

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Проф. Долженко М.Н.



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)

Published today - Advanced Access

European Heart Journal

<http://eurheartj.oxfordjournals.org/>



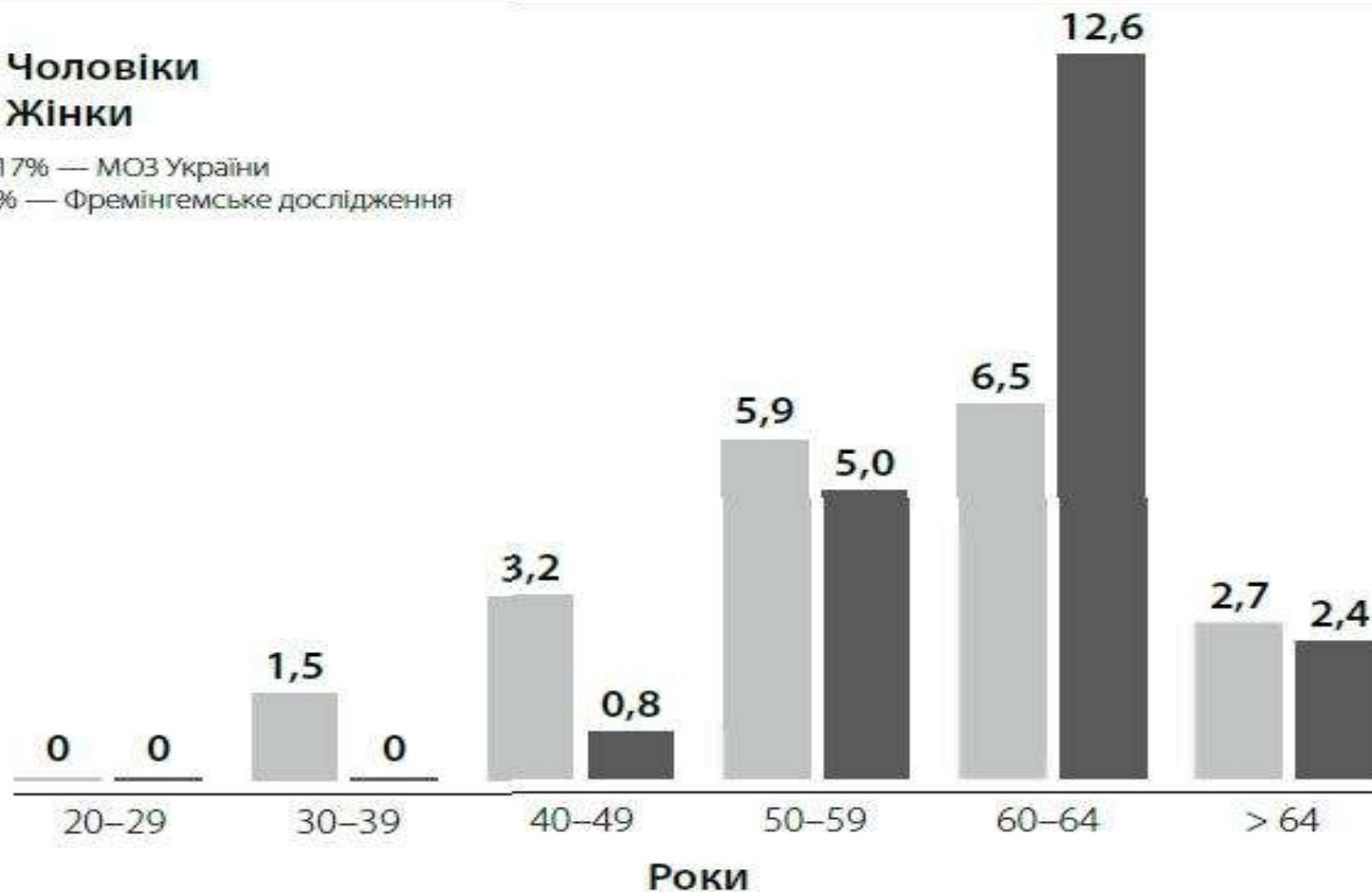
EUROPEAN
SOCIETY OF
CARDIOLOGY

Епидемиологія ФП

■ Чоловіки
■ Жінки

0,117% — МОЗ України

0,4% — Фремінгемське дослідження



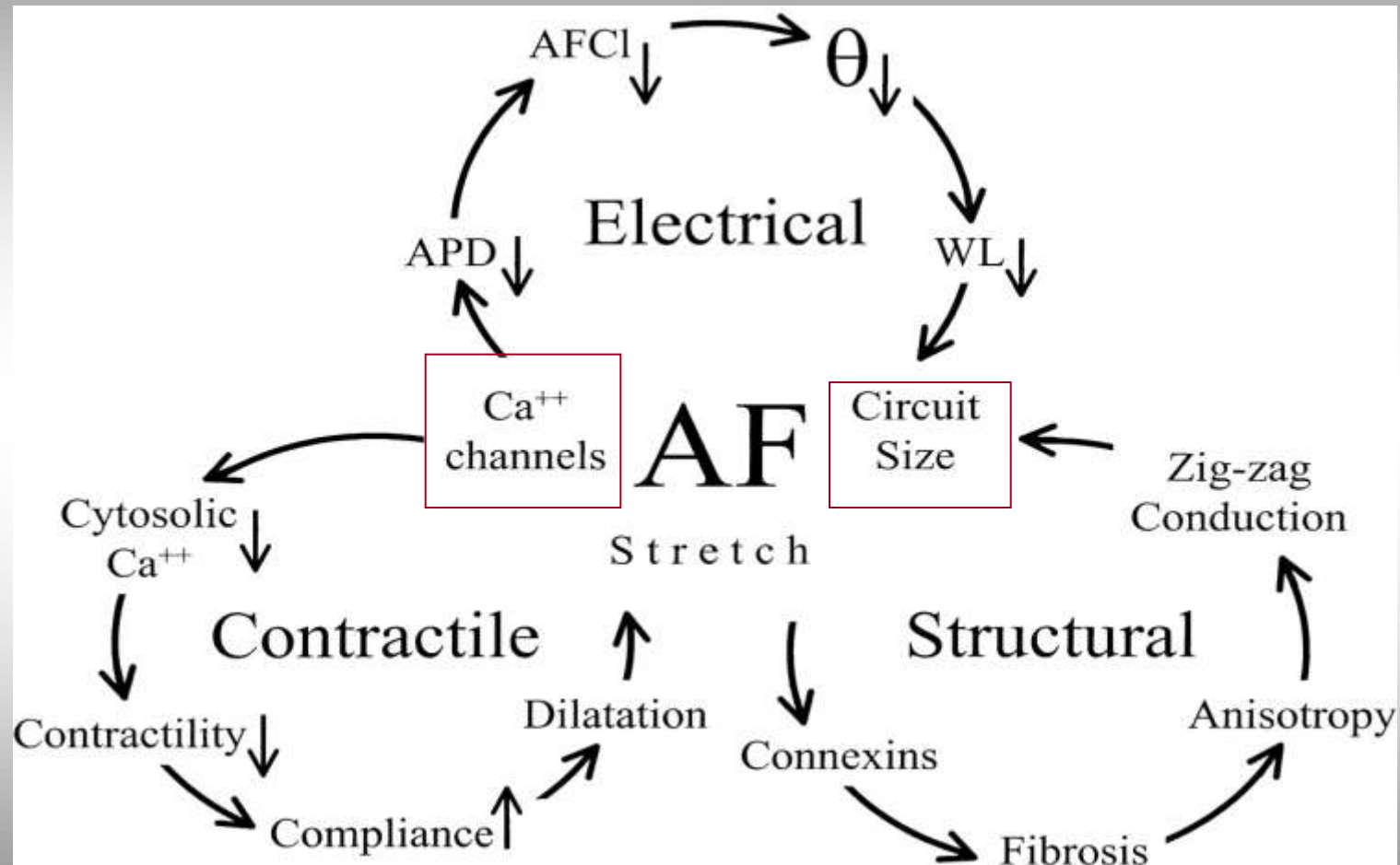
Причины ФП и связанные заболевания

- Старение организма
- АГ
- СН III-IV класс-30%
- Тахикардиомиопатия
- Клапанная болезнь сердца-30%
- Кардиомиопатии -10%
- Дефект МЖП-10-15%
- Коронарный атеросклероз -20%
- Дисфункция щитовидной железы
- Ожирение – 25%
- СД
- ХОЗЛ
- ХБП-10-15%

Причины ФП и связанные заболевания

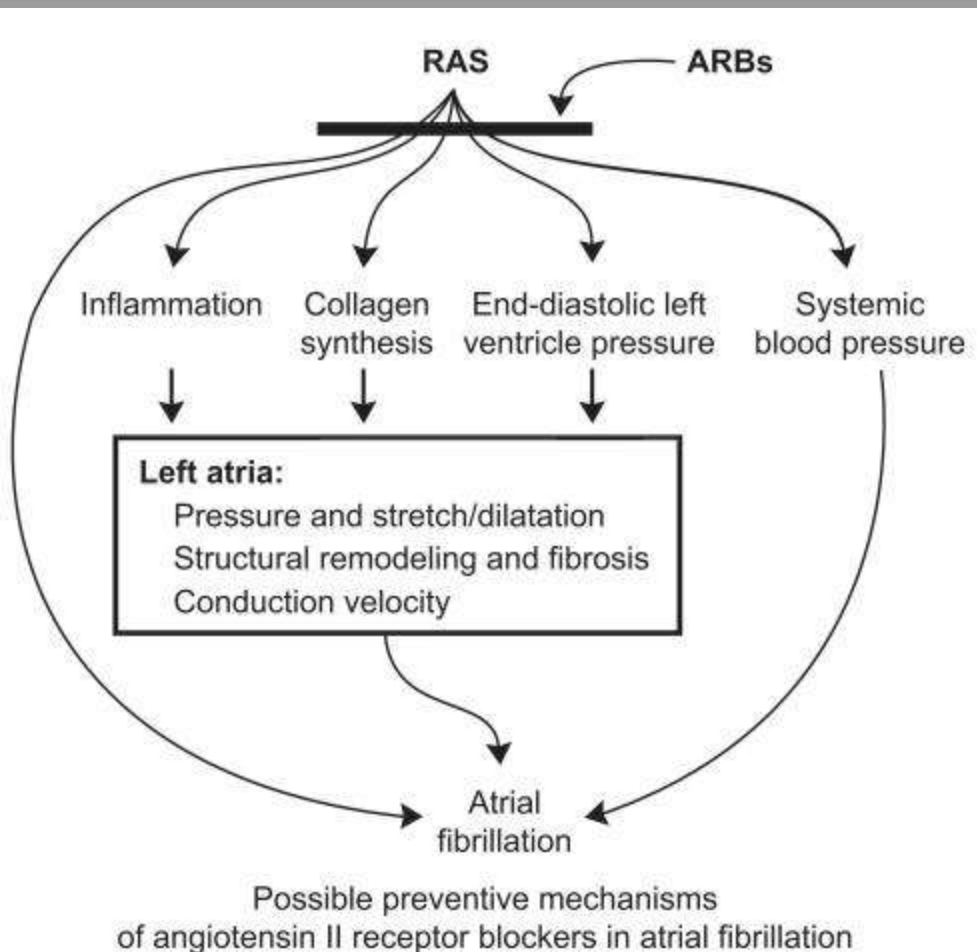
	Multivariate hazard ratios (95% CI)
Age (years)	
<65	1.0 (Reference)
65–74	2.97 (2.54–3.48)
≥75	5.28 (4.57–6.09)
Female sex	1.17 (1.11–1.22)
Previous ischaemic stroke	2.81 (2.68–2.95)
Intracranial bleeding	1.49 (1.33–1.67)
Vascular disease (any)	1.14 (1.06–1.23)
• Myocardial infarction	1.09 (1.03–1.15)
• Previous CABG	1.19 (1.06–1.33)
• Peripheral artery disease	1.22 (1.12–1.32)
Hypertension	1.17 (1.11–1.22)
Heart failure (history)	0.98 (0.93–1.03)
Diabetes mellitus	1.19 (1.13–1.26)
Thyroid disease	1.00 (0.92–1.09)
Thyrotoxicosis	1.03 (0.83–1.28)

**Три предполагаемых возвратных цикла, раскрывающих механизм ремоделирования предсердий при ФП .
Снижение регуляции Ca²⁺-каналов L-типа считается основной причиной ремоделирования ЛП.**



Механизм антиаритмического действия блокаторов РАС

Воспаление
Синтез коллагена
КДО ЛЖ давление
Системное АД



ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ:
Давление/растяжение/дилатация
Структурное ремоделирование и фиброз
Ускорение проводимости

Клінічні події (наслідки), на які впливає ФП

Наслідок	Відносні зміни серед хворих на ФП у порівнянні з особами без ФП
1. Смерть	Частота випадків смерті збільшується удвічі.
2. Інсульт (в тому числі геморагічний інсульт та внутрішньочерепні крововиливи)	Ризик інсульту зростає; ФП асоційована з більш важким перебігом інсульту.
3. Госпіталізація	Випадки госпіталізації у пацієнтів з ФП є частими і можуть обумовлювати зниження якості життя.
4. Якість життя і фізична працездатність	Дуже варіативно — від відсутності якого-небудь впливу захворювання на ці показники до суттєвого їх зниження. ФП може обумовлювати значне погіршення самопочуття через відчуття посиленого серцебиття та інші пов'язані з ФП симптоми.
5. Функція лівого шлуночка	Дуже варіативно — від відсутності яких-небудь змін до тахікардіоміопатії з розвитком гострої серцевої недостатності.

Структурні патологічні зміни, асоційовані з ФП

Зміни позаклітинного матриксу

Інтерстиціальний та замісний фіброз

Запальні зміни

Накопичення амілоїду

Зміни міоцитів

Апоптоз

Некроз

Гпертрофія

Порушення диференціації

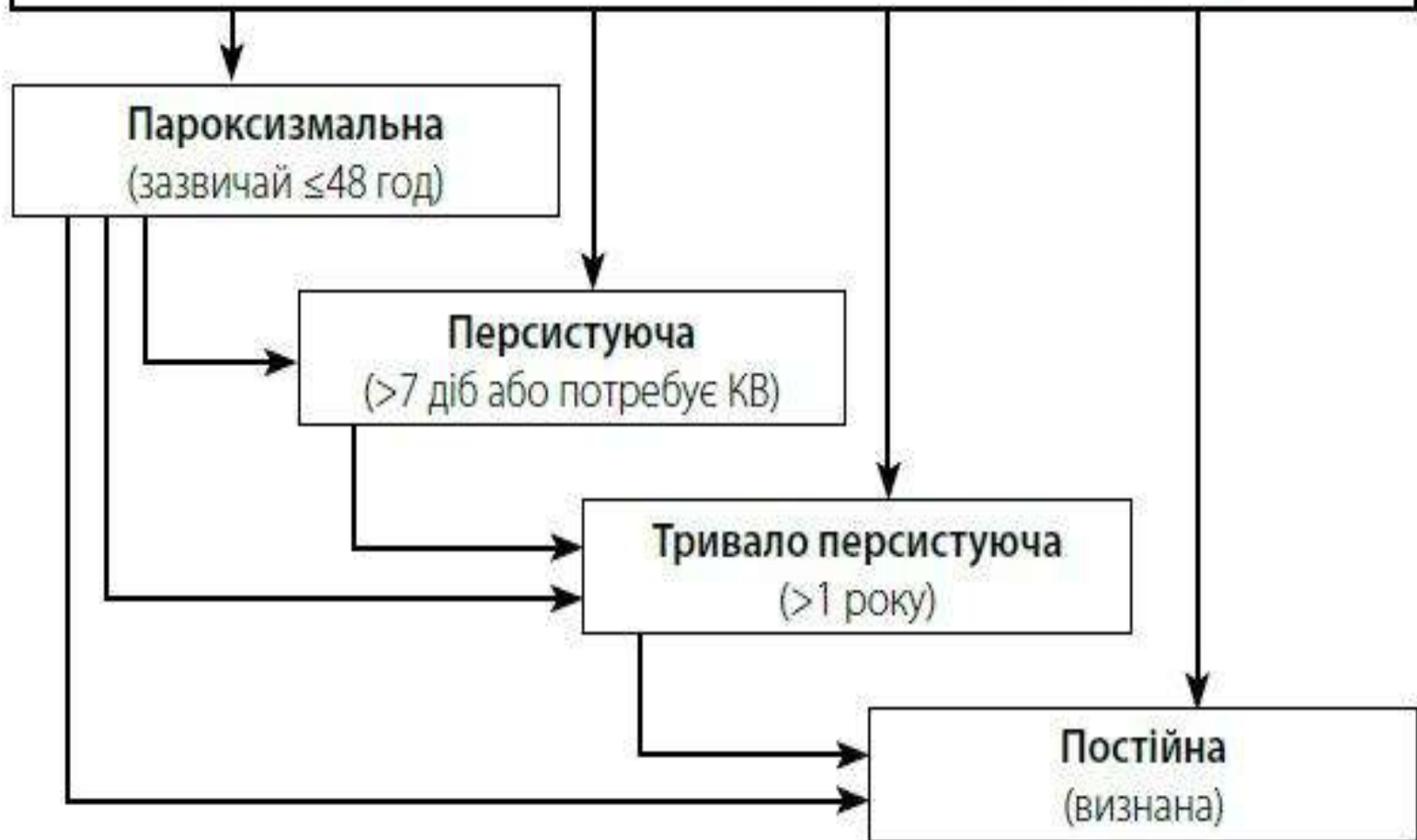
Перерозподіл нексусів

Внутрішньоклітинне накопичення субстратів (гемохроматоз, накопичення глікогену)

