во внимание возраст:

- у молодых - наличие симптомов тиреотоксикоза,
- у пожилых – признаки атеросклероза,
- маркеры хронической алкогольной интоксикации,
- ревматический анамнез,
- перенесенные операции на клапанах сердца.

- снять ЭКГ
- провести подсчёт пульса и ЧСС (в течение 60 сек) с определением дефицита пульса
- измерить АД



**Если эпизод ФП зарегистрирован во время ЭКГ**, этого достаточно для постановки диагноза.

**В остальных случаях** – применяется холтеровское мониторирование ЭКГ.



## Шаг 2. При первичном обращении пациента с подозрением на наличие ФП необходимо...

**Скрининг ФП** с помощью контроля ЧСС и длительной ЭКГ проводят:

- лицам старше 75 лет,
- больным, перенесшим транзиторную ишемическую атаку или ишемический инсульт,
- лицам, имеющим высокий риск развития инсульта.

## **Эхокардиографическое исследование**

верифицирует ассоциированные с ФП заболевания:

- нарушение сократимости,
- расширение камер сердца,
- клапанные пороки,
- осложнения (тромбы в полостях сердца).

## **Лабораторные исследования**

включают:

- оценку состояния функции печени и почек,
- уровень гормонов щитовидной железы (ТТГ).



# Последовательность действий терапевта поликлиники для выявления ФП

Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов и Национальные клинические рекомендации 2017-2018

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ФП:

возраст, ожирение, СД, ХБП, апноэ во время сна, нарушение функции щитовидной железы, ХОБЛ, курение, алкоголь, порок сердца

## СИМПТОМЫ:

перебои в работе сердца, сердцебиение, замирание сердца, головокружение, одышка

ЭКГ

- Нерегулярные интервалы RR
- Отсутствие зубцов P
- Если зубцы P определяются, то интервал между двумя возбуждениями предсердий < 200 мс (> 300 в минуту)

Нет указанных признаков

Фибрилляция предсердий

Механические искусственные клапаны сердца и среднетяжелый или тяжелый митральный стеноз (как правило, ревматической этиологии)

*Если эпизод ФП зарегистрирован на ЭКГ хотя бы однократно, этого достаточно для постановки диагноза.*

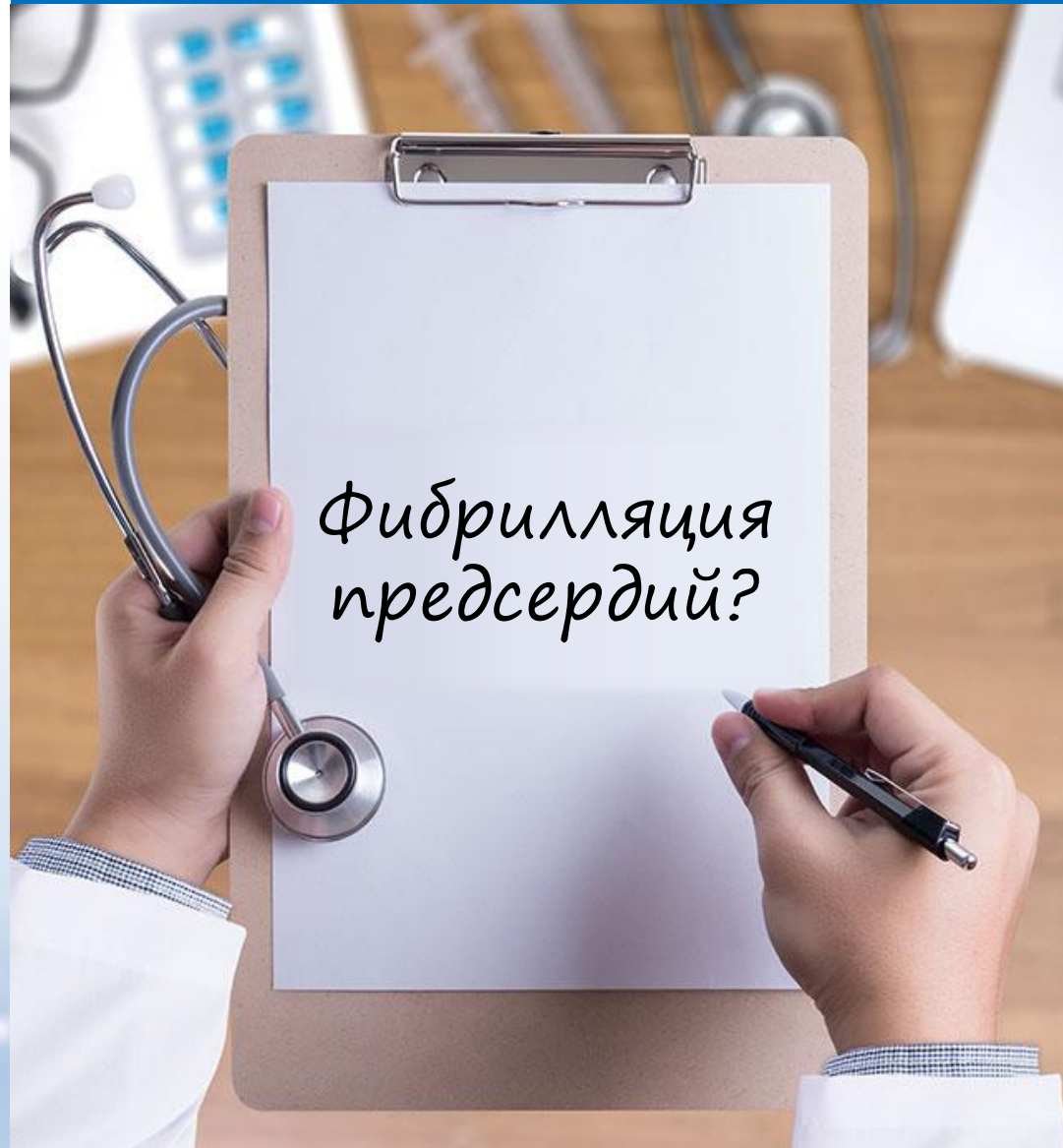
## Шаг 3. Скрининг ФП с помощью контроля ЧСС и длительной ЭКГ



