



Республиканская научно-практическая конференция

«Роль врача общей практики (семейного врача)

в ведении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: проблемы реальной клинической практики в решении вопросов длительной приверженности к лечению и продолжительного активного долголетия»

г. Донецк, 29 мая 2025 г.

Антикоагулянтная терапия фибрилляции предсердий в свете новых рекомендаций: реальные возможности, риски и перспективы.

Кардашевская Л. И., доцент кафедры внутренних болезней №3;

Ватутин Н.Т., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней №3, зав. отделом кардиологии ИНВХ.

Склянная Е.В., доцент кафедры внутренних болезней №3.

ФП: потенциальные проблемы для пациента и общества

Симптомы

ГОЛОВО-
КРУЖЕНИЕ

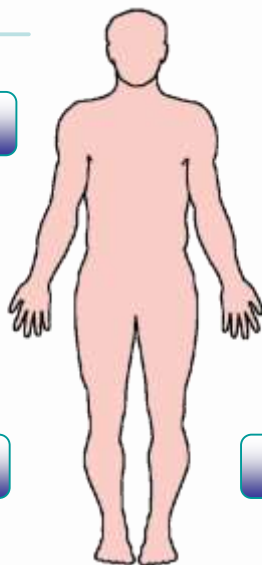
ОЩУЩЕНИЕ
ПЕРЕБОЕВ В
РАБОТЕ
СЕРДЦА

СИНКОПЕ

ОДЫШКА

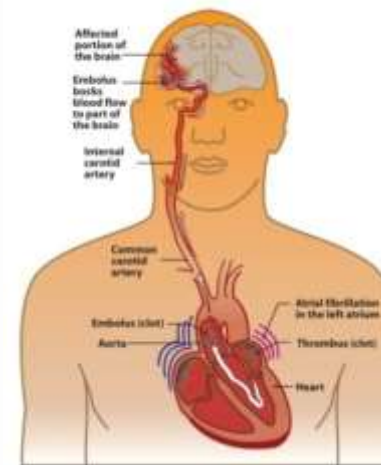
СЛАБОСТЬ

БОЛЬ В
ГРУДИ



ФП может быть бессимптомной

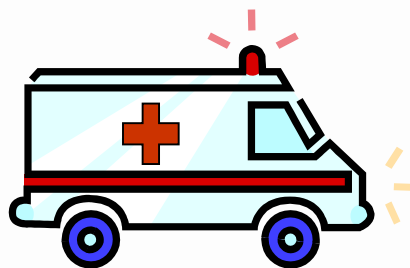
Тромбоэмболия и инсульт



ХСН