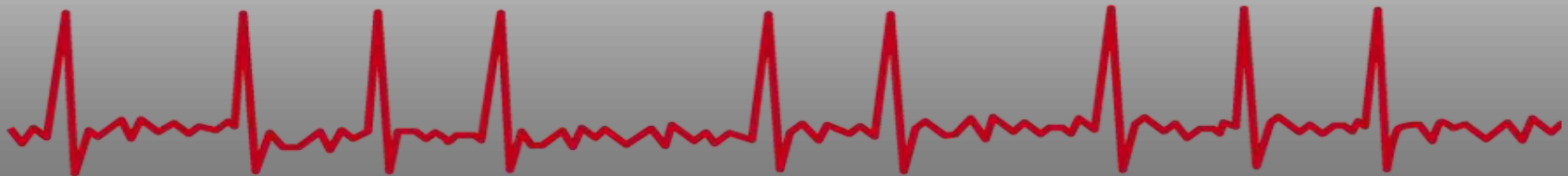
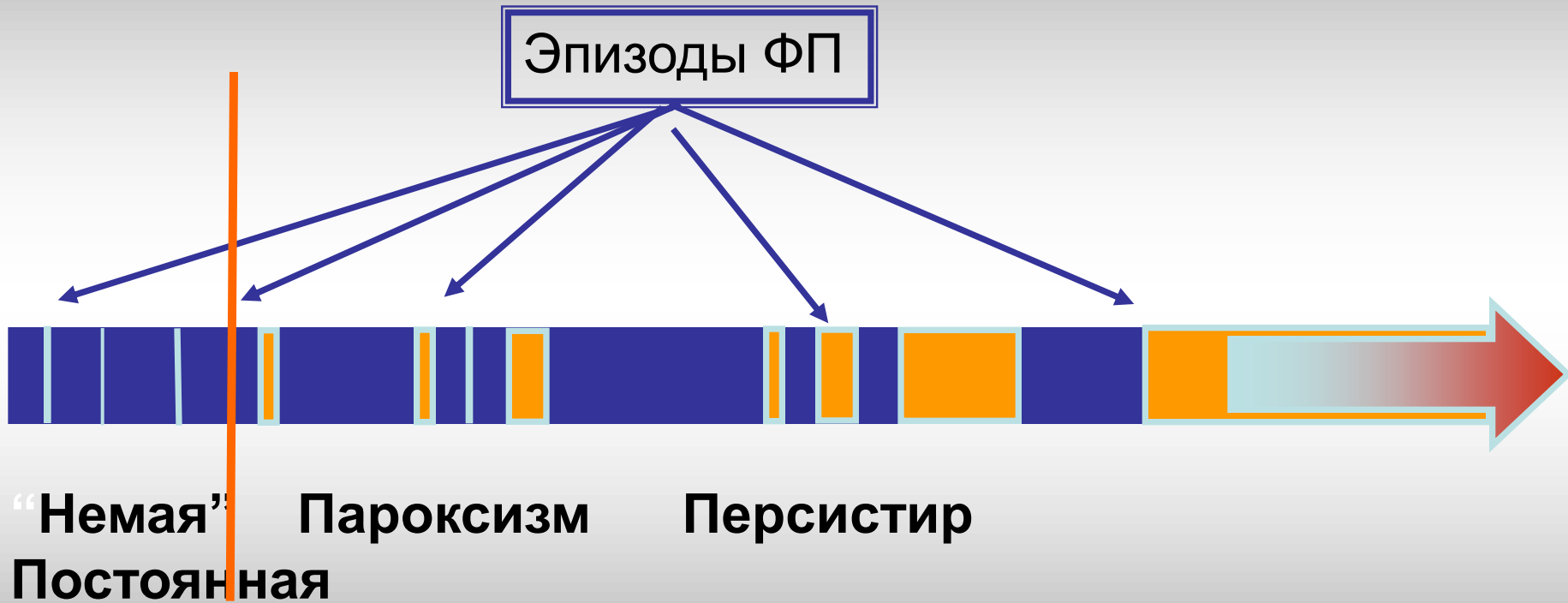
Мікросудинні зміни

Ремодельовання ендокарду (ендоміокардіальний фіброз)

Вперше діагностований епізод фібриляції передсердь



Типичное течение ФП



Какие вопросы нужно задать больному с ФП?

Яким відчувається серцевий ритм під час епізоду аритмії — регулярним чи нерегулярним?

Чи існують які-небудь фактори, що сприяють виникненню епізоду аритмії, наприклад, фізичне навантаження, емоційне перенапруження або прийом алкоголю?

Чи є симптоми під час епізоду аритмії помірними або важкими? (важкість симптомів може бути виражена за допомогою шкали EHRA³, яка є подібною до шкали CCS-SAF⁴¹)

Чи є епізоди аритмії частими або нечастими і чи є вони тривалими або короткими?

Чи є в анамнезі пацієнта супутні захворювання, такі як артеріальна гіпертензія, коронарний атеросклероз, серцева недостатність, захворювання периферичних артерій, цереброваскулярна патологія, інсульт, цукровий діабет або хронічне захворювання легень?

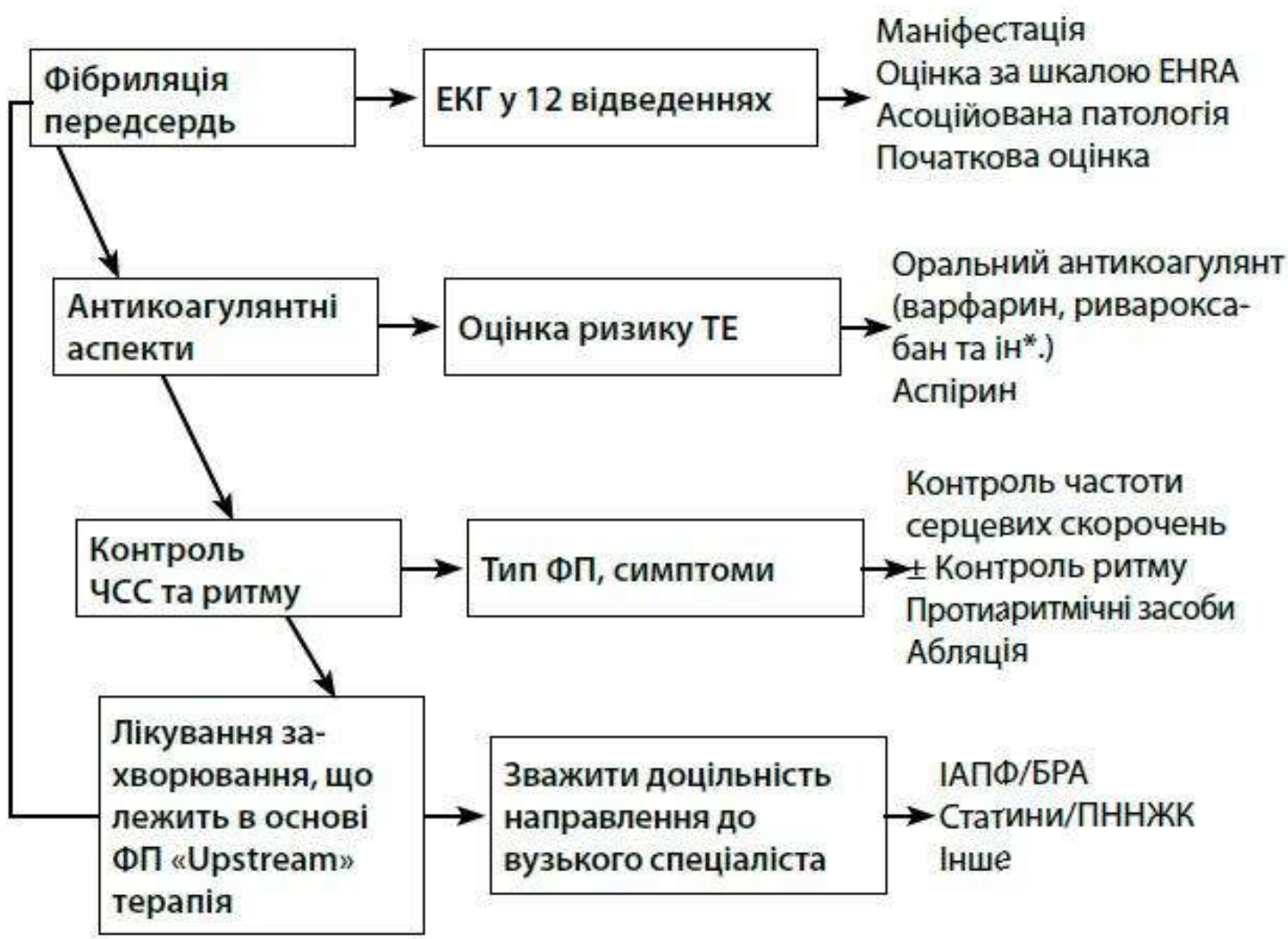
Чи зловживає пацієнт алкоголем?

Чи є ФП у членів родини пацієнта?

Шкала EHRA для оцінки пов'язаних з ФП симптомів

Класифікація пов'язаних з ФП симптомів (шкала EHRA)

Клас EHRA	Пояснення
EHRA I	«Відсутність симптомів»
EHRA II	«Легкі симптоми»; симптоми не порушують звичайну щоденну активність
EHRA III	«Важкі симптоми»; симптоми порушують звичайну щоденну активність
EHRA IV	«Інвалідизуючі симптоми»; симптоми виключають звичайну щоденну активність



Діагностика ФП

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Діагноз ФП вимагає документації даними ЕКГ.	I	B
У пацієнтів з недіагностованою ФП необхідно намагатися записати ЕКГ на фоні симптомів, які викликали підозру щодо ФП.	I	B
Для кількісної оцінки пов'язаних з ФП симптомів рекомендується використання простої шкали симптомів (шкала EHRA).	I	B
Всім пацієнтам з ФП необхідно провести ретельне фізикальне обстеження, а також зібрати у них дані анамнезу, які можуть мати відношення до патології серця і аритмії.	I	C
У пацієнтів з важкими симптомами, документованою або підозрюваною патологією серця, або з наявністю факторів ризику рекомендується проведення ехокардіографії.	I	B
При подальшому спостереженні у пацієнтів, які отримують протиаритмічні препарати, слід регулярно записувати ЕКГ у 12 відведеннях.	I	C
У пацієнтів з підозрою на симптомну ФП слід зважити доцільність додаткового ЕКГ-моніторингу з метою документування аритмії.	IIa	B
Слід зважити доцільність додаткового ЕКГ-моніторингу з метою виявлення «німої» аритмії у пацієнтів, у яких може розвинутися пов'язане з ФП ускладнення.	IIa	B
У пацієнтів з ФП, які отримують засоби для контролю частоти серцевих скорочень, слід зважити доцільність проведення холтеровського моніторингу ЕКГ з метою оцінки ефективності контролю частоти серцевих скорочень або визначення наявності брадикадії.	IIa	C

Діагностика ФП

У молодих активних пацієнтів, які отримують засоби для контролю частоти серцевих скорочень, слід зважити доцільність проведення навантажувальних проб (з фізичним навантаженням) з метою оцінки ефективності контролю частоти скорочень шлуночків.

IIa

C

У пацієнтів з документованою або можливою ФП слід зважити доцільність виконання ехокардіографії.

IIa

C

У пацієнтів з симптомною ФП або пов'язаними з ФП ускладненнями слід зважити доцільність направлення до кардіолога.

IIa

C

Структурований план подальшого спостереження за пацієнтом, складений спеціалістом, корисний для ведення хворого лікарем загальної практики або дільничним терапевтом.

IIa

C

У пацієнтів, які отримують засоби для контролю серцевого ритму, можна зважити доцільність проведення повторних ЕКГ з метою оцінки ефективності лікування.

IIb

B

Більшість пацієнтів з ФП можуть отримати переваги від регулярного спостереження у спеціаліста в ході подальшого спостереження за ними.

IIb

C

Шкала CHA₂DS₂-VASc та частота інсульту

(a) Фактори ризику інсульту та тромбоемболій при неклапанній ФП

«Серйозні» фактори ризику

«Клінічно значущі не серйозні» фактори ризику

Перенесений раніше інсульт, ТІА
або системні емболії
Вік ≥ 75 років

Серцева недостатність або помірна чи важка
сistolічна дисфункція ЛШ (наприклад, ФВ
ЛШ $\leq 40\%$)
Артеріальна гіпертензія
Цукровий діабет
Жіноча стать
Вік 65-74 роки
Судинна патологія

(b) Ризик-орієнтований підхід, виражений у використанні бальної системи оцінки, що позначається акронімом CHA₂DS₂-VASc

(Примітка: максимальна кількість балів становить 9, оскільки за категорією «вік» можна отримати 0, 1 або 2 бали)

Фактор ризику	Кількість балів
Застійна серцева недостатність / дисфункція ЛШ	1
Артеріальна гіпертензія	1
Вік ≥ 75 років	2
Цукровий діабет	1
Інсульт / ТІА / тромбоемболії	2
Судинна патологія	1
Вік 65-74 роки	1
Стать (тобто приналежність до жіночої статі)	1
Максимальна кількість балів	9

Шкала CHADS₂ та частота інсульту

Шкала CHADS ₂	Кількість пацієнтів (n=1733)	Розрахована частота інсульту (%/рік) ^a (95% довірчий інтервал)
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)

Стратегия профилактики тромбоемболических осложнений у больных с ФП

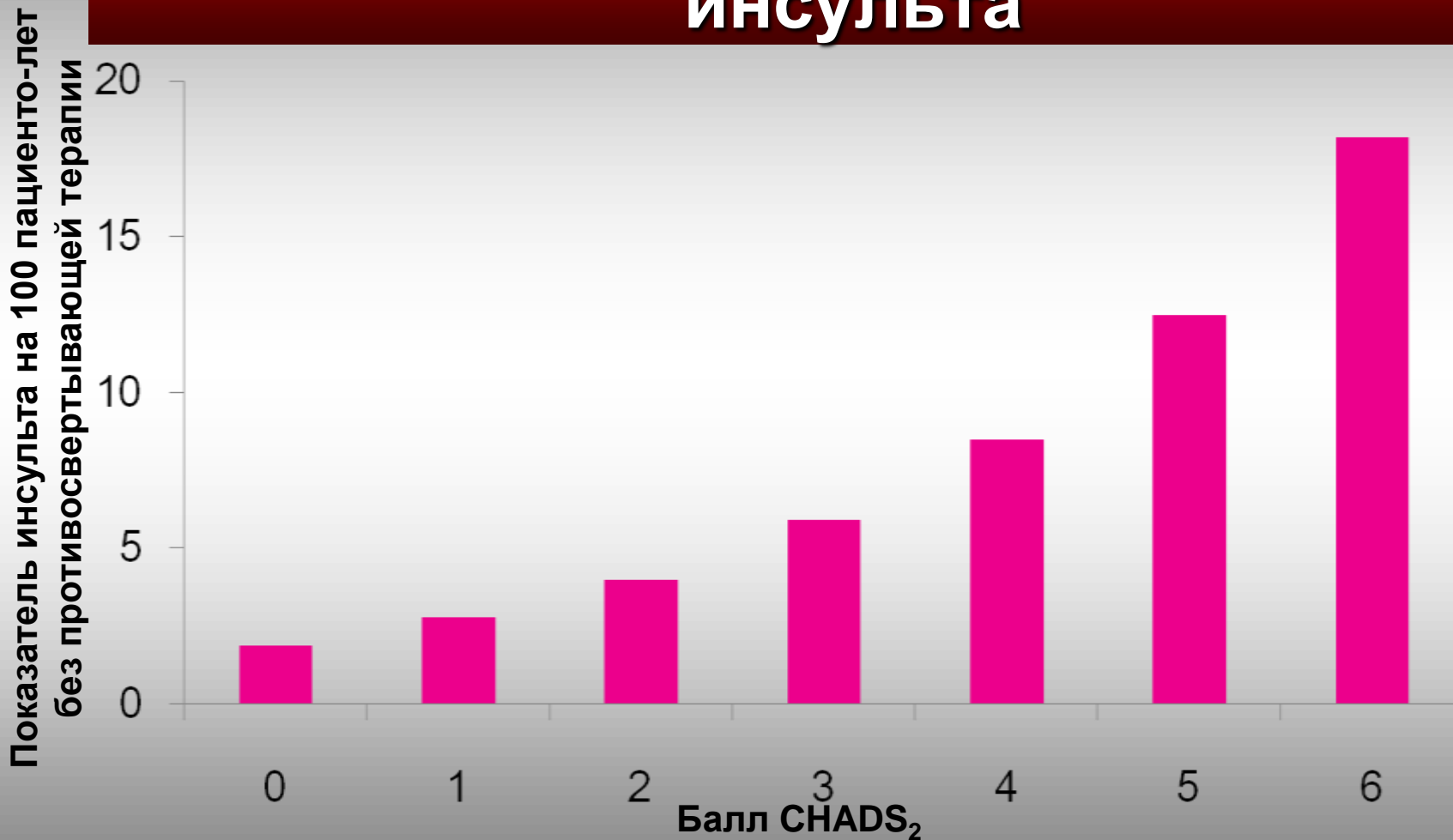
Категорія ризику	Кількість балів за шкалою CHA ₂ DS ₂ -VASc	Рекомендована антитромботична терапія
Один «серйозний» фактор ризику або ≥ 2 «клінічно значущих несерйозних» факторів ризику	≥ 2	ОАК ^a
Один «клінічно значущий несерйозний» фактор ризику	1	Або ОАК ^a , або аспірин 75–325 мг на добу. Перевагу має ОАК у порівнянні з аспірином.
Відсутність факторів ризику	0	Або аспірин 75–325 мг на добу, або відсутність протитромботичної терапії. Перевагу має відсутність протитромботичної терапії у порівнянні з аспірином.