- старше 75 лет
- высокий риск развития инсульта
- транзиторная ишемическая атака или ишемический инсульт

- 1. Эхокардиографическое исследование**
- 2. Лабораторные исследования:** общий анализ крови, определение глюкозы и гликированного гемоглобина, креатинина и скорости клубочковой фильтрации, трансаминаз, гамма-глутамат трансферазы, билирубина, тиреотропный гормон гипофиза, МНО.

## Шаг 4. Формулирование диагноза



Фибрилляция  
предсердий?

# Примеры формулирования диагноза

**А. При жизни пациента:**  
ФП может быть отнесена как в рубрику основного диагноза, так и в осложнения.

**Основной диагноз:**

*ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (от...). Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолия.*

**Фоновая патология:**

*Гипертоническая болезнь 3 ст, 3 ст, риск 4. Ожирение 2 ст.*

**Осложнения основного заболевания:**

*НК 2А.*

**Сопутствующие заболевания:** *ДГПЖ*

**В. В случае смерти пациента:**  
ФП относится к рубрике осложнений основного заболевания.

**Основной диагноз:**

*ИБС: Постинфарктный кардиосклероз (от ...)*

**Фоновая патология:**

*Гипертоническая болезнь 3 ст, 3 ст. Ожирение 3 ст. Сахарный диабет 2 типа.*

**Осложнения основного заболевания:**

*Фибрилляция предсердий (постоянная или пароксизмальная, в случае пароксизма указывается дата). НК 2Б. ТЭЛА, инфарктная пневмония в средней доли правого легкого.*

**Сопутствующие заболевания:**

*Желчно-каменная болезнь. Хронический холецистит, вне обострения.*



## Шаг 5. Выявление состояния при ФП, требующего госпитализации («Красные флаги»)

- ❗ Нестабильная гемодинамика
- ❗ Неконтролируемая ЧСС
- ❗ Брадикардия, не связанная с приемом урежающих ЧСС препаратов
- ❗ Появление стенокардии или ухудшение функции левого желудочка
- ❗ Признаки транзиторной ишемической атаки или инсульта

## Шаг 6. Лечение

Лечебные мероприятия направлены на улучшение прогноза и на облегчение симптомов.

В каждом случае необходимо решение **одновременно 3 задач:**

1

Лечение и профилактика сопутствующей соматической патологии.