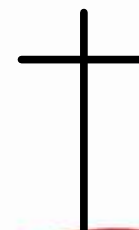
Госпитализация



Инвалидность

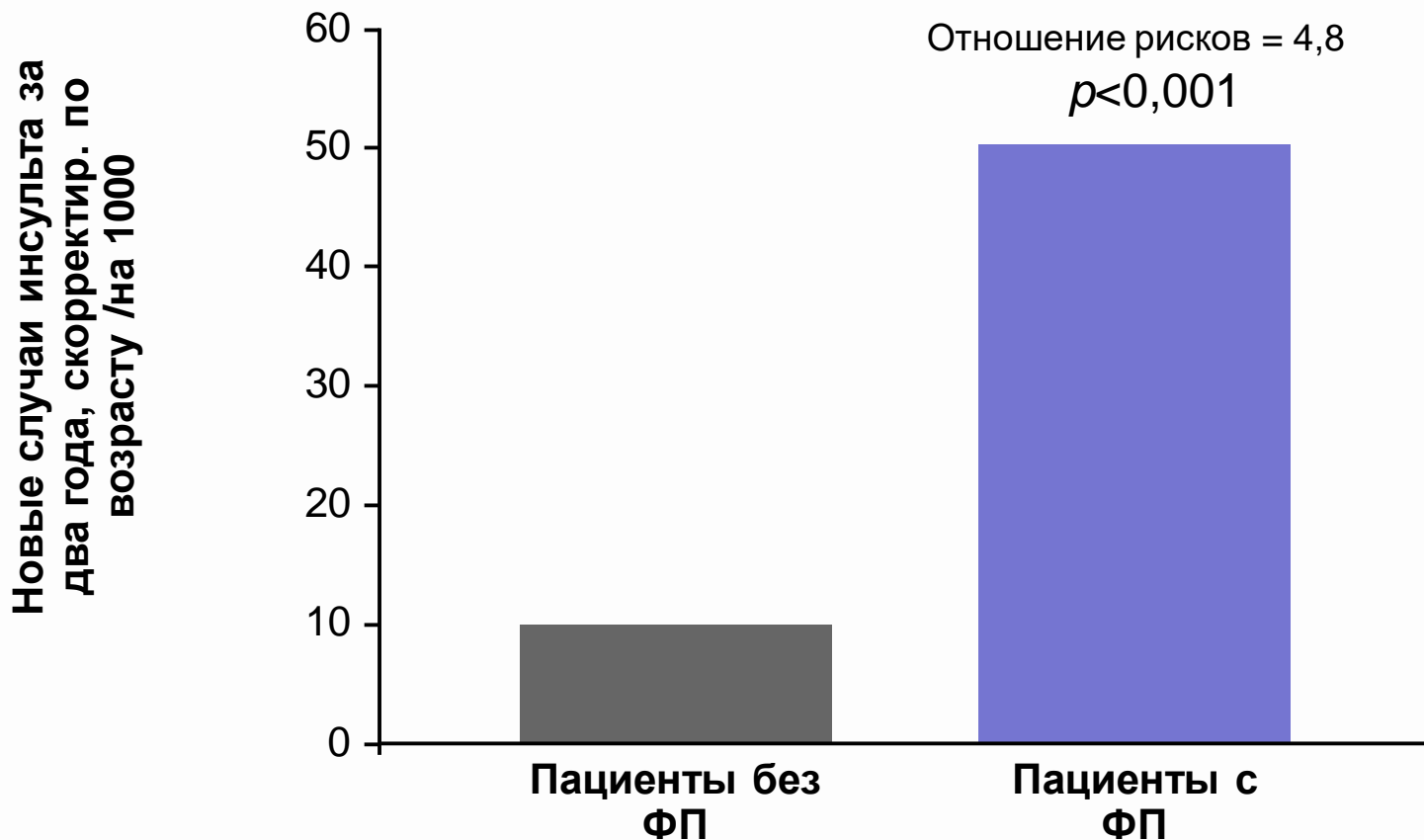


Смерть



У пациентов с ФП риск развития ишемического инсульта повышен в 5 раз

Фрамингамское исследование ССЗ (N=5070)



Рекомендации



Клинические рекомендации

Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: I48.0 I48.1 I48.2 I48.3 I48.4 I48.9

Год утверждения (частота пересмотра): 2020

Возрастная категория: Взрослые

Пересмотр не позднее: 2022

ID: 382

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество»
- Всероссийское научное общество специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и электростимуляции
- Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ



European Heart Journal (2024) 00, 1–101
European Society of Cardiology
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

ESC GUIDELINES

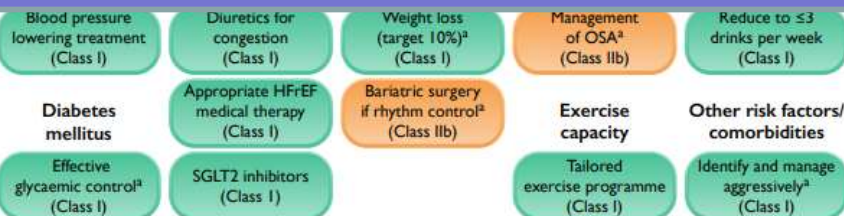
2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC.
Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