Оральные антикоагулянты – предпочтительный выбор для всех пациентов, у которых есть хотя бы один фактор риска по CHA₂DS₂-VASc

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, КОТОРЫЕ УЧИТЫВАЮТСЯ ШКАЛОЙ ОЦЕНКИ РИСКА ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ HAS-BLED

Літера	Клінічна характеристикаа	Кількість балів
H	Артеріальна гіпертензія [Hypertension]	1
A	Порушення функції нирок / печінки [Abnormal renal and liver function] (по 1 балу за кожне)	1 або 2
S	Інсульт [Stroke]	1
B	Геморагічні ускладнення [Bleeding]	1
L	Лабільні рівні МНВ або ПТТ [Labile INRs]	1
E	Похилий вік [Elderly] (наприклад, вік >65 років)	1
D	Застосування інших лікарських засобів та зловживання алкоголем [Drugs or alcohol] (по 1 балу за кожне)	1 або 2
		Макимум 9 балів

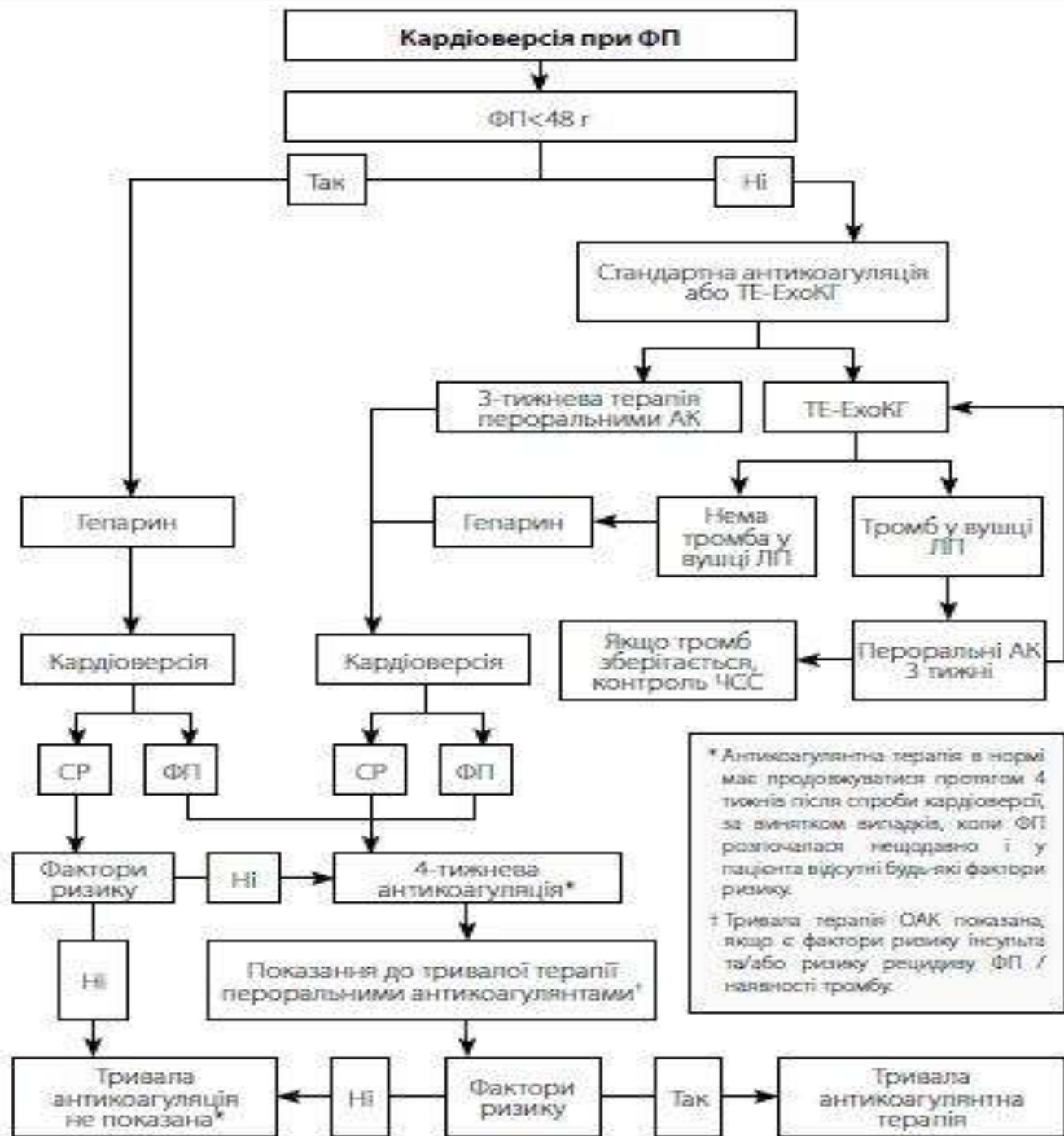
Балл по шкале CHADS₂ коррелирует с показателем частоты возникновения инсульта



ФП + СТЕНТИРОВАНИЕ = ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ

Ризик геморагічних ускладнень	Клінічна ситуація	Імплантований стент	Режим антикоагулянтної терапії
Низький або помірний (наприклад, 0-2 бали за шкалою HAS-BLED)	Планове ЧКВ	Стент без покриття	<u>1 місяць:</u> потрібна антитромботична терапія — АВК (МНВ 2,0–2,5) + аспірин ≤ 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу <u>Пожиттєво:</u> монотерапія АВК (МНВ 2,0-3,0)
	Планове ЧКВ	Стент з покриттям	<u>Від 3 (для стентів з покриттям засобами групи «олімус»^а) до 6 (для стентів з покриттям паклітакселом) місяців:</u> потрібна антитромботична терапія — АВК (МНВ 2,0–2,5) + аспірин ≤ 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу <u>До 12 місяців:</u> комбінація АВК (МНВ 2,0–2,5) + клопідогрель 75 мг/добу ^б (або аспірин 100 мг/добу) <u>Пожиттєво:</u> монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0)
	ГКС	Стент без покриття / Стент з покриттям	<u>6 місяців:</u> потрібна антитромботична терапія — АВК (МНВ 2,0–2,5) + аспірин ≤ 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу <u>До 12 місяців:</u> комбінація АВК (МНВ 2,0–2,5) + клопідогрель 75 мг/добу ^б (або аспірин 100 мг/добу) <u>Пожиттєво:</u> монотерапія АВК (МНВ 2,0-3,0)
Високий (наприклад, ≥ 3 балів за шкалою HAS-BLED)	Планове ЧКВ	Стент без покриттяс	<u>2–4 тижні:</u> потрібна антитромботична терапія — АВК (МНВ 2,0–2,5) + аспірин ≤ 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу <u>Пожиттєво:</u> монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0)
	ГКС	Стент без покриттяс	<u>4 тижні:</u> потрібна антитромботична терапія — АВК (МНВ 2,0–2,5) + аспірин ≤ 100 мг/добу + клопідогрель 75 мг/добу <u>До 12 місяців:</u> комбінація АВК (МНВ 2,0–2,5) + клопідогрель 75 мг/добу ^б (або аспірин 100 мг/добу) <u>Пожиттєво:</u> монотерапія АВК (МНВ 2,0–3,0)

**КАРДИОВЕРСІЯ
+
ТРАНС
ЭЗОФА
ГАЛЬНАЯ
ЭХОКГ
=
ОРАЛЬНІЕ
АНТИКОАГУЛ
ЯНТИ**



**АНТИКОАГУ
ЛЯНТНАЯ
И
АНТИТРОМ
БОТИЧЕСКАЯ
ТЕРАПИЯ**

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Антитромботична терапія з метою профілактики ТЕУ у рекомендована всім пацієнтам з ФП, за винятком тих, у яких спостерігається низький ризик ТЕУ (ізолювана ФП, вік <65 років або наявність протипоказань до антитромботичної терапії).	I	A
Рекомендується, щоб вибір стратегії антитромботичної терапії ґрунтувався на абсолютному ризику інсульту / ТЕУ та геморагічних ускладнень та на відносному ризику та користі для конкретного пацієнта.	I	A
У якості простого початкового (легкого для запам'ятовування) інструменту оцінки ризику інсульту у пацієнтів з неклапанною ФП рекомендується використовувати шкалу оцінки CHADS ₂ (враховує наявність серцевої недостатності, артеріальної гіпертензії, вік, наявність цукрового діабету, інсульту [два бали]).	I	A
Пацієнтам з ≥2 балів за шкалою CHADS ₂ рекомендована постійна терапія ОАК за допомогою АВК з коригованим дозуванням, спрямованим на досягнення МНВ в діапазоні 2,0–3,0 (цільовий рівень — 2,5), якщо до такої терапії немає протипоказань.	I	A
Для більш деталізованої або комплексної оцінки ризику інсульту при ФП (наприклад, у пацієнтів, які отримали 0–1 балів за шкалою CHADS ₂) рекомендований ризик-орієнтований підхід, який враховує «серйозні» та «клінічно значущі несерйозні» фактори ризику інсульту. ^c	I	A
Пацієнти з 1 «серйозним» або ≥2 «клінічно значущими несерйозними» факторами ризиками інсульту мають високий ризик, і їм рекомендована терапія ОАК (наприклад, за допомогою АВК з коригованим дозуванням, спрямованим на досягнення цільової інтенсивності антикоагуляції з МНВ в діапазоні 2,0–3,0), якщо до такої терапії немає протипоказань.	I	A

АНТИКОАГУ ЛЯНТНАЯ И АНТИТРОМ БОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Пацієнти з 1 «клінічно значущим несерйозним» фактором ризику інсульту мають помірний ризик, і їм рекомендована антитромботична терапія за допомогою:	I	A/B
I. або терапії ОАК (наприклад, АВК),	I	A
II. або аспірину 75–325 мг/добу	I	B
Пацієнти без факторів ризику інсульту мають низький ризик (переважно це пацієнти віком <65 років з ізольованою ФП без факторів ризику), і їм рекомендований або прийом аспірину 75–325 мг/добу, або відсутність антитромботичної терапії.	I	B
Пацієнтам з ФП, які мають механічні протези клапанів серця, рекомендовано при виборі цільової інтенсивності антикоагуляції при терапії АВК враховувати тип та локалізацію протезу, підтримуючи МНВ на рівні принаймні 2,5 у випадку протезу мітрального клапану та принаймні 2,0 у випадку протезу аортального клапану.	I	B
Пацієнтам з тріпотінням передсердь рекомендована така ж стратегія антитромботичної терапії, як і пацієнтам з ФП.	I	C
Вибір стратегії антитромботичної терапії повинен проводитися із врахуванням однакових критеріїв, незалежно від характеру перебігу ФП (тобто, незалежно від того, чи є ФП пароксизмальною, персистуючою чи постійною).	IIa	A
Для більшості пацієнтів з одним «клінічно значущим несерйозним» фактором ризику інсульту слід зважити доцільність призначення терапії ОАК (наприклад, АВК), а не прийому аспірину, беручи до уваги результати оцінки ризику геморагічних ускладнень, можливість безпечно підтримувати у цього пацієнта належним чином кориговані рівні постійної антикоагуляції та уподобання самого пацієнта.	IIa	A
Для пацієнтів без факторів ризику, які відносяться до групи низького ризику (переважно це пацієнти віком <65 років з ізольованою ФП без факторів ризику), слід зважити доцільність відсутності антитромботичної терапії, а не прийому аспірину.	IIa	B

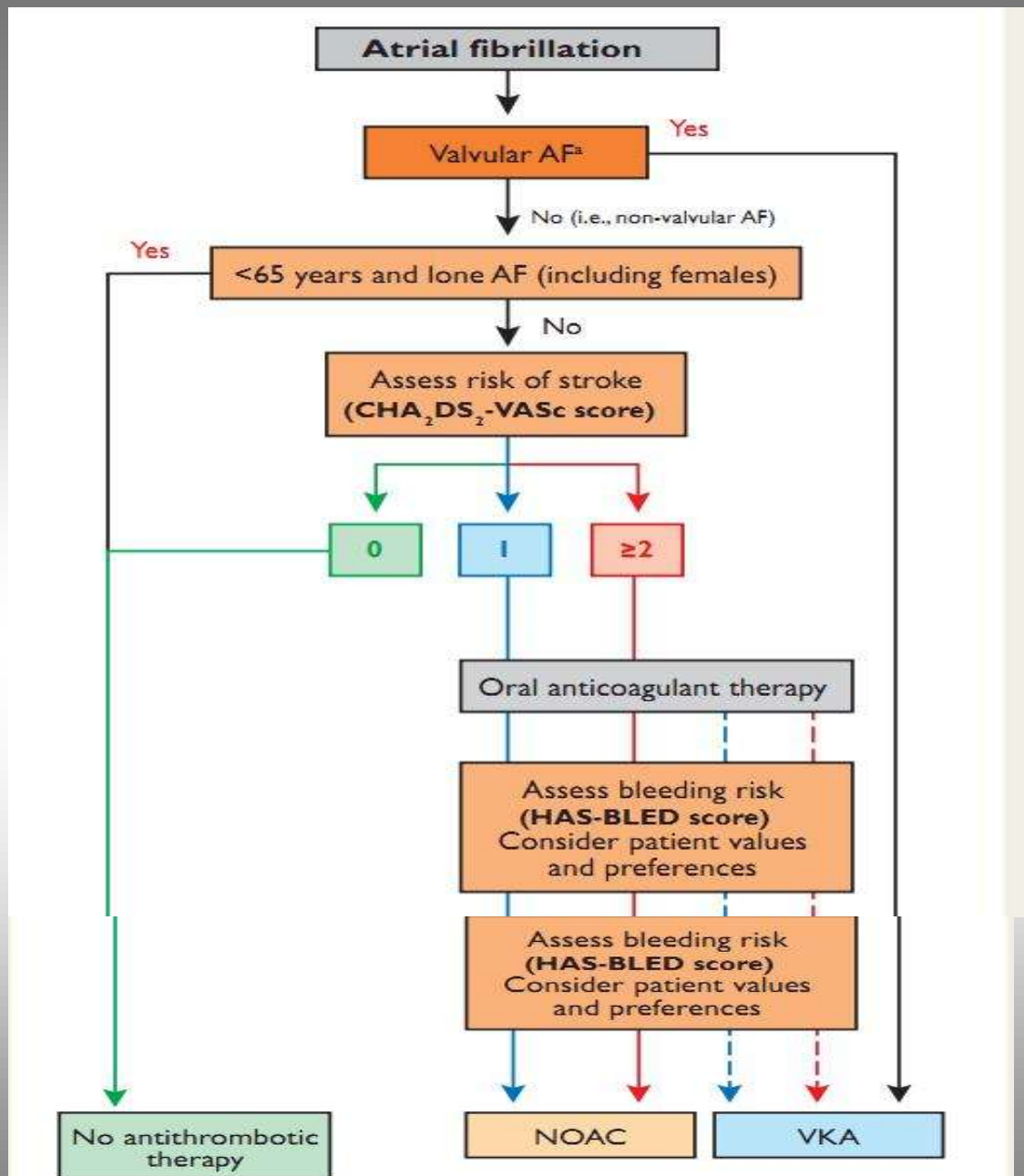
**АНТИКОАГ
У
ЛЯНТНАЯ
И
АНТИТРОМ
БОТИЧЕСК
АЯ
ТЕРАПИЯ**