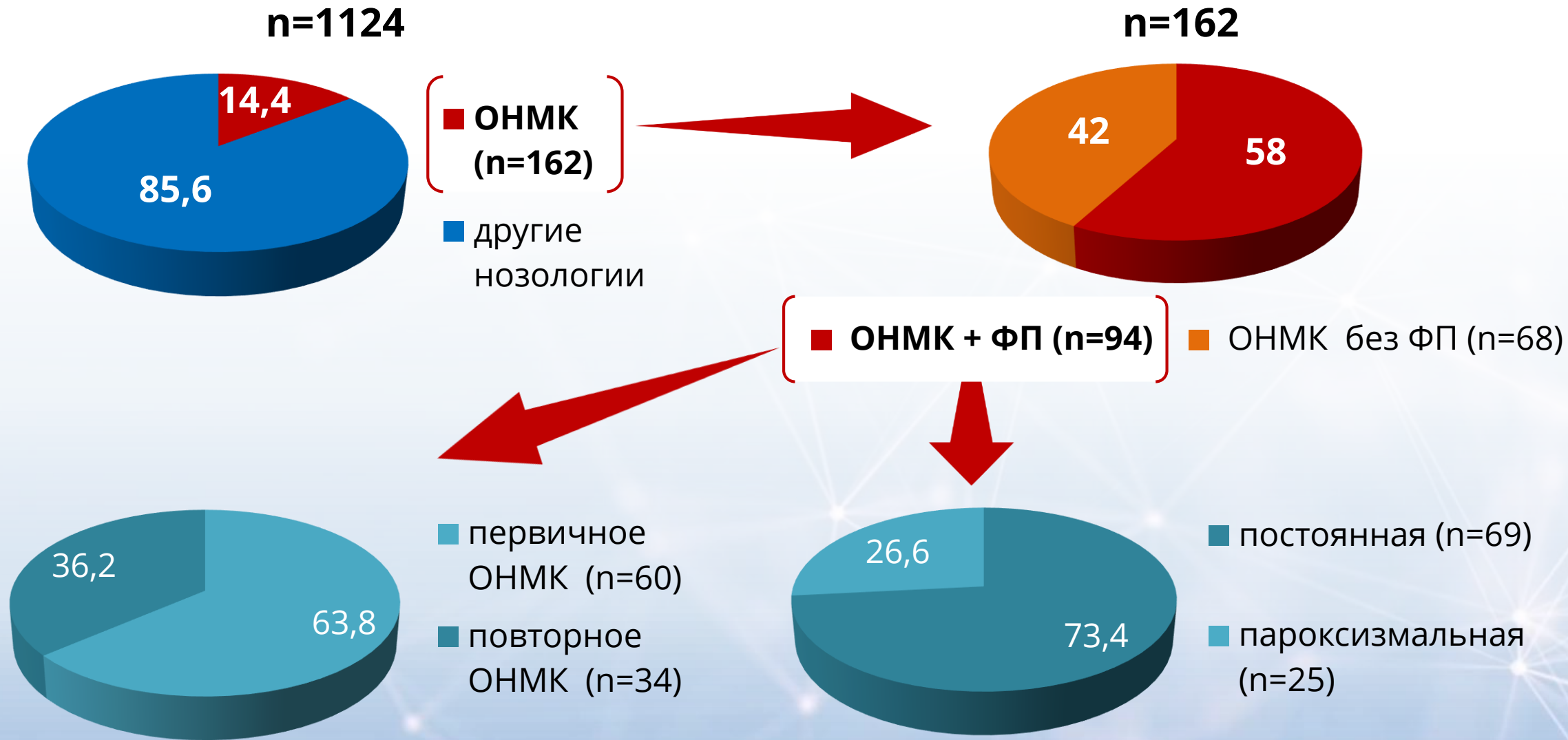
2

Контроль ритма и частоты сердечных сокращений.

3

Применение оральных антикоагулянтов (ОАК).

# ОНМК (n=162) в структуре смертности в многопрофильном стационаре (за 1 год)



## Шаг 7. Перед назначением ОАК оценить факторы риска...

### ...развития тромбоэмболических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

	Клинические характеристики	Баллы
<b>C -</b>	Хроническая сердечная недостаточность / Дисфункция левого желудочка	1
<b>H -</b>	Гипертензия	1
<b>A -</b>	Возраст > 75 лет	2
<b>D -</b>	Диабет	1
<b>S -</b>	Инсульт / ТИА / ТЭ	2
<b>V -</b>	Заболевание сосудов (любое из перечисленного: заболевания периферических артерий, инфаркт миокарда, атеросклероз аорты, хирургическая реваскуляризация)	1
<b>A -</b>	Возраст 65–74 года	1
<b>S -</b>	Женский пол	1

Терапия ОАК рекомендована для длительной профилактики тромбоэмболических осложнений:

- всем пациентам мужского пола с ФП с **2** и более баллами по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ,
- женского пола с ФП и **3** и более баллами по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc .

## Шаг 7. Перед назначением ОАК оценить факторы риска...

### ...развития кровотечений по шкале HAS-BLED

Клинические характеристики		Баллы
<b>H -</b>	Артериальная гипертензия (САД >160 мм рт.ст.)	1
<b>A -</b>	Нарушение функции почек или печени	1+1
<b>S -</b>	Инсульт в анамнезе	1
<b>B -</b>	Кровотечение в анамнезе	1
<b>L -</b>	Нестабильное значение МНО	1
<b>E -</b>	Пожилые больные (возраст > 65 лет)	1
<b>D -</b>	Употребление алкоголя или других лекарств (НПВП)	1+1

## Шаг 7. Перед назначением ОАК оценить факторы риска...



Показана  
антикоагулянтная  
терапия



# Коррекция модифицируемых и потенциально модифицируемых факторов риска ФП

## МОДИФИЦИРУЕМЫЕ факторы риска

- Гипертензия (особенно при САД >160 mmHg)
- Лабильное МНО или ВТД <60% для АВК
- Прием препаратов, повышающих риск кровотечений (антитромбоцитарные препараты или НПВС)
- Злоупотребление алкоголем (более 8 порций в неделю)