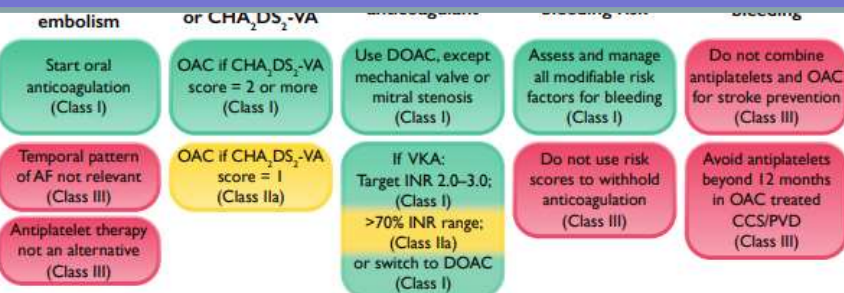
Authors/Task Force Members: Isabelle C. Van Gelder *¹, (Chairperson) (Netherlands), Michiel Rienstra [±], (Task Force Co-ordinator) (Netherlands), Karina V. Bunting [±], (Task Force Co-ordinator) (United Kingdom), Ruben Casado-Arroyo (Belgium), Valeria Caso ¹ (Italy), Harry J.G.M. Crijns (Netherlands), Tom J.R. De Potter (Belgium), Jeremy Dwight (United Kingdom), Luigina Guasti (Italy), Thorsten Hanke ² (Germany), Tiny Jaarsma (Sweden), Maddalena Lettino (Italy), Maja-Lisa Løchen (Norway), R. Thomas Lumbers (United Kingdom), Bart Maesen ² (Netherlands), Inge Mølgård (Denmark), Giuseppe M.C. Rosano (United Kingdom), Prashanthan Sanders (Australia), Renate B. Schnabel (Germany), Piotr Suwalski ² (Poland), Emma Svennberg (Sweden), Juan Tamargo (Spain), Otilia Tica (Romania), Vassil Traykov (Bulgaria), Stylianos Tzeis (Greece), Dipak Kotecha *[†], (Chairperson) (United Kingdom), and ESC Scientific Document Group

2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation

C коррекция факторов риска и сопутствующей патологии



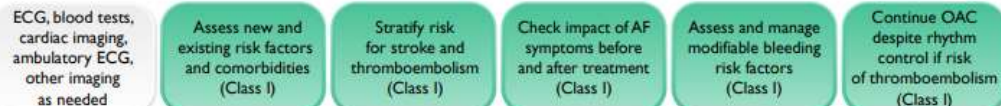
A профилактика инсульта и системной тромбоэмболии



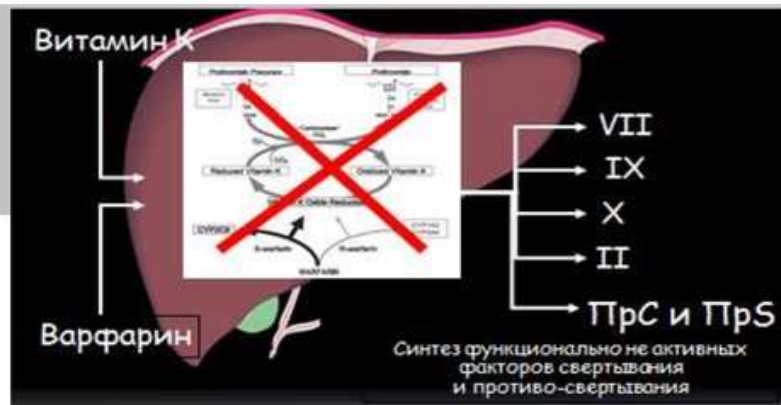
R уменьшение выраженности симптомов путем контроля частоты желудочковых сокращений и контроля ритма

Rate control drugs Cardioversion Antiarrhythmic drugs Catheter ablation Endoscopic/hybrid ablation Surgical ablation Ablate and pace