Рекомендації	Клас ^a	Рівень ^b
Доцільність застосування комбінованої терапії аспірином 75–100 мг/добу плюс клопідогрель 75 мг/добу з метою профілактики інсульту слід зважити у пацієнтів, які відмовляються від показаної їм терапії ОАК або у яких є очевидні протипоказання до терапії ОАК (наприклад, нездатність проводити або продовжувати моніторинг показників зсідання крові), за умови низького ризику геморагічних ускладнень.	IIa	B
Доцільність застосування інгібиторів фактору Ха (ривароксабан та інці за умови реєстрації в Україні) з метою профілактики інсульту слід зважити у пацієнтів, які відмовляються від показаної їм терапії ОАК або у яких не можливо провести терапію ОАК (наприклад, нездатність проводити або продовжувати моніторинг показників зсідання крові).	I	B
Через регулярні інтервали часу показано проводити переоцінки користі антитромботичної терапії, пов'язаних з нею ризиків та потреби у ній.	IIa	C
У пацієнтів з ФП, у яких розвивається гострий інсульт або ТІА, перед початком антитромботичної терапії показане належне лікування неконтрольованої артеріальної гіпертензії, і для виключення крововиливу у мозок проводиться нейровізуалізаційне дослідження (комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія).	IIa	C

Стратегии ведения пациентов с ФП

- ◆ Три задачи: контроль ЧСС, восстановление ритма и профилактика тромбоэмболии¹
- ◆ Контролировать ЧСС или ритм?
 - Рекомендации принимают во внимание такие факторы как тип ФП, возраст, сопутствующие заболевания, симптомы, а также предпочтения пациента^{1,2}
 - Результаты исследований AFFIRM, RACE: различий между двумя стратегиями относительно смертности и заболеваемости нет^{3,4}

Независимо от того, контролируется ЧСС или ритм при ФП, ключевым моментом остается профилактика тромбоэмболии^{1,5}



Кровотечение у пациента, принимающего непрямые антикоагулянты

Контроль гемодинамики, коагулограмма для оценки антикоагулянтного эффекта (АЧТВ дабигатран, Анти Ха активность для ривароксабана)

Patient on NOAC presenting with bleeding

Check haemodynamic status, basic coagulation tests to assess anticoagulation effect (e.g. aPTT for dabigatran, PT or anti Xa activity for rivaroxaban), renal function, etc.

Minor

Delay next dose or discontinue treatment

Пропустите следующую дозу или прекратить лечение

Moderate-severe

Symptomatic/supportive treatment
Mechanical compression
Fluid replacement
Blood transfusion
Oral charcoal if recently ingested³

Симптоматическая /поддерживающая терапия
Механическая компрессия
Переливание кровозаменительных растворов
Переливание крови
Сорбент, если принял недавно

Moderate-severe

Symptomatic/supportive treatment
Mechanical compression
Fluid replacement
Blood transfusion
Oral charcoal if recently ingested³

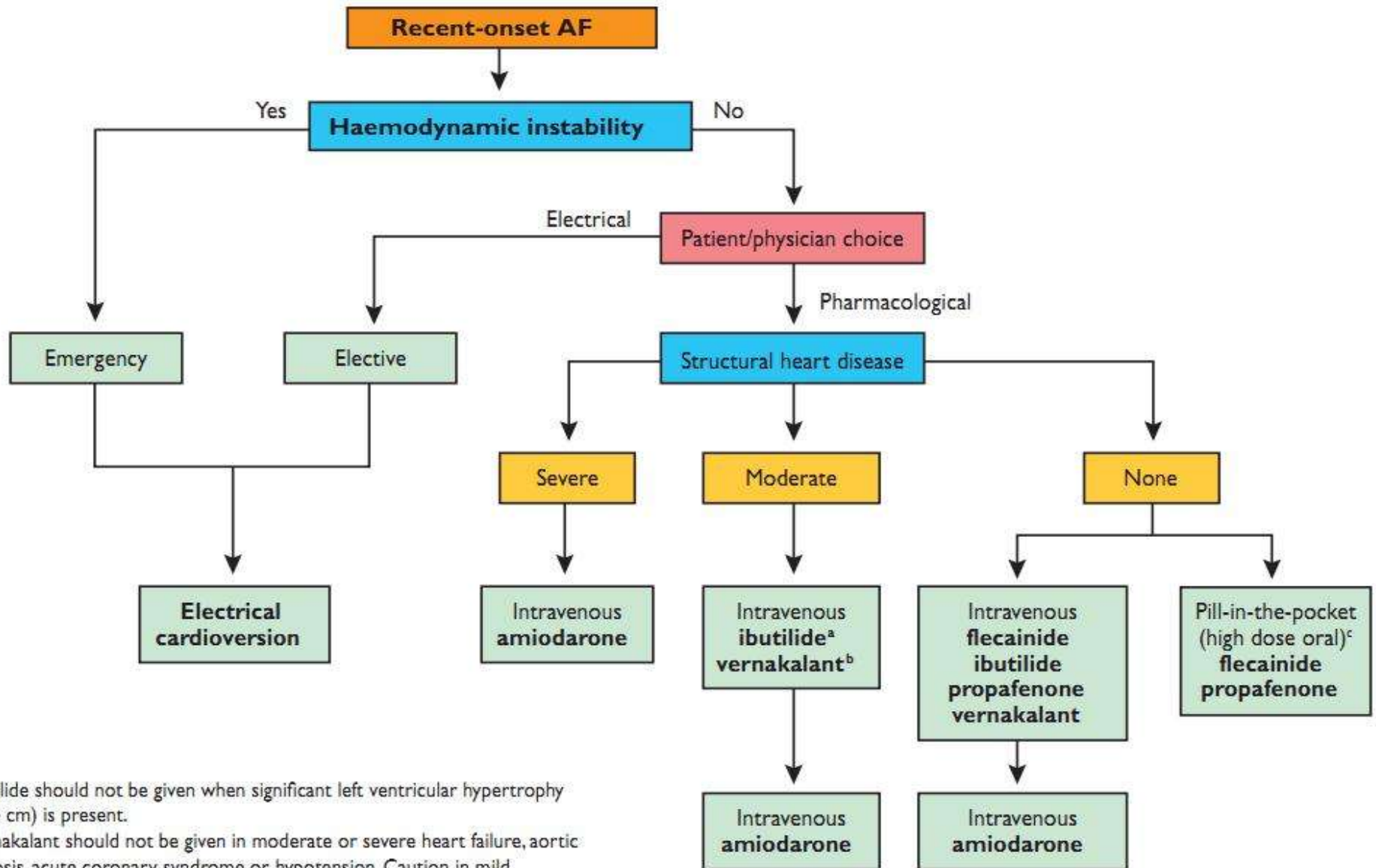
Симптоматическая /поддерживающая терапия
Механическая компрессия
Переливание кровозаменительных растворов
Переливание крови
Сорбент, если принял недавно

Very severe

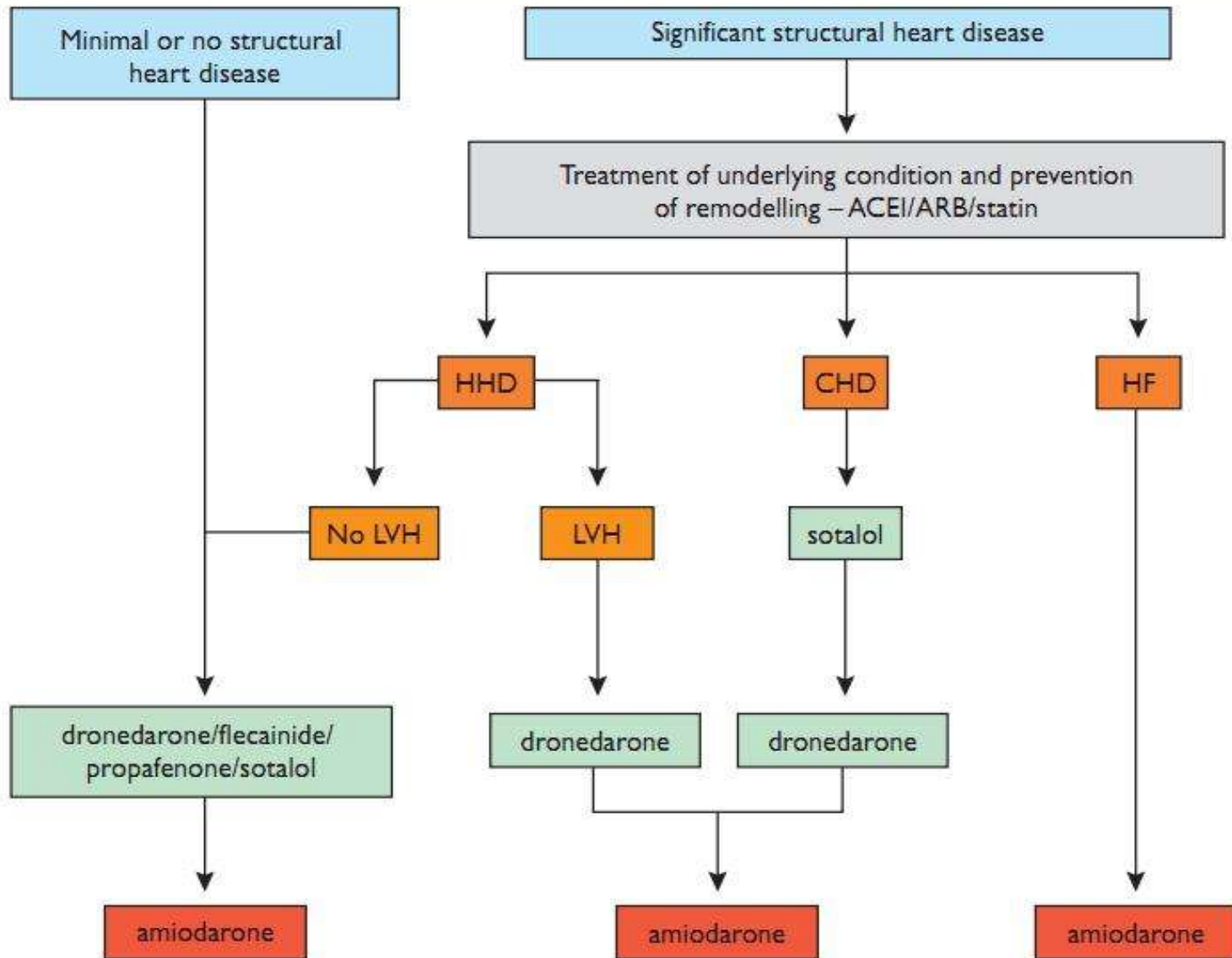
Consider rFVIIa or PCC
Charcoal filtration²/
haemodialysis³

Гемосорбция /гемодиализ

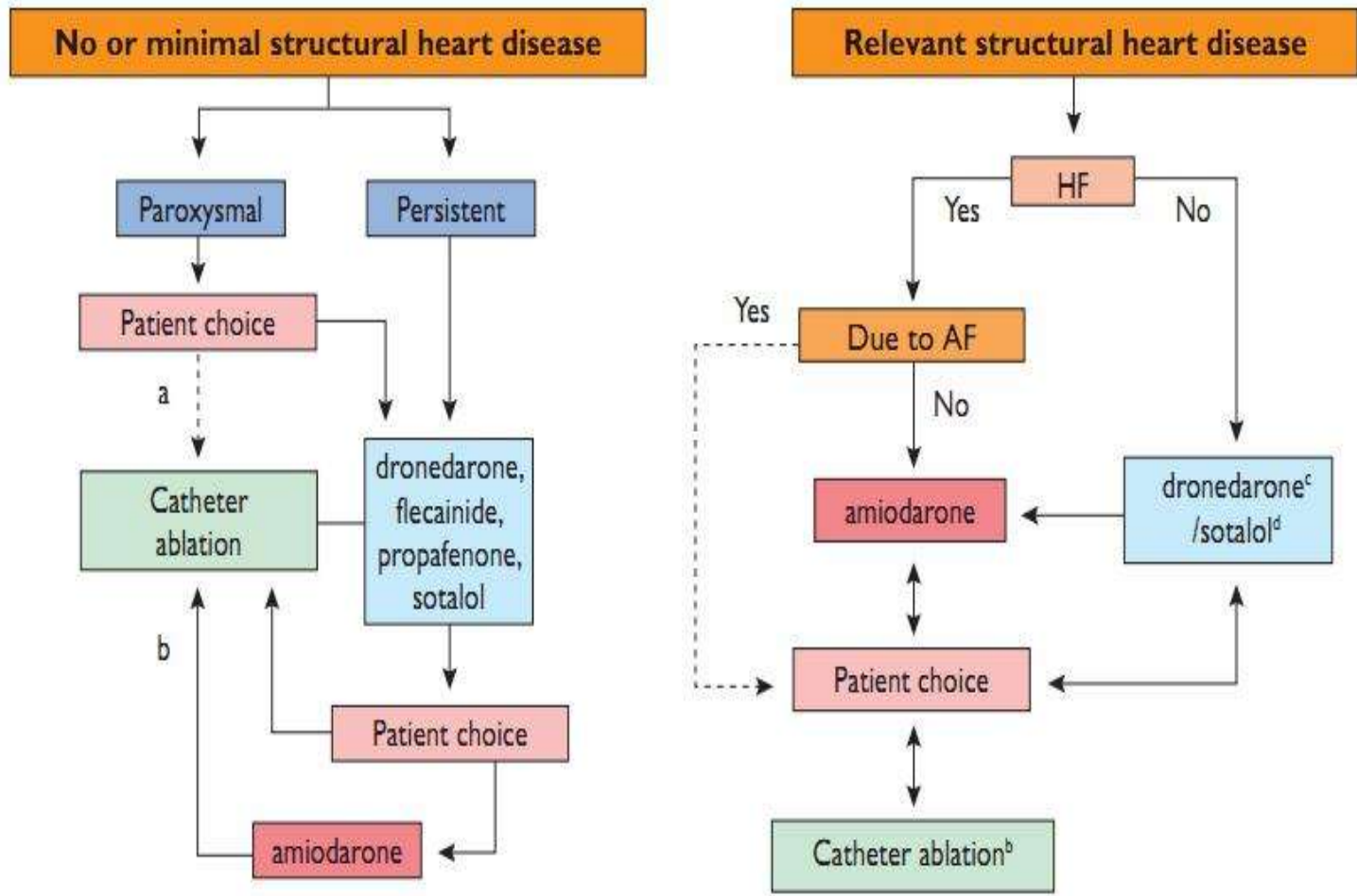
Восстановление ритма



ibutilide should not be given when significant left ventricular hypertrophy (LVH) (wall thickness > 1.4 cm) is present.
 vernakalant should not be given in moderate or severe heart failure, aortic stenosis, acute coronary syndrome or hypotension. Caution in mild heart failure.



ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin-receptor blocker; HHD = hypertensive heart disease; CHD = coronary heart disease; HF = heart failure; LVH = left ventricular hypertrophy, NYHA = New York Heart Association. Antiarrhythmic agents are listed in alphabetical order within each treatment box.