## ПОТЕНЦИАЛЬНО МОДИФИЦИРУЕМЫЕ факторы риска

- Анемия
- Нарушение функции почек
- Нарушение функции печени
- Тромбоцитопения или нарушение функции тромбоцитов

## НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ факторы риска

- Возраст >65 лет, > 75 лет
- Большое кровотечение в анамнезе
- Инсульт в анамнезе
- Трансплантированная почка или диализ
- Цирроз печени
- Злокачественное новообразование
- Генетические факторы

В настоящее время в арсенале врача есть **4 ОАК**:

1. Варфарин
2. Прадакса<sup>®</sup> (дабигатрана этексилат),
3. Ксарелто<sup>®</sup> (ривароксабан)
4. Эликвис<sup>®</sup> (апиксабан).

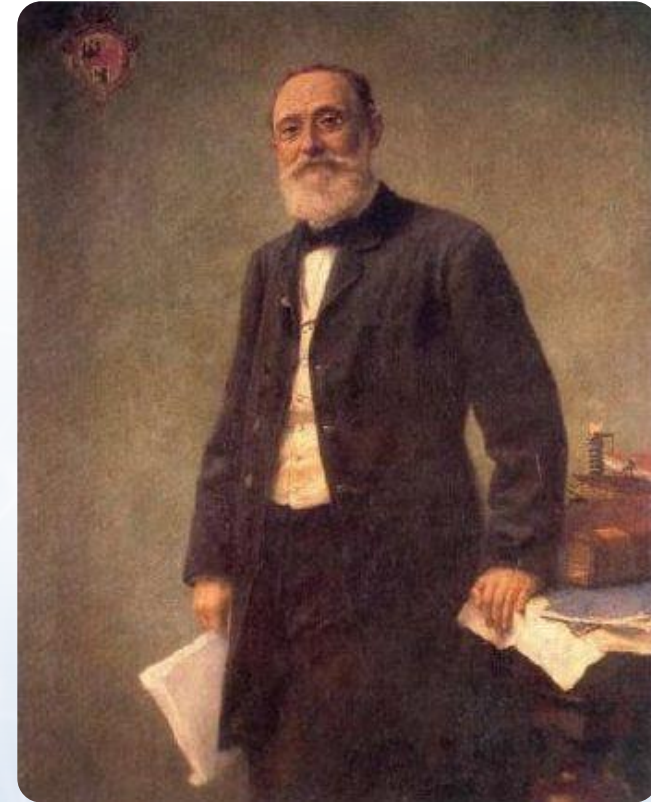


Новые оральные антикоагулянты имеют аббревиатуру **НОАК**.

# Патогенетическая основа осложнений при ФП

## ТРИАДА ВИРХОВА

1. Замедление кровотока
2. Гиперкоагуляция
3. Повреждение сосудистой стенки



Рудольф Людвиг Карл Вирхов  
(1821-1902)

## Повреждение сосудистой стенки

- Атеросклероз
- Флебит
- Гипертоническая болезнь
- Возраст
- Травмы
- Инфекционные токсины
- Химиотерапия
- Центральный венозный катетер

## Гиперкоагуляция

- ОКС
- Онкологические заболевания
- Алкоголь
- Оральная контрацепция
- Беременность/ послеродовый период
- Тромбофилия
- Операции
- Травмы

## Замедление кровотока

- Хроническая сердечная недостаточность
- Длительная иммобилизация
- Ожирение
- Аневризма аорты, ЛЖ

Большинство патологических состояний имеют сочетание нескольких механизмов тромбообразования.



Фибрилляция  
предсердий

Инсульт

Терапия варфарином имеет высокий риск кровотечений и требует коррекции дозы или отмены по МНО.

**МНО**

международное  
нормализованное  
отношение

2,0–3,0 норма для принимающих  
варфарин

< 2,0 риск инсульта

> 3,0 риск кровотечений

# МНО требует контроля

когда больному  
впервые назначен  
варфарин → **не менее  
5 дней**

при регулярном  
назначении → **ежемесячно**

Важно учитывать  
возрастные изменения  
пациентов, уровень их  
самостоятельности,  
связанные с рисками  
применения варфарина.