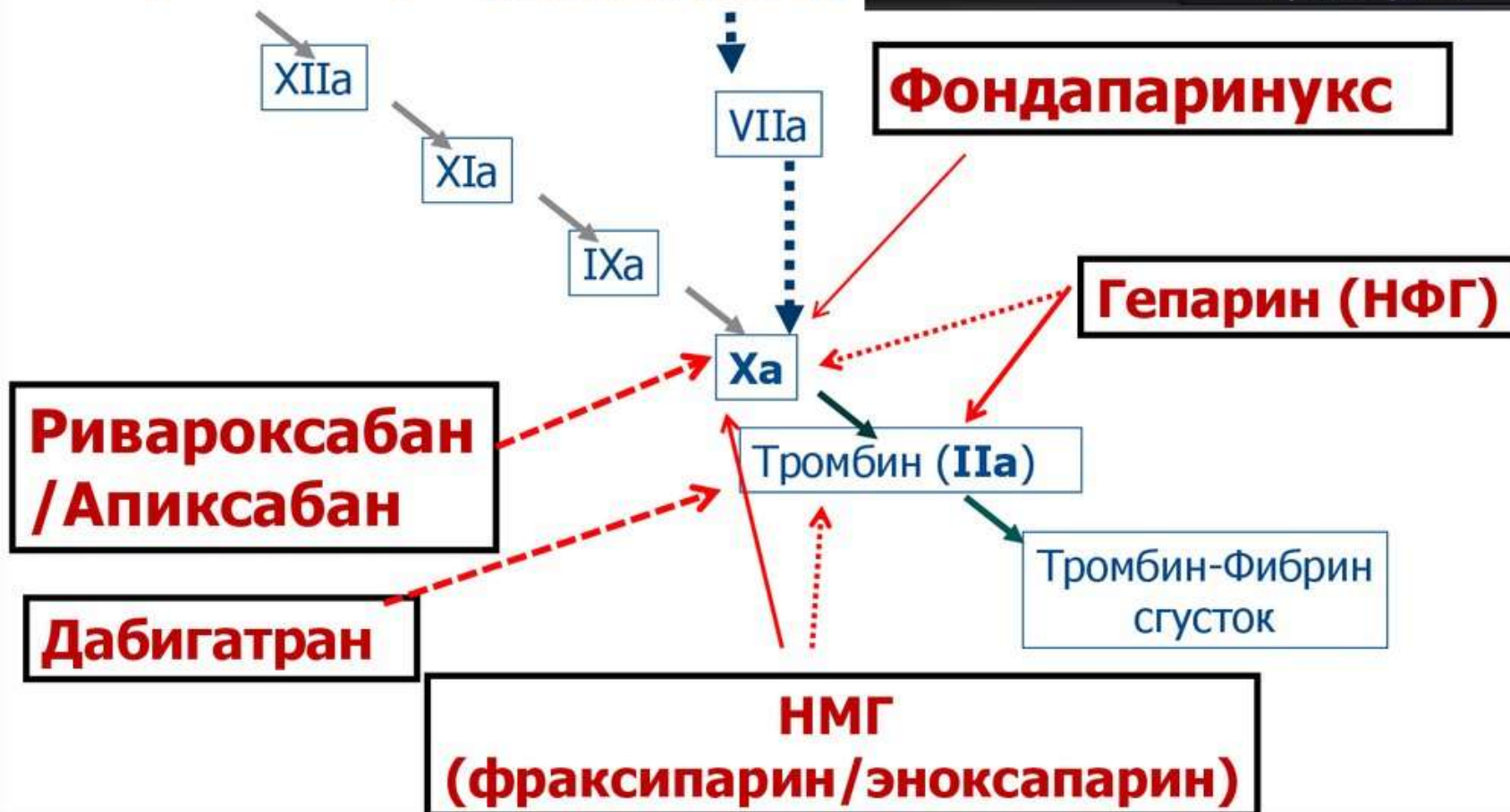
E обследование и динамическое наблюдение



Антикоагулянты



Внутренний путь (контактный) Внешний путь (тканевого фактора)



Варфарин

- Снижает риск инсульта на 2/3
- Снижает смертность на 1/4
- Стартовая доза 5 мг
- Контроль МНО каждые 4 дня до достижения целевого уровня, затем как минимум 1 раз в месяц
- Целевое значение МНО 2,0-3,0
- Время в терапевтическом диапазоне более 70%

Апиксабан (эликвис)

- ARISTOTLE (Apixaban for Reduction in Stroke and Other Thrombo-embolic Events in Atrial Fibrillation)
- 5 мг x 2 р/день
- Снижает риск инсульта и системной эмболии на 21%
- Снижает смертность на 11%
- Снижает риск больших кровотечений на 31%

Ривароксабан (ксарелто)

- ROCKET-AF (Rivaroxaban Once Daily Oral Direct Factor Xa Inhibition Compared with Vitamin K Antagonism for Prevention of Stroke and Embolism Trial in Atrial Fibrillation)
- 20 мг x 1 р/день (редукция до 15 мг x 1 р/день у пациентов с ХПН)
- Снижает риск инсульта и системной эмболии на 21%

Дабигатран (прадакса)

- RE-LY (Randomized Evaluation of Long-Term Anticoagulation Therapy)
- 150 мг x 2 р/день
 - Снижает риск инсульта и системной эмболии на 35%
- 110 мг x 2 р/день
 - Снижает риск больших кровотечений на 20%

ПОАК против антагониста витамина К

- Эффективны для профилактики инсульта у пациентов с ФП.
- Снижают риск инсульта и системных эмболий **на 19% больше** по сравнению с варфарином
- Снижают смертность на 10%