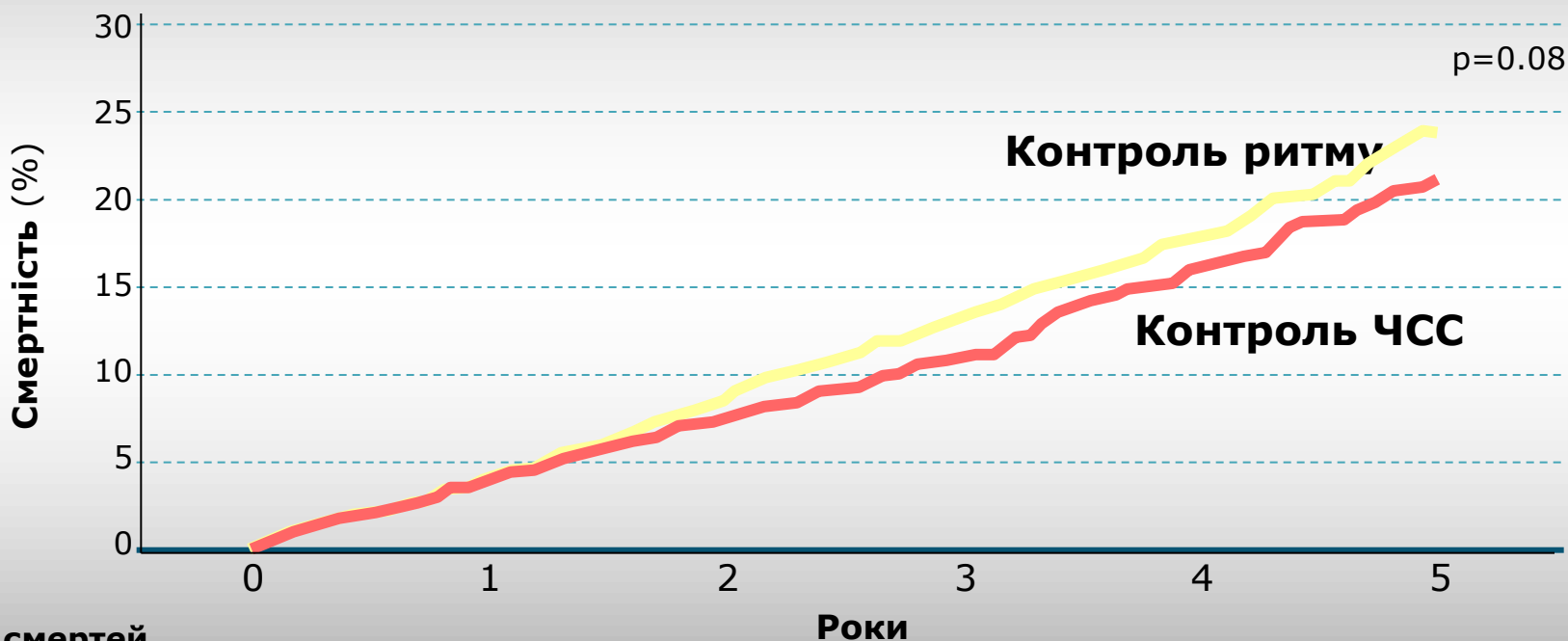


AF = atrial fibrillation; HF = heart failure. ^aUsually pulmonary vein isolation is appropriate. ^bMore extensive left atrial ablation may be needed. ^cCaution with coronary heart disease. ^dNot recommended with left ventricular hypertrophy. Heart failure due to AF = tachycardiomyopathy.

Figure 5 Antiarrhythmic drugs and/or left atrial ablation for rhythm control in AF.

AFFIRM: вплив двох стратегій на смертність

(n=4060)



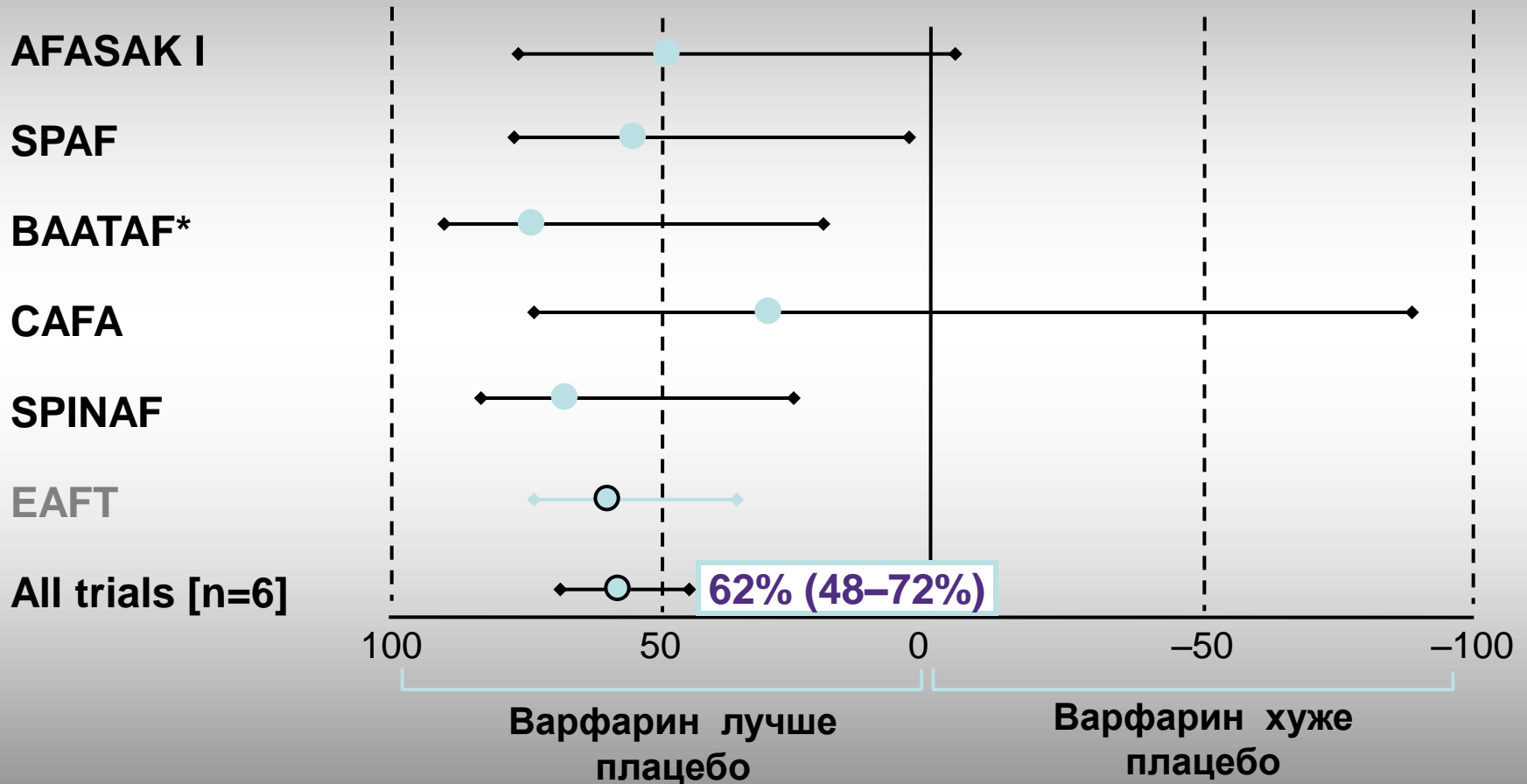
К-ть смертей

	0	1	2	3	4	5
Контроль ритму	0	80 (4)	175 (9)	357 (13)	314 (18)	352 (24)
Контроль ЧСС	0	78 (4)	148 (7)	210 (11)	275 (16)	306 (21)

Варфарин снижает риск возникновения инсульта

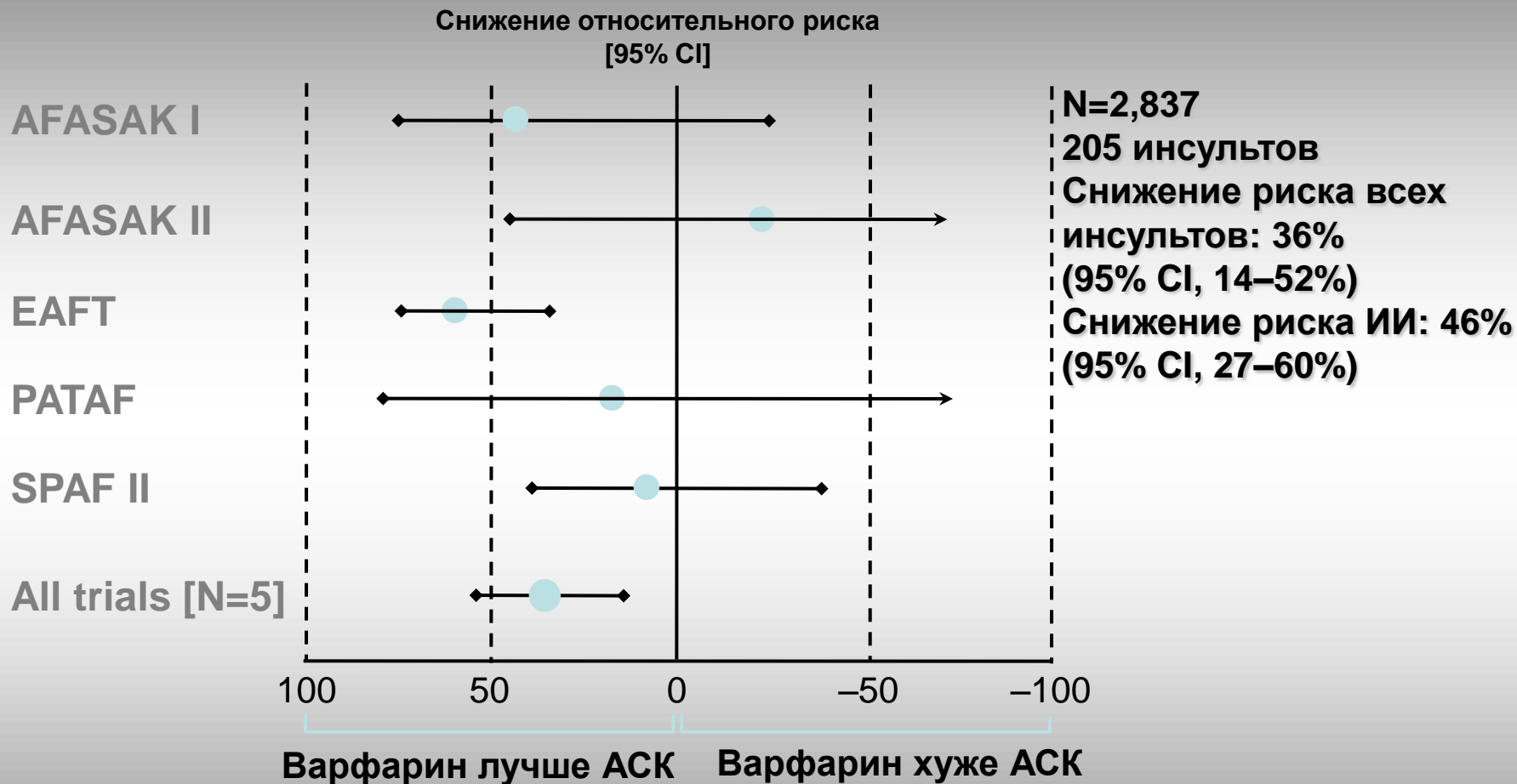
на **62%** по сравнению с плацебо

Снижение относительного риска [95% CI]



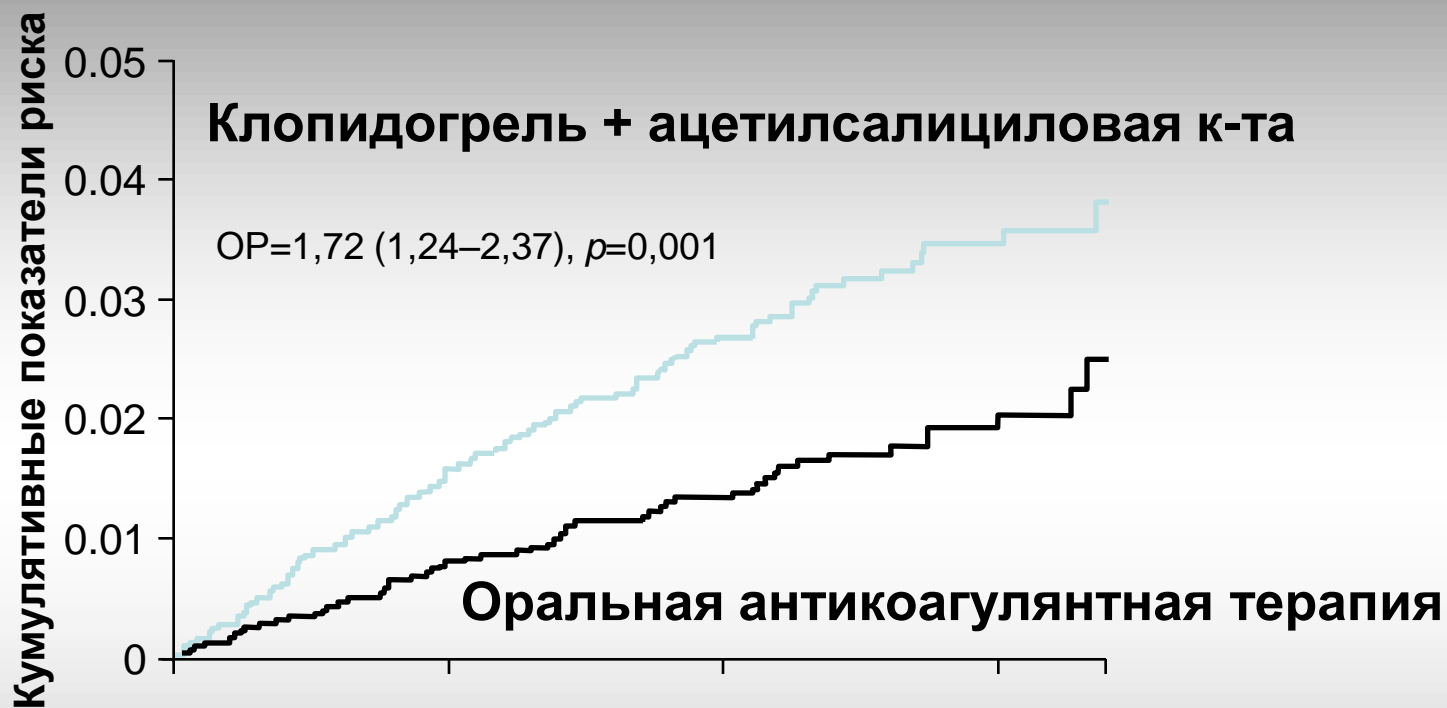
*Patients in control group were permitted to take 'Aspirin'

Эффективность варфарина по сравнению с ацетилсалициловой кислотой (АСК)



Варфарин более эффективно предотвращает инсульт по сравнению с АСК у больных с ФП

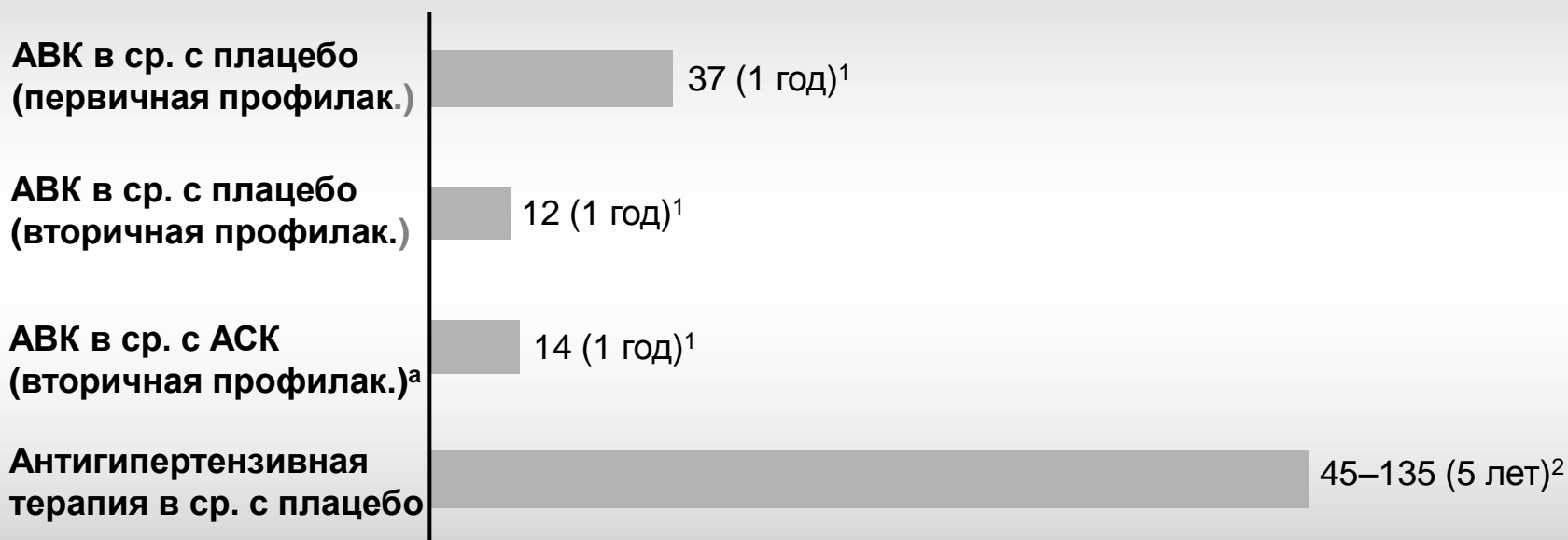
АВК в сравнении с двойной антиагрегантной терапией (в рамках исследования ACTIVE W)