# ESC 2016: НОАК являются предпочтительным выбором перед АВК у пациентов с ФП



# Безопасность приема у коморбидных пациентов — варфарин?

## Шкала SAMe-TT2R2

Клинические характеристики		Баллы
S (Sex)	Женский пол	1
A (Age)	Возраст моложе 60 лет	1
Me (Medical history)	Сопутствующие заболевания	1
T (Treatment)	Препараты взаимодействующие с варфарином (например, амиодарон)	1
T (Tobacco use)	Курение ( $\geq 2$ лет)	2
R (Race)	Не европеоидная раса	2

**Наличие как минимум 2-х из:**  
артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, атеросклероз периферических артерий, хроническая сердечная недостаточность, перенесенный инсульт, заболевания легких, болезни почек или печени

Достижение оптимальной антикоагуляции на фоне АВК

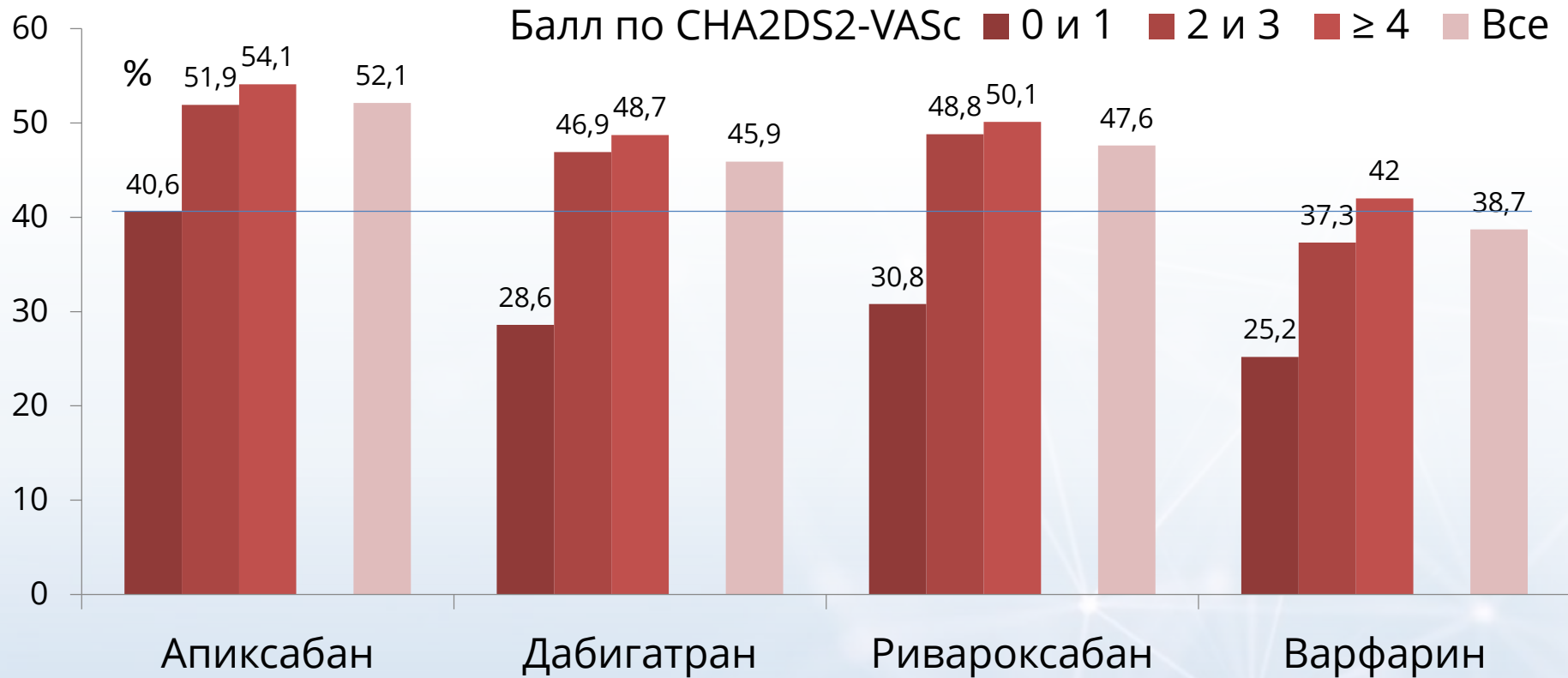
**ВЕРОЯТНО, если 0-2 балла**

**не требуется дополнительных мер для достижения высоких значений TTR** (time in therapeutic range, времени нахождения МНО в терапевтическом диапазоне: > 65-70%)

**МЕНЕЕ ВЕРОЯТНО, если > 2 баллов**

**требуются дополнительные интенсивные меры для достижения высоких значений TTR** или может быть предпочтительно лечение новыми пероральными антикоагулянтами

# В реальной клинической практике все НОАК имеют лучшую приверженность к лечению чем варфарин (P<0.001)



Приверженность — дни приема препарата > 80% , скорректированный показатель на основании многовариантной логистической регрессии.

