## Р О С С И Й С К А Я Ф Е Д Е Р А Ц И Я

Министерство здравоохранения Забайкальского края

----------------------------------------------------------------------------------------------------

***Государственное учреждение здравоохранения***

***«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ******БОЛЬНИЦА»***

Коханского ул., д.7, г. Чита, 672038, тел. 31-43-23, факс. (302-2) 31-43-24

E-mail: priem@kkb.chita.ru

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ 352-о “ 26 ” 12 2014г.

Утверждаю

Главный врач ГУЗ «ККБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В.А. Шальнев

***Информационное письмо***

**Антитромботическая терапия при фибрилляции предсердий**

Доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА, д.м.н. Романова Е.Н.

Зав. отделением кардиологии ККБ Хлуднев С.И.

Клинический ординатор кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ЧГМА Абрамова Л.Н.

Антитромботическая терапия – один из краеугольных камней в лечении больных с фибрилляцией предсердий (ФП). По своему значению она не менее важна, чем антиаритмическое лечение. Согласно современным рекомендациям, первое, что должен сделать врач после выявления пациента с ФП, - это решить вопрос о необходимости проведения у него антитромботической терапии, и лишь следующим этапом решать вопрос о выборе антиаритмической тактики ведения этого пациента.

Идентификация клинических факторов, ассоциированных с риском инсульта, привела к разработке различных шкал по оценке вероятности его развития. Наиболее адаптирована к реальной жизни шкала CHA2DS2VASc, в основе которой лежит балльная оценка ФР у больных с неклапанной ФП.

**Шкала оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий CHA2DS2VASc**

(C) Сердечная недостаточность или систолическая дисфункция левого желудочка (1балл)

(H) Артериальная гипертония (1 балл)

(A) Возраст 75 лет и старше (2 балла)

(D) Сахарный диабет (1 балл)

(S) Инсульт, транзиторная ишемическая атака или другие эмболические осложнения (2 балла)

(V) Сосудистое заболевание\* (1 балл)

(A) Возраст от 65 до 74 лет (1 балл)

(S) Женский пол (1 балл)

\*(Перенесенный инфаркт миокарда, атеросклероз периферических артерий, атеросклероз аорты.)

При 0 баллов антитромботическая терапия не требуется; при 1 балле - пероральная антикоагулянтная терапия, предпочтительно новыми антикоагулянтами; при ≥2 и более баллов - пероральная антикоагулянтная терапия, предпочтительно новыми антикоагулянтами.

Назначение антикоагулянтной терапии с целью профилактики инсульта и системных эмболий неизбежно приводит к возрастанию риска геморрагических осложнений. В связи с этим при принятии решения о профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо оценить соотношение риска инсульта и риска серьезного кровотечения.

Шкала оценки риска кровотечений HAS-BLED

(H) Артериальная гипертензия (1 балл)

(A) Нарушение функции почек или печени (1 балл за каждое)

(S) Инсульт (1 балл)

(B) Кровотечение (1 балл)

(L) Нестабильное значение МНО (1 балл)

(E) Старшая возрастная группа ≥65 лет (1 балл)

(D) Прием лекарств или употребление алкоголя (1 балл за каждое)

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

Больные с высоким риском кровотечения требуют осторожного подхода, регулярного наблюдения и проведения мероприятий по коррекции потенциально обратимых ФР кровотечений.

**Антагонисты витамина К**

Метаанализ контролируемых исследований показал, что применение препаратов этой группы у больных с неклапанной ФП снижает относительный риск развития всех инсультов на 64%. Общая смертность снижалась на 26%. Наиболее широко распространенный и изученный препарат из группы антагонистов К – варфарин. Назначение варфарина требует обязательного контроля МНО, терапевтический диапазон которого 2-3.

**Сочетание ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела**

Для профилактики кардиоэмболических инсультов комбинация двух антиагрегантов оказалась эффективнее монотерапии ацетилсалициловой кислотой, при этом снижение относительного риска инсульта составило 28%. В то же время лечение варфарином превосходит комбинацию клопидогрела и ацетилсалициловой кислоты по способности уменьшить риск развития инсульта, системных тромбоэмболий, ИМ или сосудистой смерти. При этом частота кровотечений в обеих группах была сопоставима. Таким образом, комбинацию ацетилсалициловой кислоту в комбинации с клопидогрелом можно использовать только в тех случаях, когда терапия антагонистами витамина К или новыми пероральными антикоагулянтами в силу ряда обстоятельств невозможна.