ПОАК против антагониста витамина К

- более быстрое начало и окончание действия,
- фиксированные схемы дозирования,
- меньше взаимодействий с пищей и лекарствами,
- также нет необходимости в лабораторном мониторинге.
- обеспечивают более надежную защиту от риска внутричерепного кровоизлияния по сравнению с варфарином.
- В целом, согласно современным рекомендациям, предпочтительнее варфарина *в качестве терапии первой линии* для профилактики инсульта у пациентов с ФП и п.овышенным риском инсульта

Шкала CHA₂DS₂-VASc (Факторы риска ТЭ у б-х с «неклапанной» ФП):

Фактор риска	Баллы
C – застойная сердечная недостат./наруш. функции ЛЖ	+1
H - гипертензия	+1
A - возраст ≥ 75 лет	+2
D – сахарный диабет	+1
S – инсульт/ТИА/ТЭ	+2
V – заболевание сосудов (ИМ, аорт. бляшка, ЗПС)*	+1
A – возраст 65–74	+1
S - пол (женский)	+1
Общий балл	Диапазон 0–9

Профилактика риска инсульта у пациентов с ФП

- Прием АК с целью проф-ки тромбоэмболических осложнений показан пациентам с ФП и индексом CHA2DS2-VASc 2 балла (класс I A).
- При индексе CHA2DS2-VASc 1 балл рекомендуется рассмотреть как индикатор повышенного риска ТЭО и основание для АК-терапии с классом рекомендаций (класс IIa) без всяких оговорок об информированном желании пациента и риске кровотечений).
- Когда АК терапия впервые назначается п-м, которые могут принимать ПОАК (апиксабан, дабигатран, ривароксабан, эдоксабан), их прием предпочтительнее, чем АВК (класс I A).

Профилактика риска инсульта у пациентов с ФП (РКО, 2020)



Профилактика риска инсульта у пациентов с ФП (ESC, 2024)

- Возможность назначения АК пациентам с эпизодами бессимптомной ФП, зарегистрированной исключительно девайсами, в случае высокого риска ТЭО и низкого риска кровотечения без учета длительности эпизодов, которые могут стать основанием для такой терапии (IIb).
- У пациентов с кардиоэмболическим инсультом из неустановленного источника АК не показаны (IIIА).
- У пациентов с инсультом несмотря на прием АК не рекомендуется с целью профилактики повторных инсультов добавлять к терапии антиагрегант или заменять один АК на другой (если для этого нет иных оснований).
- Не менять хорошо подобранную терапию варфарином на ПОАК у пациентов старше 75 лет с полипрагмазией (исследование FRAIL-AF) (IIb).
- *При противопоказаниях к АК можно рассмотреть не только имплантацию окклюдера в УЛП, но и эндоскопическую изоляцию УЛП (IIb).*
-

Пероральные антикоагулянты в сравнении с антитромбоцитарной терапией

- ПОАК **эффективнее** предотвращают инсульты, системные эмболии и инфаркт миокарда.
- Риск кровотечений **не отличается.**
- **Антитромбоцитарная терапия не показана пациентам с ФП для профилактики инсульта**

Оценка риска кровотечений

- **HAS-BLED** [артериальная гипертензия, нарушение функции почек или печени, инсульт, кровотечение в анамнезе, лабильное МНО, возраст старше 65 лет (1 балл за каждый фактор)];
- **ORBIT** (Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation);
- **ABC** (age, biomarkers, clinical history).

Модифицируемые и немодифицируемые ФР геморрагических осложнений у пациентов, получающих АК (на основе шкал для стратификации риска кровотечений)

Модифицируемые факторы риска
Артериальная гипертензия (особенно если САД > 160 мм рт.ст.)
Лабильное МНО или время пребывания МНО в целевом диапазоне менее 60% (для принимающих антагонисты витамина К (АВК))
Сопутствующий прием препаратов, повышающих риск кровотечения (антиагреганты или НПВС)
Злоупотребление алкоголем (≥ 8 порций в неделю)
Частично модифицируемые факторы риска
Анемия
Нарушенная функция почек
Нарушенная функция печени
Снижение числа тромбоцитов или нарушение их функции
Не модифицируемые факторы риска
Возраст (> 65 лет), (≥ 75 лет)*
Большое кровотечение в анамнезе
Инсульт в анамнезе
Почечная патология, требующая диализа, либо трансплантация почки
Цирроз печени
Злокачественное новообразование
Генетические факторы
Биомаркеры – факторы риска кровотечений
Высококчувствительный тропонин
Фактор роста дифференцировки 15
Уровень креатинина сыворотки/расчетное значение клиренса креатинина

Начало или возобновление терапии антикоагулянтами после ишемического инсульта или ТИА (РКО, 2020).