Варфарин у больных с ФП предотвращает инсульт эффективнее чем комбинация АСК + клопидогрель

Снижение риска инсульта у пациентов с ФП

Кол-во пациентов, которое нужно пролечить, чтобы предотвратить 1 инсульт^b



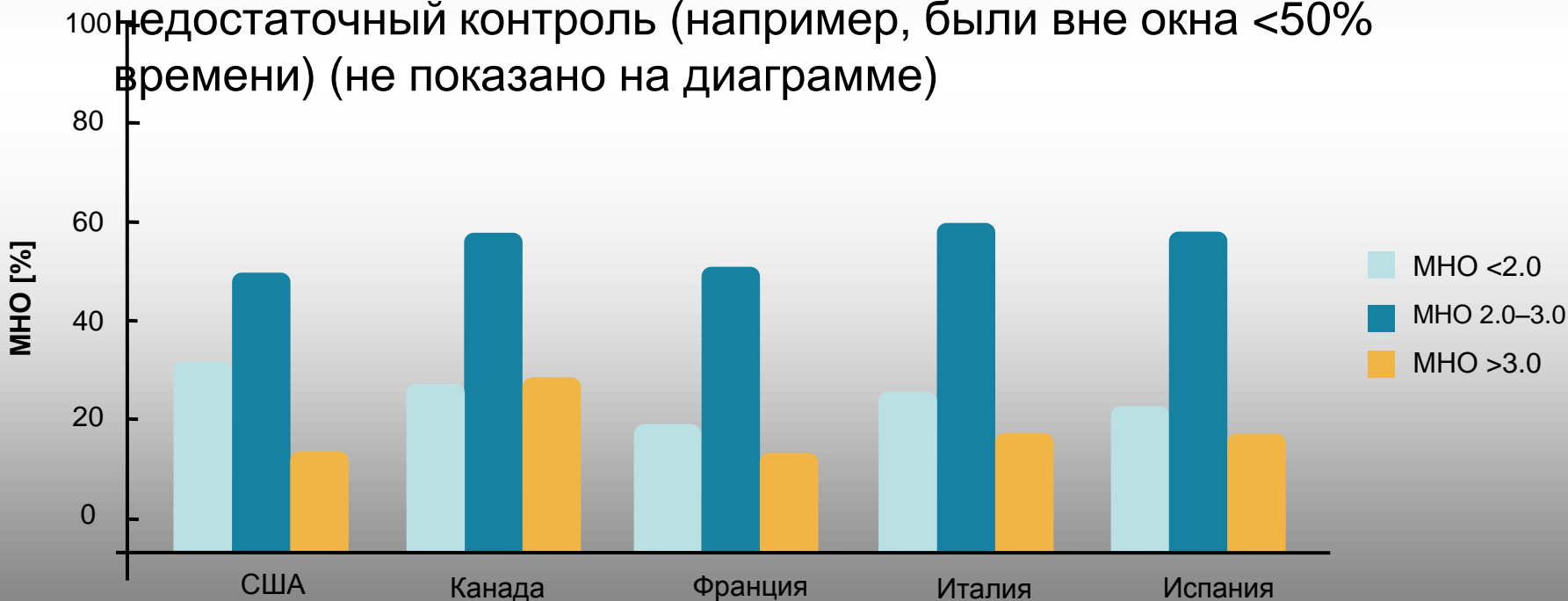
^aИсследование SPAFII было исключено из мета-анализа;

^bГеморрагический+ишемический инсульт суммарно

Контроль МНО в реальной жизни

ниже оптимального

- ◆ Ретроспективное, мультицентровое исследование 1,511 пациентов с хронической ФП неклапанной этиологии
- ◆ МНО в интервале 2.0–3.0 был у 50.8% - 60.0% в зависимости от страны
- ◆ Процент времени, в течение которого пациент был в этом интервале был 58.1% - 69.5% в то время, как у 11–36% был недостаточный контроль (например, были вне окна <50% времени) (не показано на диаграмме)



Антагонисты витамина К: недостатки

◆ Узкое терапевтическое окно (МНО 2,0–3,0)

- Необходим текущий контроль свертываемости и корректировка дозы
- Выход за пределы терапевтического диапазона повышает риск инсульта и побочных явлений кровотечения

◆ Значительная меж- и внутрииндивидуальная вариабельность в соотношении «доза-эффект» из-за:

- Взаимодействия с пищей и параллельно принимаемыми препаратами
- Непредсказуемого фармакологического действия
- Сочетанной патологии

◆ Нежелание врачей назначать АВК

- Особенно пациентам старшего возраста, так как считается, что риск возможного кровотечения превосходит потенциальные преимущества
- Страх перед внутричерепным кровоизлиянием, что имеет наиболее тяжелые последствия

2012

Oral Antithrombotic Agents for the Prevention of Stroke in Nonvalvular Atrial Fibrillation : A Science Advisory for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Karen L. Furie, Larry B. Goldstein, Gregory W. Albers, Pooja Khatri, Ron Neyens, Mintu P. Turakhia, Tanya N. Turan and Kathryn A. Wood

on behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Quality of Care and Outcomes Research, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease

Furie et al Oral Agents for Stroke Prevention in Nonvalvular AF 9

Table 2. Comparison of Key Studies of New Oral Antithrombotics

	RE-LY ²⁸	ROCKET-AF ⁵²	ARISTOTLE ⁵⁸	AVERROES ⁵⁶
Agent	Dabigatran 150 mg BID	Rivaroxaban 20 mg QD	Apixaban 5 mg or 2.5 mg BID*	Apixaban 5 mg BID*
Comparator	Warfarin	Warfarin	Warfarin	Aspirin 81–325 mg QD
Blinding	Open label	Double blind, double dummy	Double blind, double dummy	Double blind, double dummy
Sample size	18 113	14 264	18 201	5599
Mean age, y	72	73	70	70
Female, %	36	40	35	41
CHADS score	2.1	3.5	2.1	2.0
0–1, %	32	0	34	37
2, %	35	13	36	35
3–6, %	33	87	30	28
Previous stroke, %	20	34	19	14

Oral Antithrombotic Agents for the Prevention of Stroke in Nonvalvular Atrial Fibrillation

A Science Advisory for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists

1. Warfarin (Class I; Level of Evidence A), dabigatran (Class I; Level of Evidence B), apixaban (Class I; Level of Evidence B), and rivaroxaban (Class IIa; Level of Evidence B) are all indicated for the prevention of first and recurrent stroke in patients with nonvalvular AF. The selection of an antithrombotic agent should be individualized on the basis of risk factors, cost, tolerability, patient preference, potential for drug interactions, and other clinical characteristics, including time in INR therapeutic range if the patient has been taking warfarin.
2. Dabigatran 150 mg twice daily is an efficacious alternative to warfarin for the prevention of first and recurrent stroke in patients with nonvalvular AF and at least 1 additional risk factor who have CrCl >30 mL/min (Class I; Level of Evidence B).

1. Варфарин (Класс 1, уровень А), дабигатран (Класс 1, уровень В), апиксабан (Класс 1, уровень В), Ривароксабан (Класс IIa, уровень В) применяются для первичной или повторной профилактики инсульта у пациентов с неклапанной ФП. Выбор антитромботического агента должен быть индивидуализирован в соответствии с факторами риска, ценой, взаимодействии препаратов, др. клин. характеристик, включая время перехода с варфарина по МНО.

2. Дабигатран 150*2 р\сут эффективней варфарина, особенно у больных с СКФ >30 мл\мин, 30-15 мл\мин – 75*2р., <15 мл\мин нежелательно

Oral Antithrombotic Agents for the Prevention of Stroke in Nonvalvular Atrial Fibrillation

A Science Advisory for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists

Apixaban 5 mg twice daily is an efficacious alternative to aspirin in patients with nonvalvular AF deemed unsuitable for vitamin K antagonist therapy who have at least 1 additional risk factor and no more than 1 of the following characteristics: Age ≥ 80 years, weight ≤ 60 kg, or serum creatinine ≥ 1.5 mg/dL (*Class I; Level of Evidence B*).

Although its safety and efficacy have not been established, apixaban 2.5 mg twice daily may be considered as an alternative to aspirin in patients with nonvalvular AF deemed unsuitable for vitamin K antagonist therapy who have at least 1 additional risk factor and ≥ 2 of the following criteria: Age ≥ 80 years, weight ≤ 60 kg, or serum creatinine ≥ 1.5 mg/dL (*Class IIb; Level of Evidence C*).

Apixaban 5 mg twice daily is a relatively safe and efficacious alternative to warfarin in patients with nonvalvular AF deemed appropriate for vitamin K antagonist therapy who have at least 1 additional risk factor and no more than 1 of the following characteristics: Age ≥ 80 years, weight ≤ 60 kg, or serum creatinine ≥ 1.5 mg/dL, (*Class I; Level of Evidence B*).

Апиксабан 5 мг*2р.сут эффективная альтернатива аспирину у пациентов с неклапанной ФП, которым не подходит прием антагониста вит К, которые имеют 1 дополнительный фактор риска и более, или одну из характеристик: возраст ≥ 80 лет, вес ≤ 60 кг, креатинин ≥ 1.5 мг\dl

Апиксабан нельзя применять у пациентов с СКФ ≤ 25 мл\мин

Oral Antithrombotic Agents for the Prevention of Stroke in Nonvalvular Atrial Fibrillation

A Science Advisory for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists

In patients with nonvalvular AF who are at moderate to high risk of stroke (prior history of TIA, stroke, or systemic embolization or ≥ 2 additional risk factors), rivaroxaban 20 mg/d is reasonable as an alternative to warfarin (*Class IIa; Level of Evidence B*).

In patients with renal impairment and nonvalvular AF who are at moderate to high risk of stroke (prior history of TIA, stroke, or systemic embolization or ≥ 2 additional risk factors), with a CrCl of 15 to 50 mL/min, 15 mg of rivaroxaban daily may be considered; however, its safety and efficacy have not been established (*Class IIb; Level of Evidence C*).

Rivaroxaban should not be used if the CrCl is < 15 mL/min (*Class III; Level of Evidence C*).

The safety and efficacy of combining dabigatran, rivaroxaban, or apixaban with an antiplatelet agent have not been established (*Class IIb; Level of Evidence C*).

У пациентов с неклапанной ФП, у которых имеется высокий риск

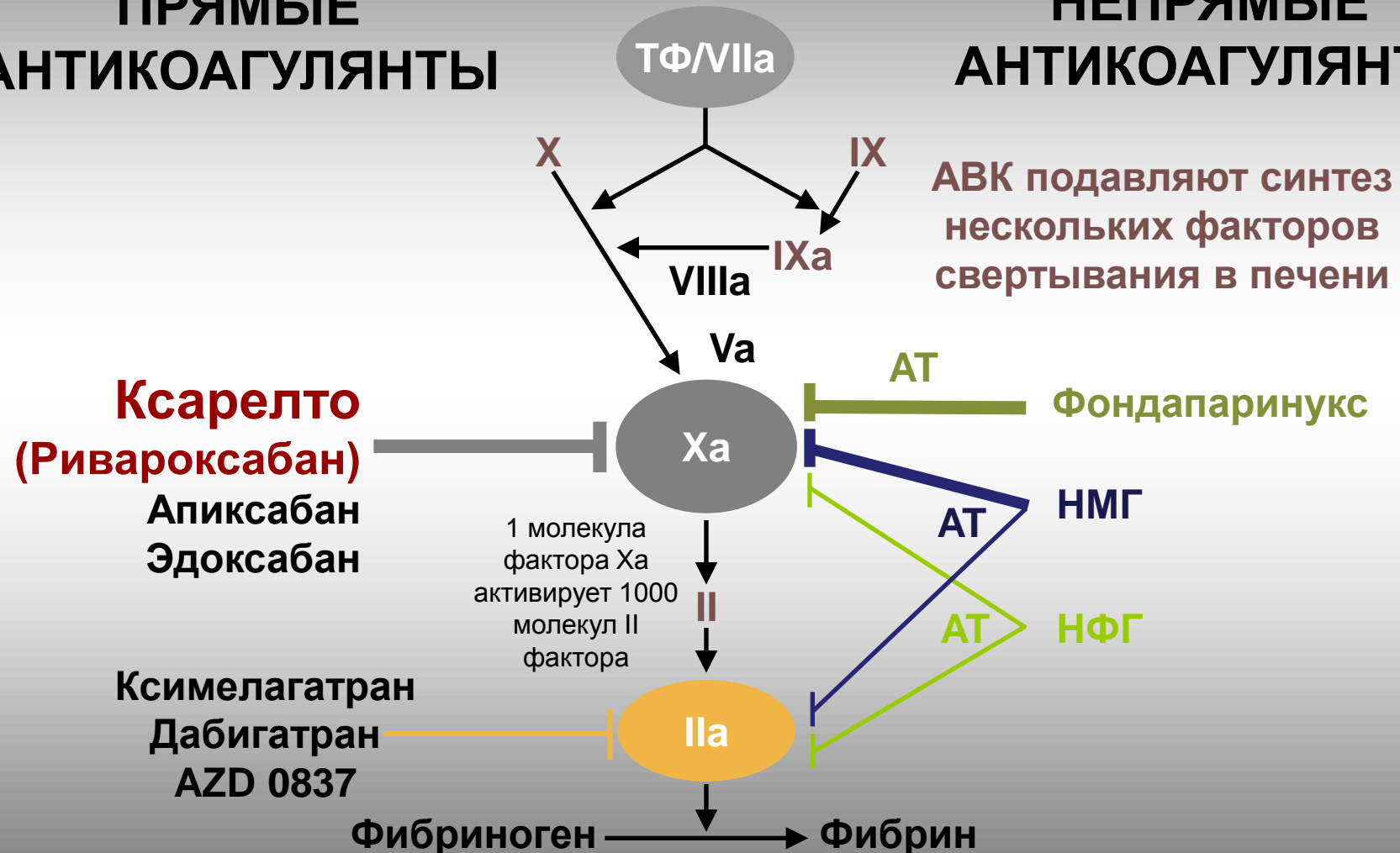
инсульта (ТИА, инсульт в анамнезе, системная эмболия, или ≥ 2 факторов риска), ривароксабан 20 мг\сут рекомендуется как альтернатива варфарину (Класс IIa, уровень B).

Отсутствует доказательная база по комбинированному приему дабигатрана, апиксабана, ривароксабана.

Новые механизмы влияния на коагуляционный каскад

ПРЯМЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ

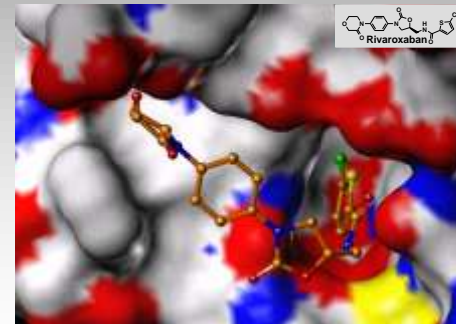
НЕПРЯМЫЕ* АНТИКОАГУЛЯНТЫ



* Действие НФГ, НМГ, фондапаринукса опосредовано антитромбином III (АТ)

Ксарелто (ривароксабан) обладает прогнозируемой фармакокинетикой

Ксарелто – первый таблетированный прямой ингибитор фактора Ха



◆ Абсорбция

Биодоступность: 80-100%*

$C_{\text{макс}}$ достигается через 2,5–4 часа

◆ Распределение

92-95% ривароксабана связывается с белками плазмы (альбумин).