- «...Апиксабан показал лучшую приверженность...» среди НОАК
- Однократный прием ривароксабана не имел преимущества в приверженности по сравнению с двукратным приемом у других НОАК, в том числе и у пациентов с низким риском (0-1 балл)



# Общие достоинства НОАК

- 1 Прогнозируемый, стойкий и быстрый антикоагулянтный эффект с минимальной вариабельностью.
- 2 Нет необходимости в регулярном лабораторном мониторинге МНО.
- 3 Низкий риск взаимодействия с другими препаратами и пищей.
- 4 У пациентов после острого инсульта и эндоваскулярной тромбэктомии НОАК являются препаратами выбора, если есть показания и нет противопоказаний к приему препарата из данной группы.
- 5 Не рекомендуется отказываться от назначения НОАК пациентам с хрупкостью и пожилым пациентам.
- 6 Широкое терапевтическое окно.
- 7 Все НОАК по крайней мере не уступают варфарину в отношении профилактики инсульта/ТИА, при значимом снижении частоты внутричерепных кровотечений и смертности в сравнении с варфарином .
- 8 Если необходимо проведение инвазивной процедуры или хирургического вмешательства, прием НОАК следует прекратить, по крайней мере, за 24 часа до вмешательства и на основании заключения врача.
- 9 У пациентов с массой тела:
  - < 120 кг и/или ИМТ < 40 кг коррекция дозировки НОАК не требуется
  - >120 кг и/или ИМТ > 40 кг применение НОАК не рекомендуется

# На фоне терапии НОАК необходимо:



**Регулярно мониторировать состояние пациента**

(в зависимости от возраста, сопутствующей патологии),

Периодичность может составлять от **1** до **6** месяцев.



**Регулярно оценивать функцию почек** (определение клиренса креатинина и уровня креатинина).

В зависимости от результатов возможно применение эмпирического правила: минимальный интервал обследования в месяцах = **CrCl / 10**.

**НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ** рутинная оценка уровня НОАК в плазме.

Измерение уровня НОАК в плазме рекомендуется в редких ситуациях.

Например:

- при неотложных состояниях (сильное кровотечение, показания к неотложной операции и инсульт)
- при наличии коморбидности с необходимостью полифармакотерапии (множественные взаимодействия между лекарственными препаратами)
- при тяжелой степени ожирения или кахексии, или снижении функции почек

# Противопоказания к назначению НОАК согласно «Практическому руководству ЕНРА» (третья дополненная версия, 2018):

## ПРОТИВОПОКАЗАНО

Тяжелый и средней тяжести митральный стеноз (обычно ревматический)

Пациентам с имплантированными механическими протезами клапанов

Пациентам с имплантированными биопротезами клапанов (через 3 мес. после операции)



**ПРИЕМЛЕМО,** если имплантация связана с дегенеративным поражением митрального клапана или если биопротез в аортальной позиции.

**НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ,** если у пациента был ревматический митральный стеноз.

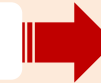
## МАЛО ДАННЫХ

Чрескожная транскатетерная аортальная вальвулопластика, транскатетерная имплантация аортального клапана



**НЕТ ПРОСПЕКТИВНЫХ ДАННЫХ.** Возможно применение в качестве компонента с одной или двойной антиагрегантной терапией.

Тяжелый аортальный стеноз



**ОГРАНИЧЕННЫЕ ДАННЫЕ**

Пациенты после реконструкции митрального клапана (через 3 мес. после операции)



**НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ** В исследования включено небольшое число пациентов.

Гипертрофическая кардиомиопатия



**НЕТ ДАННЫХ** Но эксперты считают возможным применение НОАК.

# Выбор НОАК

ЭФФЕКТИВНОСТЬ      БЕЗОПАСНОСТЬ



## шкала CHA2DS2-VASc

Сердечная недостаточность	1 балл
Артериальная гипертензия	1 балл
Возраст старше 75 лет	2 балла
Сахарный диабет	1 балл
Перенесенный инсульт или ТИА	2 балла
Сосудистые заболевания	1 балл
Возраст 65-74	1 балл
Женский пол	1 балл

## шкала HAS-BLED

Артериальная гипертензия	1 балл
Снижение функции почек (диализ, пересадка, ХПН)	1 балл
Заболевание печени (цирроз, повышенные трансаминазы, билирубин вдвое больше нормы)	1 балл
Инсульт в анамнезе	1 балл
Кровотечение в анамнезе	1 балл
Нестабильный уровень МНО	1 балл
Возраст $\geq$ 65 лет	1 балл
Прием препаратов, способствующих кровотечению (антитромбоцитарные, НПВС)	1 балл
Прием алкоголя	1 балл

# Прадакса® (дабигатрана этексилат)

прямой пероральный антикоагулянт,  
прямой ингибитор тромбина

## ДОЗИРОВКА

Рекомендуемая доза:

**300 мг**

(по 1 капсуле 150 мг 2 раза в сутки).

Пациентам старше 80 лет:

**220 мг**

(по 1 капсуле 110 мг 2 раза в сутки).