Как уменьшить риск кровотечений при применении антикоагулянтов?

- Контроль АГ;
- Устранение источника желудочно-кишечного кровотечения. При риске кровотечения из ЖКТ применять варфарин или редуцированные дозы ПОАК.
- У пациентов старше 75 лет применять дабигатран 110 мг x 2 р/день.
- МНО 2,0-3,0, время в терапевтическом диапазоне более 70% (при невозможности применение ПОАК).
- Отказ от алкоголя.
- Не назначать АК пациентам с высоким риском падений и тяжелой деменцией.
- *Не применять гепарин и НМГ при вынужденной временной отмене ПОАК.*

Изоляция ушка левого предсердия

- Пациенты с высоким тромб. и геморрагическим рисками;
- нуждающиеся в ТТ АК терапии неопределенно долго;
- с ХБП и уровнем СКФ менее 15 мл/мин;
- недееспособные пациенты (контроль приема АК терапии);
- пациенты, настаивающие на эндоваскулярной окклюзии уЛП ввиду категорического отказа от приема АК терапии;
- с расстройствами ЦНС, повышающими риск падений/травм (эпилепсия и др.);
- с потенциально повышенным риском травм (экстремальный спорт, вождение мотоцикла), которые отказываются от изменения своего привычного образа жизни;
- онкологическими заболеваниями и риском кровотечений;
- с абсолютными противопоказаниями к приему антикоагулянтной терапии.

Как избежать кровотечений у пациентов, принимающих антикоагулянты

- Оценивать ишемический риск и риск кровотечений (шкалы), **модификация факторов риска.**
- Пребывание на ТТ после ЧВК как можно короче, вместо нее- АК+ клопидогрел.
- ПОАК предпочтительнее АВК (варфарин).
- Среди ингибиторов P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов – клопидогрел.
- Доза аспирина ≤ 100 мг.
- Рутинное назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП).

ПОАК при ФП и ХБП

- Все ПОАК частично выводятся почками в неизмененном виде, в большей степени дабигатран (80%) и эдоксабан (50%) и в меньшей – ривароксабан (35%) и апиксабан (27%).
- В связи с этим пациентам с ХБП целесообразно назначать ингибиторы фактора Ха, кот. в меньшей степени выводятся почками *(ривароксабан или апиксабан)*.
- При лечении ПОАК - контроль функцию почек (по крайней мере ежегодно), чтобы своевременно скорректировать дозу препарата.
- *Доза ривароксабана с клиренсом креатинина (30-50 мл/мин) составляет 15 мг один раз в день.*
- Применительно к лечению ПОАК рассчитывать клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гоулта, т.к. как именно этот показатель использовался во всех РКИ.

АК-терапия при ХБП (Рекомендации РКО, 2020)

Наличие хронической болезни почек	СКФ >30 мл/мин	В Д — 150 мг 2 раза в сутки; А — 5 мг 2 раза в сутки, Р — 15 мг в сутки
	СКФ >15–30 мл/мин	В А — 2,5 мг 2 раза в сутки*, Р- в дозе 15 мг в сутки
	СКФ <15 мл/мин	В