◆ Метаболизм

2/3 назначенной дозы выводится в форме метаболитов

◆ Выделение

1/3 дозы выводится в неизменном виде

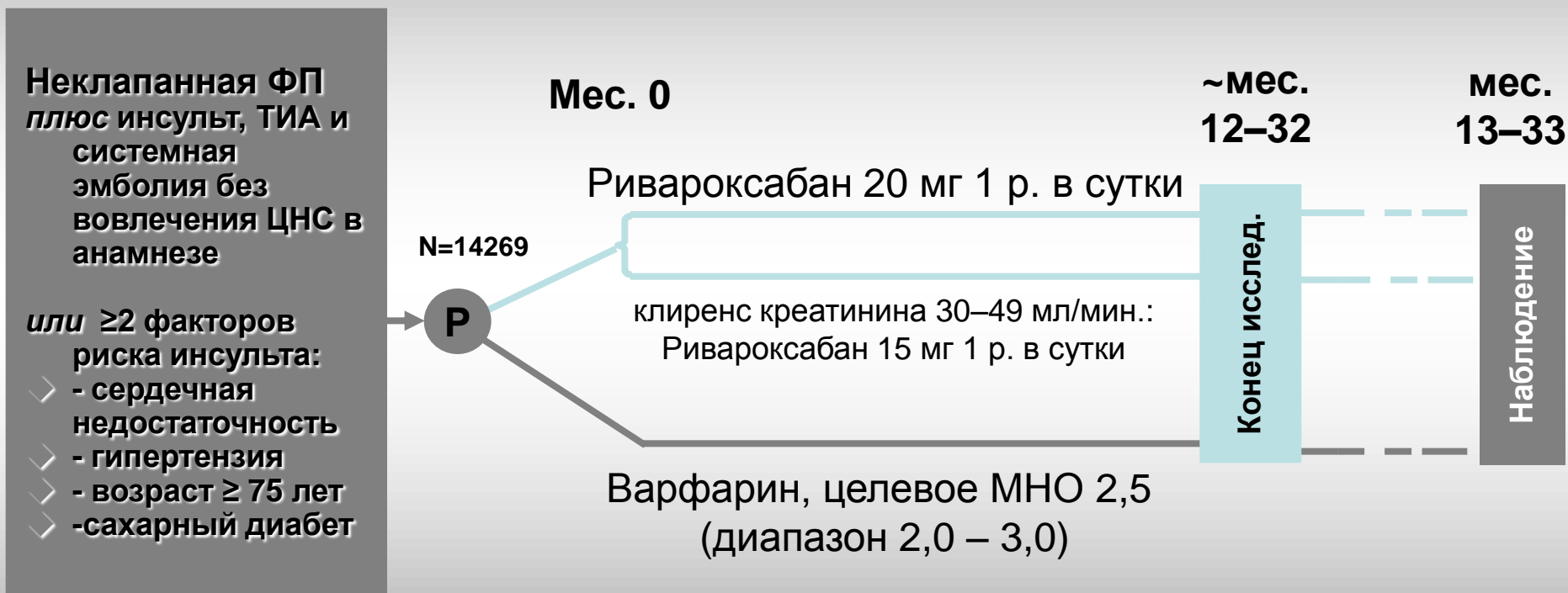
Двойной путь выведения почками (50%) и с фекалиями/желчью (50%)

Период полувыведения 5 - 9 часов у молодых пациентов, и 11-13 часов у пожилых.

* 10 мг имеет биодоступность 80-100% независимо от приёма пищи
15 мг, 20 мг имеет биодоступность 80-100% при приёме одновременно с пищей

Дизайн исследования ROCKET AF

Рандомизированное двойное слепое исследование III фазы



В Украине участвовали 48 сайтов (17 сайтов - в Киеве) 1011 пациентов
Профиль: кардиология, неврология, терапия

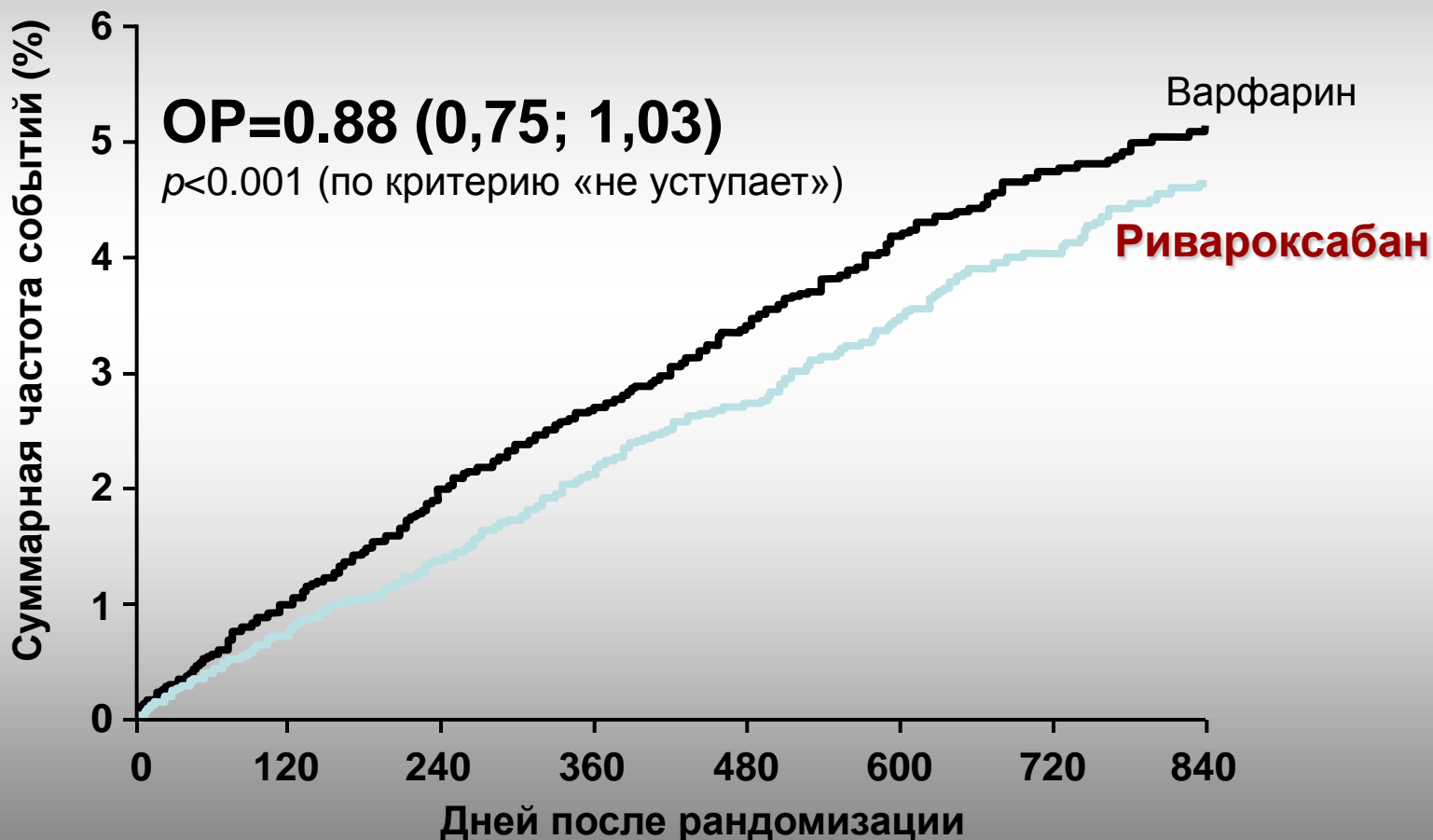
Исследование ROCKET AF: демография

	Ривароксабан (N=7081)	Варфарин (N=7090)
CHADS₂ Score (среднее)	3.48%	3.46%
2	13%	13%
3	43%	44%
4	29%	28%
5	13%	12%
6	2%	2%
Использование ант.вит. К ранее	62%	63%
Сердечная недостаточность	63%	62%
Гипертензия	90%	91%
Сахарный диабет	40 %	39 %
Инсульт/ТИА/Эмболия в анамнезе	55 %	55 %
Инфаркт миокарда в анамнезе	17%	18%

Based on Intention-to-Treat Population (for efficacy)

Результаты по первичной точке эффективности

Инсульт или системная эмболия



Вторичные оцениваемые результаты эффективности

	Ривароксабан	Варфарин (МНО 2-3, TTR≈55%)		
	Частота событий	Частота событий	ОР (95% ДИ)	P-значен.
Сосуд. смерть, инсульт, эмболия	3,11	3,63	0,86 (0,74, 0,99)	0,034
Тип инсульта				
Геморрагич.	0,26	0,44	0,59 (0,37, 0,93)	0,024
Ишемический	1,34	1,42	0,94 (0,75, 1,17)	0,581
Неясной этиолог.	0,06	0,10	0,65 (0,25, 1,67)	0,366
Нецеребр. эмболия	0,04	0,19	0,23 (0,09, 0,61)	0,003
Инфаркт миокарда	0,91	1,12	0,81 (0,63, 1,06)	0,121
Смерть от всех причин	1,87	2,21	0,85 (0,70, 1,02)	0,073
Сосудистые	1,53	1,71	0,89 (0,73, 1,10)	0,289
Несосудист.	0,19	0,30	0,63 (0,36, 1,08)	0,094
Неясной этиолог.	0,15	0,20	0,75 (0,40, 1,41)	0,370

Ривароксабан по многим показателям безопасности превзошел варфарин

	Ривароксабан	Варфарин (МНО 2-3, TTR≈55%)		
	Частота событий	Частота событий	ОР (95% ДИ)	P-значен.
Серьезное	3,60	3,45	1,04 (0,90, 1,20)	0,576
Снижение Hb ≥ 2 г/дл	2,77	2,26	1,22 (1,03, 1,44)	0,019
Гемотрансф. (> 2 дозы)	1,65	1,32	1,25 (1,01, 1,55)	0,044
Кровот. в критич. орган	0,82	1,18	0,69 (0,53, 0,91)	0,007
Кровот. фатальное	0,24	0,48	0,50 (0,31, 0,79)	0,003
Внутричерепное кровоизл.	55 (0,49)	84 (0,74)	0,67 (0,47, 0,94)	0,019
Интрапаренхимальное	37 (0,33)	56 (0,49)	0,67 (0,44, 1,02)	0,060
Интравентрикулярное	2 (0,02)	4 (0,04)		
Субдуральное	14 (0,13)	27 (0,27)	0,53 (0,28, 1,00)	0,051
Субарахноидальное	4 (0,04)	1 (0,01)		

Начало антикоагулянтной терапии на фоне

ишемического инсульта

- ◆ Нередко ФП впервые диагностируется после инсульта
- ◆ При повышенном риске инсульта повышен и риск кровотечения
- ◆ Согласно Руководствам (ESC 2010, Stroke Prevention Guidelines 2010, Ассоциации кардиологов Украины и др.):
 - антикоагулянтная терапия при ФП начинается не ранее, чем через 2 недели после ишемического инсульта;
 - при обширном ишемическом инсульте антикоагулянтную терапию начинают в более отсроченном периоде (через месяц и более) в связи риском геморрагической трансформации очага (риск наиболее высокий в первые 5 дней, тем не менее сохраняется до 2-3 недель);
 - при ТИА на фоне ФП антикоагулянтная терапия начинается как только позволяет клиническая ситуация;
 - при геморрагическом инсульте антикоагулянты не применяются

Выводы для практического применения (1)

- ◆ Ривароксабан (Ксарелто) в фиксированной дозе 20 мг один раз в день эффективен для профилактики инсульта и системной эмболии у пациентов с ФП
- ◆ При профилактике **повторного инсульта** (55% в каждой группе сравнения) в группе ривароксабана продемонстрированы преимущества в сравнении с варфарином
- ◆ Профилактика необходима до тех пор, пока сохраняется высокий риск тромбоемболии
- ◆ На протяжении первых 3 мес. после инсульта или ТИА на фоне ФП отмечается особо высокий риск повторного инсульта

Выводы для практического применения (2)

- ◆ Применение Ксарелто при почечной недостаточности:
 - легкая ст. - коррекция дозы не требуется (20 мг 1 раз в сутки);
 - средняя ст. - 15 мг один раз в сутки;
 - тяжелая ст. - 15 мг один раз в сутки с осторожностью, при клиренсе креатинина ниже 15 мл/сут препарат не применяется
- ◆ Антидот в программе исследований не требовался (более 14тыс. пациентов)
- ◆ Рекомендуется прием препарата в дозе 20 и 15 мг с едой
- ◆ Рутинный мониторинг параметров свертывания при применении новых селективных антикоагулянтов не требуется
- ◆ Переход с АВК на ривароксабан и с ривароксабана на АВК должен осуществляться **согласно инструкции по медицинскому применению под контролем МНО**



**Разбор
клинического
случая**

Национальний
"Інститут кардіології ім

Госпіталізація	12	0
дата (число, рік)		
Витиска (смерть)	22	

Проведено ліжко-днів

Група крові

Підвищена чутливість або

1. Прізвище, ім'я, по батьку

Григорук

2. Постійне місце проживання

м. Київ

3. Місце роботи, спеціальність

для учнів, студентів - місце навчання

6. Ким направлений хворий

7. Госпіталізований(а) в ст.

початку захворювання, с

8. Діагноз лікувального за

9. Діагноз при госпіталізац

високий АД, ІІ ф.к.

10. Діагноз клінічний: ІІ ф.к.

Дата встановлення: 15

11. Діагноз заключний клі

а) основний (очень вис

ІІ ф.к. и повышен С

Тотальне порушен

б) ускладнення основного

Тотальне порушен

в) сучасні

ІІ ф.к. в НУНА

Клинічних

СКАІ

Психоневрологічний статус:

Реакція змінює D-S

Будливість: зогранено

Сермографізм: смешанный ритмостокс

Рефлекси: зогранены

ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ

Гіпертонічна серцева недостатність III ст., 2 ст ризк 4
(очень высокий), ІІ ф.к. стенокардія напружена
ІІ ф.к. коронарний синдром (ОММК 2003 г)
ІІ ф.к. ІІ ст. НУНА ІІ ф.к. Висока серцева
недостатність без нижньої кондукції

Список обследований:

1. ЕКГ
2. ЕхоКГ
3. Общій аналіз крові
4. Общій аналіз сечі
5. Біохімічний профіль: ліпидограма
6. Консультативна
7. ЕКГ ординат грудної клітки
8. ЕКГ ЕКГ
9. Консультативна окулиста
10. Консультативна невропатолога

Григорук

Налиста

ольной формы

возможный
не у нижней
частоты,

симптомы
с обеих

Націо
"Інститут кардіо
Біохімічний аналі

ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

Ф.І.О Черняк Ірина Іванівна, 762.
Стела = 1,80 м²; ММ ЛЖ = 201/111 г/м²; ОТС ЛЖ = 0,58

Показатель	Значение	Границы нормы	Показатель	Значение	Границы нормы
Стенка ЛДЖ (см)	0,4	<0,5	КДР ЛДЖ (см)	4,39	3,5-5,7
ЛДЖ (см)	2,9	0,9-3,0	КСР ЛДЖ (см)	2,3	2,3-3,8
LVOT / Корень аорты (см)	2,09/3,01	2,0-3,8	КДО ЛЖ (мл)	98	51-160
ЛП (см)	3,92	2,0-4,0	КСО ЛЖ (мл)	42	14-70
ПП (см)	9,8	2,0-4,0	УО ЛДЖ (мл)	56	30-100
МЖП (см)	1,26	0,6-1,2	Е/А	0,69	
Стенка ЛДЖ (см)	1,3	0,6-1,1	Е/Е'	7,4	
ФВ ЛЖ (%)	56%	> 55%	DecTime (Е, мс)	240	
			IVRT/ЛДЖ (мс)	140	
			Vp (см/с) ^а	E/Vp ^а	RR: 58
Клапан	Структура	Функция			
Митральный	кальциноз ++	N			
Аортальный	кальциноз ++	N			
Трикуспидальный	N	N			
Легочной артерии	N	N			Тас = 14,8 мс

Легочная гипертензия: нет, умеренная, выраженная, тяжёлая. Сист. давление ЛА = 15 mmHg.

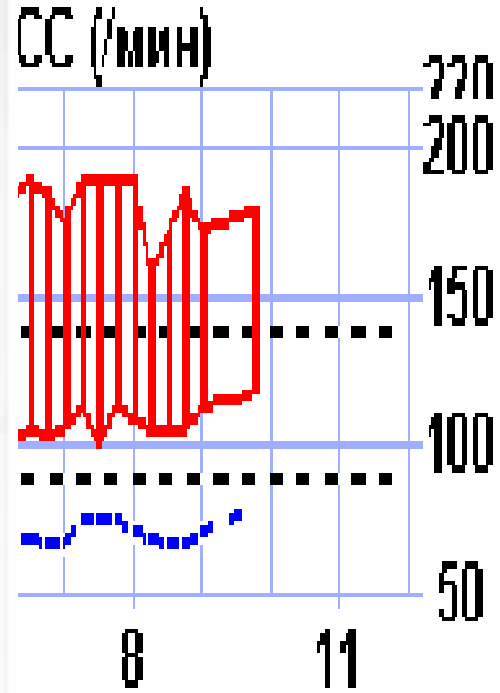
Перикард: 0/0

Диастолическая функция ЛЖ: нормальная, нарушение релаксации (E < A), возрастные изменения, псевдонормализация, рестриктивное наполнение, определить невозможно.