**Новые пероральные антикоагулянты**

- пероральные прямые ингибиторы тромбина (дабигатрана этексилат);

- пероральные прямые ингибиторы фактора Ха (ривароксабан, апиксабан, эндоксабан и бетриксабан).

В клинических исследованиях новые пероральные антикоагулянты (дабигатрана этексилат, ривароксабан и апиксабан) продемонстрировали их как минимум сравнимую с варфарином эффективность в отношении профилактики инсульта и артериальных тромбоэмболий, преимущественно в безопасности в виде снижения риска геморрагического инсульта, а также тенденции к снижению смертности.

**Дабигатрана этексилат** (Dabigatran etexilate) прямой ингибитор тромбина, торговое название **Прадакса** (Pradaxa 75 ,110 и 150 мг). Показания: профилактика венозных тромбоэмболий у больных после ортопедических операций; профилактика инсульта, системных тромбоэмболий и снижение сердечно-сосудистой смертности у пациентов с фибрилляцией предсердий. Суточная доза составляет 110-300 мг. Противопоказания к применению: почечная недостаточность тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин); активное клинически значимое кровотечение, нарушения гемостаза; геморрагический инсульт в течение предыдущих 6 мес до начала терапии; одновременное назначение кетоконазола для системного применения; заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость; возраст до 18 лет; повышенная чувствительность к дабигатрануэтексилату, беременность и кормление грудью. Женщинам репродуктивного возраста следует применять надежные методы контрацепции. При необходимости одновременного применения дабигатрана с активными ингибиторами Р-гликопротеина (амиодарон, хинидин, верапамил), а также у пациентов в возрасте 75 лет и старше, при умеренном нарушении функции почек (КК 30-50 мл/мин) или указание на желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе требуется коррекция режима дозирования.

**Ривароксабан** (Rivaroxabanum) ингибитор фактора Xa, торговое название **Ксарелто** (Xarelto 10,15 и 20 мг). Показания: профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов, которым проводятся обширные ортопедические оперативные вмешательства на нижних конечностях, средство профилактики инсульта у пациентов с мерцательной аритмией. Суточная доза 20 мг или 15 мг — для пациентов с клиренсом креатинина<50 мл/мин. Противопоказания к применению: клинически значимое активное кровотечение, заболевания печени, сопровождающиеся коагулопатией; беременность; повышенная чувствительность к ривароксабану. Не рекомендуется применение у пациентов с почечной недостаточностью тяжелой степени (КК ≤15 мл/мин), с осторожностью следует применять при лечении пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести (КК 30–49 мл/мин).

**Апиксабан** (Apixabanum) ингибитор фактора Xa, торговое название **Эликвис** (Eliquis 2,5 и 5мг). Показания: профилактика венозной тромбоэмболии у пациентов, которым проводятся обширные ортопедические оперативные вмешательства на нижних конечностях, средство профилактики инсульта у пациентов с мерцательной аритмией. Пациентам с фибрилляцией предсердий назначают по 5 мг 2 раза/сут. Противопоказания: клинически значимое кровотечение; тяжелые нарушения функции печени; нарушение функции почек с КК менее 15 мл/мин, а также применение у пациентов, находящихся на диализе; беременность; грудное вскармливание; возраст до 18 лет; гиперчувствительность к любому компоненту препарата.

При использовании новых пероральных антикоагулянтов рутинного контроля показателей свертывающей системы крови не требуется.

Перед назначением новых пероральных антикоагулянтов рекомендуется исходная оценка функции почек по величине клиренса креатинина, в дальнейшем определение рекомендуется проводить ежегодно, а у пациентов с умеренной почечной недостаточностью 2-3 раза в год.

При переходе с приема антагонистов витамина К на новых пероральные антикоагулянты, прием последних может быть начат, как только величина МНО станет ниже 2,0. Переход с новых пероральных антикоагулянтов на антагонисты витамина К осуществляется в течение времени, необходимого для достижения терапевтического значения МНО (2-3), при этом новые пероральные антикоагулянты применяются вместе с антагонистами витамина К.

Литература:

1. Кардиология : национальное руководство \ под ред Е.В. Шляхто. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 800 с.