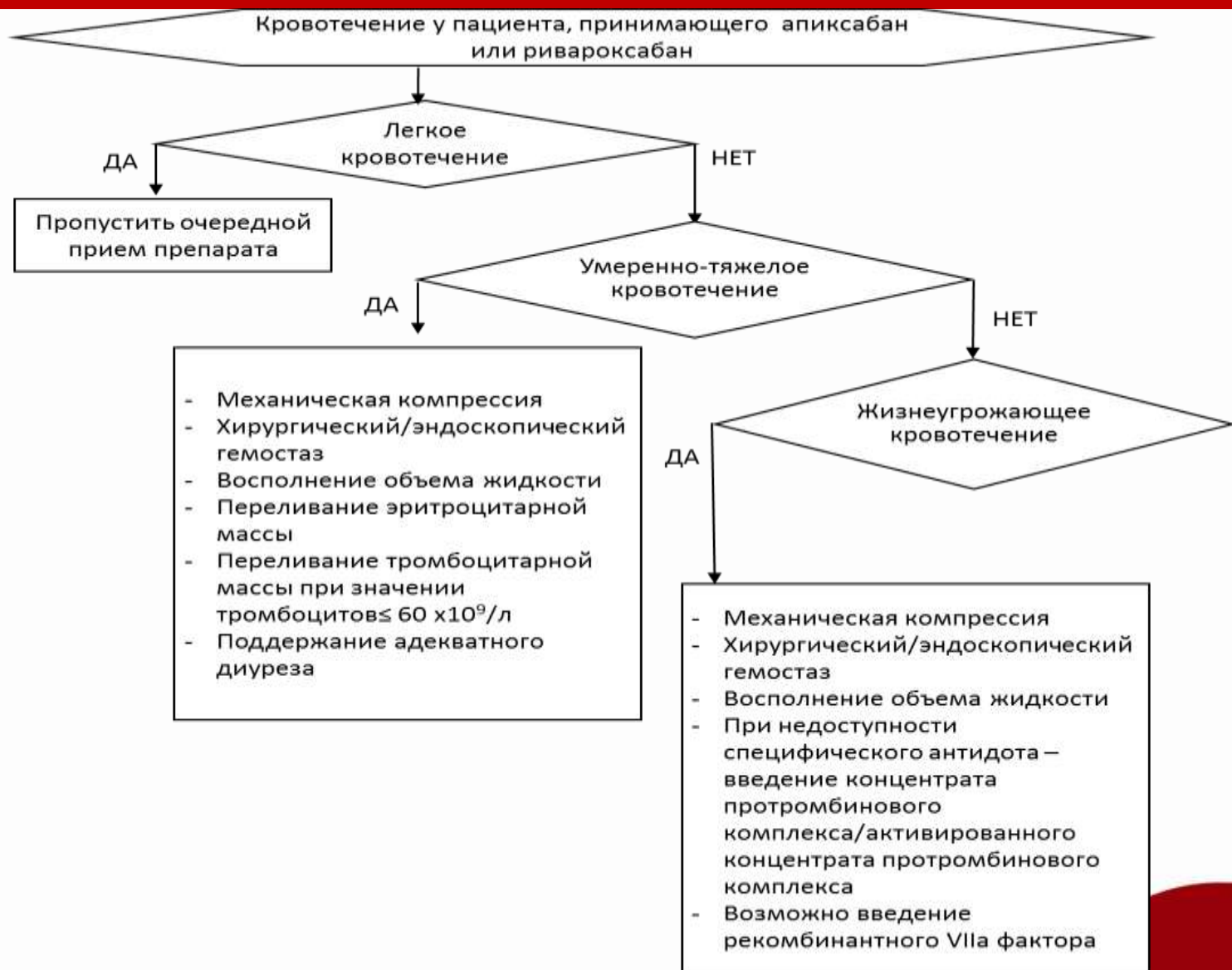
АК-терапия при печеночной недостаточности (Рекомендации РКО, 2020)

Наличие печеночной недостаточности	Чайлд-Пью А	Д, Р, А, В
	Чайлд-Пью В	Д, А, В
	Чайлд-Пью С	В с осторожностью под строгим контролем МНО

АК у беременных с ФП (Рекомендации РКО, 2020)

- АК терапия рекомендована беременным женщинам с ФП при наличии высокого риска развития инсульта.
- Для минимизации тератогенного риска и внутриутробного кровотечения в I триместре и в течение 2–4 недель до родоразрешения рекомендуется назначение гепарина и его производных с индивидуальным подбором дозы.
- В остальное время в период беременности могут быть использованы АВК или гепарин и его производные (Эноксапарин).
- ***Назначения прямых пероральных антикоагулянтов в период беременности, а также во время ее планирования не рекомендовано!***

Тактика при кровотечении на фоне приема апиксабана или ривароксабана



Будущие перспективные возможности

- *Пероральные АК третьего поколения для профилактики инсульта при ФП - новый класс фармакотерапии, ингибиторы фактора XI*, направлен на снижение тромбообразования без существенного влияния на гемостаз и может оказаться перспективной стратегией профилактики инсульта с минимальным риском кровотечений у пациентов с ФП.
- Помимо номинального риска кровотечения, у пациентов с врождённым дефицитом фактора XI ниже частота венозной тромбоэмболии и сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с пациентами с нормальной активностью фактора XI.