Сегментарная сократимость [гипер-(-1), нормо-(1), гипо- (2), акн- (3), дискинезия (4)]:



ЗАКЛЮЧЕНИЕ Глобальная сократительная способность сохранена, зон гипокинеза не обнаружено. Показатели не диаметры корня аорты кальцинированы (возрастные изменения). Легкая концентрическая гипертрофия ЛЖ. Эхо-признаки гипертензивного сердца.



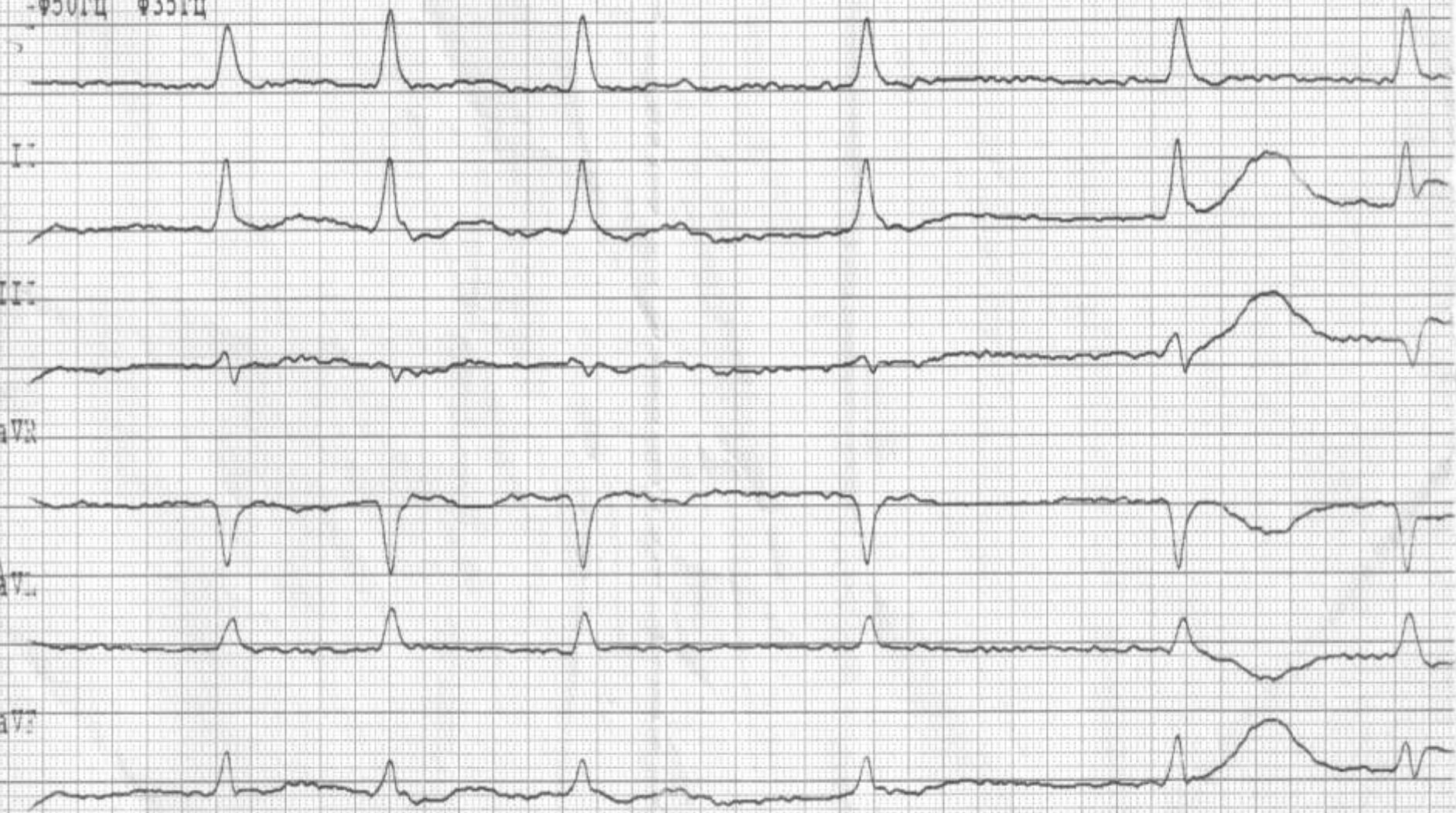
Частота ритма: 65 Эпизод: 2

ЭКГ: 70-80 bpm
ЗИС: 7-8 хв.
итив: 80-120%
рант: 150-350 т.

CALCIUM
FERRUM
ALBUMIN
Хлориди
Зав. лабораторії

СКФ = 62

50 Гц 35 Гц



85 уд/мин 28.02.11 06:51

Почему у больной Ч., 74 года развился геморрагический инсульт?

AHA/ASA Guideline

Guidelines for the Primary Prevention of Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists.

2011 ГОД

Как рассчитать риск развития инсульта у больной?

	0	+1	+2	+3	+4	+5	+6	+7	+8	+9	+10
Women											
Age, y	54-56	57-59	60-62	63-64	65-67	68-70	71-73	74-76	77-78	79-81	82-84
Untreated SBP, mm Hg		95-106	107-118	119-130	131-143	144-155	156-167	168-180	181-192	193-204	205-216
Treated SBP, mm Hg		95-106	107-113	114-119	120-125	126-131	132-139	140-148	149-160	161-204	205-216
Diabetes	No			Yes							
Cigarette smoking	No			Yes							
CVD	No	Yes									
AF	No				Yes						
LVH	No						Yes				

Points	10-Year Probability, %	Points	10-Year Probability, %	Points	10-Year Probability, %
1	1	11	8	21	43
2	1	12	9	22	50
3	2	13	11	23	57
4	2	14	13	24	64
5	2	15	16	25	71
6	3	16	19	26	78
7	4	17	23	27	84
8	4	18	27		
9	5	19	32		
10	6	20	37		

Профилактика инсульта у больного с фибрилляцией предсердий

Table 9. Stroke Risk Stratification Schemes for Patients With Atrial Fibrillation

CHADS ₂ ²⁴³	ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines* ²⁴⁴
Congestive heart failure†-1 point	High risk
Hypertension‡-1 point	Prior thromboembolism
Age >75 y-1 point	>2 moderate risk features
Diabetes-1 point	Moderate risk
Stroke/TIA-2 points	

Risk scores range from 0-6 points

Low risk=0 points

Moderate risk=1 point

High risk=>2 points

Table 10. Efficacy of Warfarin and Aspirin for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation: Meta-Analysis of Randomized Trials*

Comparison	No. of Trials	No. of Patients	Relative Risk Reduction, 95% CI	Estimated NNT for Primary Prevention†
Adjusted-dose warfarin vs control	6	2900	64% (49-74)	40
Aspirin vs control	7	3990	19% (-1-35)	140
Adjusted-dose warfarin vs aspirin	9	4620	39% (19-53)	90

Дополнительное лечение для профилактики инсульта у пациентов высокого кардиоваскулярного риска

Recommendations

1. Treatment with an HMG-CoA reductase inhibitor (statin) medication in addition to therapeutic lifestyle changes with LDL-cholesterol goals as reflected in the NCEP guidelines^{221,222} is recommended for **primary prevention of ischemic stroke in patients with coronary heart disease or certain high-risk conditions such as diabetes (Class I; Level of Evidence A).**
2. Fibric acid derivatives may be considered for patients with hypertriglyceridemia, but their efficacy in the prevention of ischemic stroke is not established (Class IIb; Level of Evidence C).
3. Niacin may be considered for patients with low HDL cholesterol or elevated lipoprotein(a), but its efficacy in prevention of ischemic stroke in patients with these conditions is not established (Class IIb; Level of Evidence C).
4. Treatment with other lipid-lowering therapies, such as fibric acid derivatives, bile acid sequestrants, niacin, and ezetimibe, may be considered in patients who do not achieve target LDL cholesterol with statins or cannot tolerate statins, but the effectiveness of these therapies in decreasing risk of stroke is not established (Class IIb; Level of Evidence C).

Recommendations

1. The use of aspirin for cardiovascular (including but not specific to stroke) prophylaxis is recommended **for persons whose risk is sufficiently high for the benefits to outweigh the risks associated with treatment (a 10-year risk of cardiovascular events of 6% to 10%) (Class I; Level of Evidence A).**
2. Aspirin (81 mg daily or 100 mg every other day) can be useful for prevention of a first stroke among **women whose risk is sufficiently high for the benefits to outweigh the risks associated with treatment (Class IIa; Level of Evidence B).**
3. Aspirin is not useful for preventing a first stroke in persons at low risk (Class III; Level of Evidence A).
4. Aspirin is not useful for preventing a first stroke in persons with diabetes or diabetes plus asymptomatic peripheral artery disease (defined as an ankle brachial pressure index ≤ 0.99) in the absence of other established CVD (Class III; Level of Evidence B).
5. The use of aspirin for other specific situations (eg, atrial fibrillation, carotid artery stenosis) is discussed in the relevant sections of this statement.

Recommendations

1. Active screening for atrial fibrillation in patients >65 years of age in primary care settings using pulse

taking followed by an ECG as indicated can be useful (*Class IIa; Level of Evidence B*).

2. Adjusted-dose warfarin (target INR, 2.0 to 3.0) is recommended for all patients with nonvalvular atrial fibrillation deemed to be at high risk and many deemed to be at moderate risk for stroke who can receive it safely (*Class I; Level of Evidence A*).

3. Antiplatelet therapy with aspirin is recommended for low-risk and some moderate-risk patients with atrial fibrillation, based on patient preference, estimated bleeding risk if anticoagulated, and access to high-quality anticoagulation monitoring (*Class I; Level of Evidence A*).

4. For high-risk patients with atrial fibrillation deemed unsuitable for anticoagulation, dual antiplatelet therapy with clopidogrel and aspirin offers more protection against stroke than aspirin alone but with increased risk of major bleeding and might be reasonable (*Class IIb; Level of Evidence B*).

5. Aggressive management of BP coupled with anti-thrombotic prophylaxis in elderly patients with atrial fibrillation can be useful (*Class IIa; Level of Evidence B*).

Особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста

ЛИСТОК ЛІКАР

№ карти 1804

Прізвище, ім'я, по батькові Геркаш Інна Іванівна

Призначення	Викон.	Дата	12/III	13/III	14/III	15/III	16/III	17/III
		Режим <u>Палатний</u>						
12.03.12 Берилприл 10 мг. 2 р/д	Лікар		ч	ч	х	х	ч	х
	Сестра							
12.03.12. Фелодип 10 мг (1/2) 1 р/д утрощ	Лікар		ч	ч	х	х	ч	х
	Сестра							
20.03.12. Трифас 5 мг (1/2) 1 р/д утрощ	Лікар		ч	ч	х	х	ч	х
	Сестра							
12.03.12 Вестебо 16 мг (1/2) 2 р/д	Лікар				х	х	ч	х
	Сестра							
12.03.12. Ретралекс 1Тх 2 р/д	Лікар				х	х	ч	х
	Сестра							
12.03.12. Аторис 10 мг x 1 р/д вечір	Лікар		ч	ч	х	х	ч	х
	Сестра							
20.03.12. Верапаміл 1 р/д Верапаміл 25 мг утрощ	Лікар							
	Сестра							
	Лікар							

РИТМ ИЛИ ЧСС КОНТРОЛЬ

Рекомендации	Класс	Уровень
Контроль ЧСС у пожилых с невыраженными симптомами	I	A
Ритм контроль у пациентов с симптомами на фоне ЧСС контроля	I	B
ЧСС контроль должен продолжаться в случае контроля ритма, с целью снижение ЧСС при рецидивах	I	A
Ритм контроль у молодых симптомных пациентов, предпочтительно путем абляции	Ila	C
Ритм контроль у пациентов с сопутствующей патологией, которая может быть скоррегированной (ишемия, гипертиреоз)	Ila	C
Ритм контроль у пациентов с ФП и ФП-зависимой СН	Ila	B

Ритм контроль при отсутствии или минимальных изменениях в сердце

Симпатоадренергическая ФП

Бета-блокаторы

Соталол

Дронедарон

Неопределенная

Дронедарон
Флекаинид
Пропафенон
Соталол

Вагусная

Дизопирамид

Почему больной не был назначен аспирин?

Почему больной не был назначен варфарин?

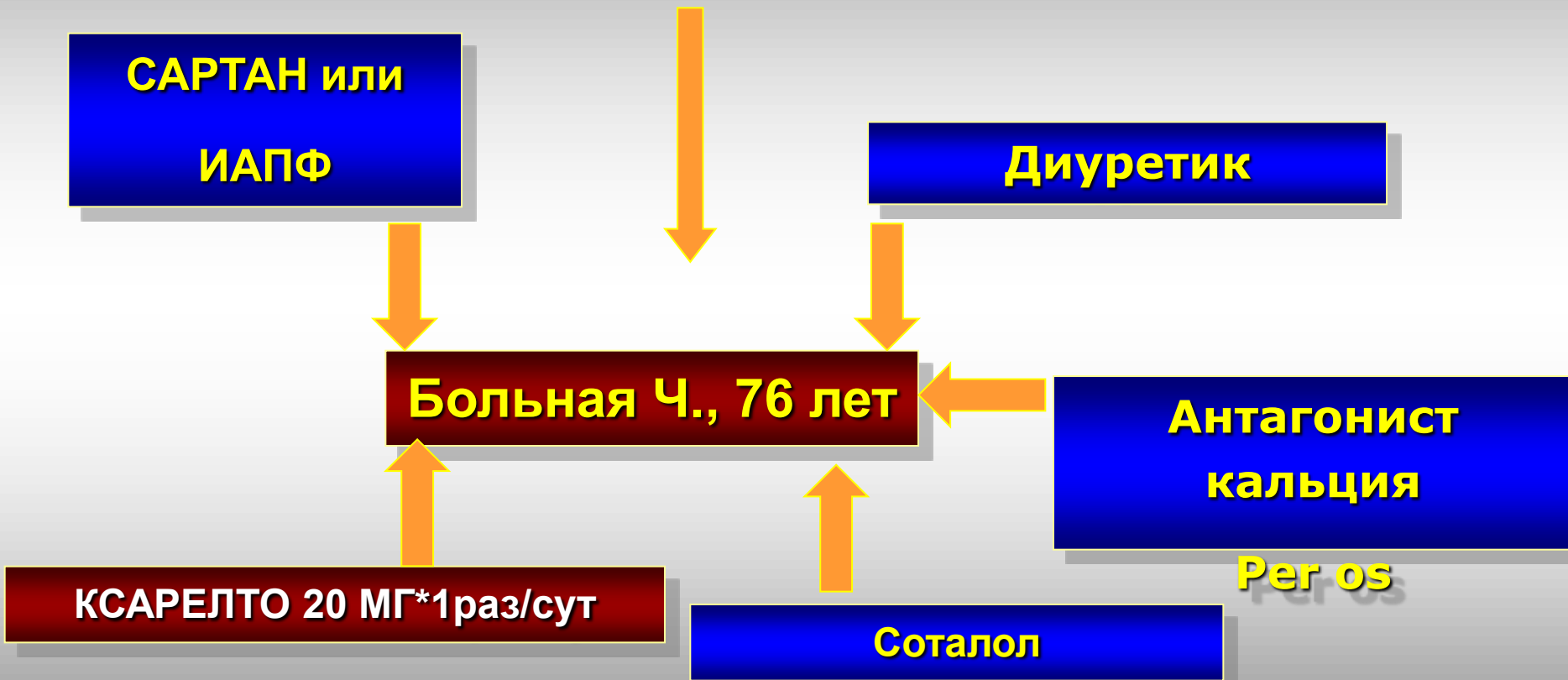
Почему больной не был назначен клопидогрель + аспирин?

Какая антикоагулянтная терапия показана больной с пароксизмальной формой фибрилляцией предсердий после геморрагического инсульта и эрозивного гастрита в анамнезе (2003)?

Ровариксабан

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ Ч, 76 г.?

Лабеталол болюсно 20–80 мг в/в со скоростью 2 мг/мин или в/в кап.
50-300 мг в/в 5–10 мин 4–8 ч Эффективен при всех видах кризов, кроме острой левожелудочковой недостаточности



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