Пациентам, имеющим один или более из следующих факторов риска кровотечений:

- возраст 75 лет или старше,
- умеренное снижение функции почек (клиренс креатинина 30-50 мл/мин),
- одновременное применение ингибиторов Р-гликопротеина, антиагрегантов или указание на желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе,

по усмотрению врача возможно назначение суточной дозы **220 мг** (по 1 капсуле 110 мг 2 раза в сутки).

# Особенности применения дабигатрана для профилактики инсульта и системной эмболии у пациентов с ФП неклапанного генеза в различных клинических ситуациях

## ПОЖИЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ

80

### до 80 лет

150 мг 2 раза в сутки

### старше 80 лет

110 мг 2 раза в сутки

### 75-80 лет

можно 110 мг 2 раза в сутки -  
по усмотрению врача

## КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ НЕ ТРЕБУЕТСЯ

Показатели эффективности и безопасности обеих доз дабигатрана не зависят от наличия у пациента:

хронической сердечной недостаточности

сахарного диабета

ишемической болезни сердца

избыточной или недостаточной массы тела

инсульта/ ТИА в анамнезе

Пациентам до 80 лет рекомендуется доза 150 мг 2 раза в сутки, такая дозировка превзошла варфарин в эффективности снижения риска ишемического инсульта.

## ПАЦИЕНТЫ С НАРУШЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Перед началом терапии нужна оценка клиренса креатинина (формула Кокрофта-Голта).

### <30 мл/мин

Применение  
противопоказано

### более 30 мл /мин

150 мг 2 раза в сутки

### 30-50 мл/мин

по усмотрению врача можно  
снизить до 110 мг 2 раза в сутки

## ПАЦИЕНТЫ, КОТОРЫМ ПЛАНИРУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ КАРДИОВЕРСИИ

Выполнение кардиоверсии у пациентов, получающих дабигатран, возможно без перерыва в терапии.



# Ксарелто® (ривароксабан)

прямой пероральный антикоагулянт,  
высокоселективный прямой ингибитор фактора Ха



## ДОЗИРОВКА

**20 мг** 1 раз в день у пациентов с КлКр  $\geq 50$  мл/мин.

У пациентов с нарушением функции почек  
(КлКр **15-49** мл/мин)

доза корректируется в соответствии  
с прилагаемым алгоритмом

У пациентов с тяжелым нарушением  
функции почек (КлКр **15-29** мл/мин)

препарат Ксарелто следует  
применять **с осторожностью**

У пациентов с КлКр **<15** мл/мин

применение препарата Ксарелто  
**противопоказано**

# Особенности применения препарата Ксарелто (ривароксабан) для профилактики инсульта и системной эмболии у пациентов с ФП неклапанного генеза в различных клинических ситуациях

## ПАЦИЕНТЫ, КОТОРЫМ ПЛАНИРУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ:

КАТЕТЕРНОЙ  
АБЛАЦИИ

КАРДИОВЕРСИИ

Сопоставимый с варфарином профиль эффективности и безопасности у пациентов с неклапанной ФП.

Применение Ксарелто позволяет проводить отсроченную кардиоверсию у больных с неклапанной ФП в более короткие сроки по сравнению с варфарином

## КОРРЕКЦИЯ ДОЗЫ НЕ ТРЕБУЕТСЯ

Профили эффективности и безопасности Ксарелто (ривароксабана) были сопоставимы с варфарином, не зависимо от наличия у пациента:

хронической сердечной недостаточности (все ф. классы)

сахарного диабета

инсульта/ ТИА в анамнезе

Ксарелто показал достоверное снижение риска повторного инсульта и внутричерепных кровотечений у пациентов с ФП в реальной клинической практике.

## ПОЖИЛЫЕ ПАЦИЕНТЫ и ПАЦИЕНТ С ИЗБЫТОЧНОЙ ИЛИ НЕДОСТАТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Коррекция дозы в зависимости от веса или возраста пациента не требуется.

## ПАЦИЕНТЫ С ВЫСОКИМ РИСКОМ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ксарелто показал достоверное снижение риска ИМ/ОКС в крупном мета-анализе РКИ.

# Эликвис® (апиксабан)

антикоагулянт прямого действия, селективный ингибитор фактора свертывания крови Ха (FXa)



## ДОЗИРОВКА

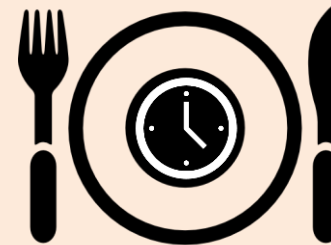
5 мг два раза в сутки

Доза препарата корректируется в зависимости от нарушения функции почек, возраста и массы тела при наличии сочетания двух или более следующих характеристик:

- возраст 80 лет и старше,
- масса тела 60 кг и менее
- концентрация креатинина в плазме крови  $\geq 1,5$  мг/дл (133 мкмоль/л).

У пациентов с тяжелым нарушением функции почек (КлКр 15-29 мл/мин) и ФП

2,5 мг два раза в сутки



Апиксабан может применяться как натощак, так и после еды.

# Особенности применения препарата Эликвис® (апиксабан) для профилактики инсульта и системной эмболии у пациентов с ФП неклапанного генеза в различных клинических ситуациях

## ЛЮБОЙ ПАЦИЕНТ

Эликвис® показал преимущества в эффективности, безопасности и общей смертности по сравнению с варфарином в рандомизированном клиническом исследовании с включением более 18 тысяч пациентов (в общей популяции и во всех подгруппах).

### ПРОФИЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ СОПОСТАВИМЫ С ВАРФАРИНОМ И...

не зависят от наличия

хронической сердечной недостаточности

сахарного диабета

не требует коррекции дозы

при избыточной или недостаточной массе тела

были показаны

при проведении плановой кардиоверсии у пациентов с неклапанной ФП

**ХОРОШИЙ ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ** по результатам рандомизированного клинического исследования и в больших наблюдательных исследованиях у:

пожилых пациентов (класс А по системе FORTA )

пациентов с высоким риском желудочно-кишечного (ЖК) кровотечения

### ПРЕВОСХОДЯЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И СОПОСТАВИМАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ:

Эликвис – единственный препарат, который был изучен у пациентов по сравнению с АСК при ФП.

пациенты с низким риском инсульта (2 балла мужчины, 3 балла женщины по CHADS2VASc)

пациенты которым не подходит варфарин

**ПРЕИМУЩЕСТВО В БЕЗОПАСНОСТИ** по результатам рандомизированного клинического исследования и в **проспективных** наблюдательных исследованиях у:

пациентов с ХБП (хронической болезнью почек)

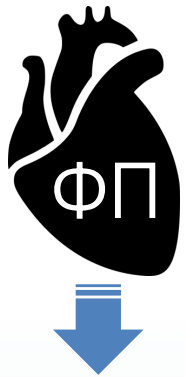
**БЛАГОПРИЯТНЫЙ профиль эффективности и безопасности** подтвержден в наблюдательных исследованиях для вторичной профилактики ишемического инсульта у:

пациентов с ФП и инсультом/ ТИА в анамнезе

# Показания для консультации кардиолога

- 1 Высокий риск инсульта и/ или кровотечения.
- 2 Подозрение на наличие тромбоза или установление тромбоза ушка левого предсердия.
- 3 Для решения вопроса о кардиоверсии/ аблации / установления акклюдера.
- 4 При назначении тройной антитромбоцитарной терапии.

# Памятка для пациента с ФП и использующего антикоагулянты



Высокий риск возникновения инсульта, особенно, в сочетании с ХСН.

Выше риск деменции и когнитивных нарушений.

Частота увеличивается пропорционально возрасту.



+

сахарный диабет

Значительно выше риск сердечно-сосудистых событий и смертность от всех причин.

Контроль гликемии!



+

АГ  
(есть почти всегда)

Контролируемое лечение АГ!

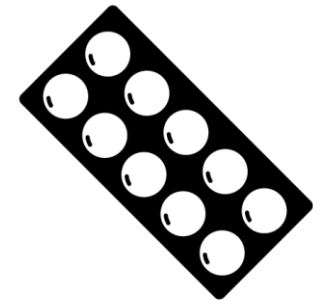


+

ХБП

Ухудшает прогноз.

Постоянно мониторировать СКФ!



1. Для профилактики инсульта (и повторных) необходимо пожизненно применять таблетированные антикоагулянты.
2. Не забывать принимать таблетку антикоагулянта!
3. Без согласования с врачом не принимать никаких дополнительных препаратов, влияющих на свертываемость крови.



## В лекции использованы источники:

1. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. European Heart Journal (doi:10.1093/eurheartj/ehw210).
2. Stavros Apostolakis et al. Chest.2013;144(5):1555-1563.
3. Gregory Y. H. Lip; Deirdre A. Lane. JAMA. 2015;313(19):1950-1962.
4. Marco Proietti, Gregory Y.H. Lip. European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy (2015) 1, 150–152
5. Xiaoxi Yao; Abraham NS; Alexander GC; Crown W; Montori VM; Sangaralingham LR; Gersh BJ; Shah ND, PhD; Noseworthy PA. Effect of Adherence to Oral Anticoagulants on Risk of Stroke and Major Bleeding Among Patients With Atrial Fibrillation. J Am Heart Assoc. 2016; 5:e003074 doi: 10.1161/JAHA.115.003074
6. Практическое руководство EHRA (третья дополненная версия, 2018)

### Сайты

1. Минтруд РФ <http://www.rosmintrud.ru/docs>