

# Современные возможности профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий

д.м.н. И.С. Явелов

Лаборатория клинической кардиологии  
ФГБУН НИИ физико-химической медицины ФМБА России

Июнь 2014

# Профилактика инсульта и артериальных тромбоэмболий при фибрилляции предсердий

Механические (и в ряде случаев биологические) протезы клапанов сердца



- всем без противопоказаний:  
- антагонист витамина К ± аспирин

Не скорригированные пороки сердца (прежде всего митральный клапан)



- всем без противопоказаний:  
- антагонист витамина К ± аспирин

Отсутствие значимой патологии клапанов сердца



- выбор зависит от степени риска

# Риск тромбоэмболических осложнений при неклапанной ФП

## Шкала CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc

Фактор риска	Балл	Сумма баллов	Ожидаемая частота инсультов за 1 год
Инсульт, ТИА или ТЭ в анамнезе	2	0	0 %
Возраст ≥75 лет	2		
АГ	1	1	1,3 %
Сахарный диабет	1	2	2,2 %
Застойная сердечная недостаточность или дисфункция ЛЖ (ФВ ≤40%)	1	3	3,2 %
		4	4,0 %
		5	6,7 %
Сосудистое заболевание (ИМ в анамнезе, периферический атеросклероз, атеросклеротические бляшки в аорте)	1	6	9,8 %
		7	9,6%
		8	6,7%
Возраст 65-74 года	1		
Женский пол	1	9	15,2%

# Риск тромбозмболических осложнений при неклапанной ФП

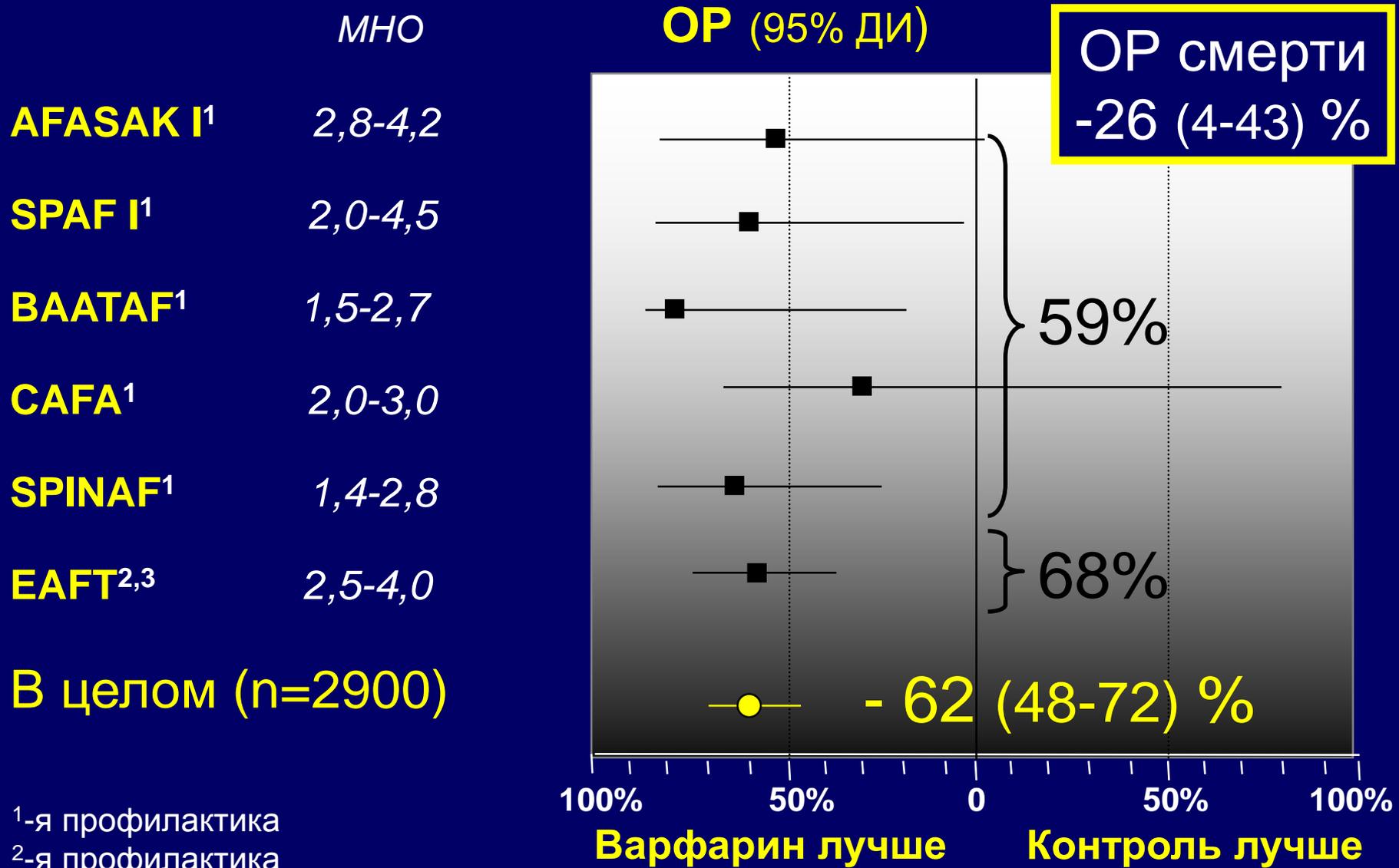
## Анализ базы данных Датского регистра (n=73 358)

Сумма баллов по CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc	Госпитализация/смерть от ТЭ* на 100 человеко-лет
	усреднение частоты событий за 10 лет
0	2,29 (2,12-2,47)
1	5,33 (5,09-5,58)
2	12,93 (12,59-13,27)
3	18,52 (18,16-18,89)
4	22,23 (21,76-22,71)
5	28,16 (27,45-28,88)
6	32,52 (31,37-33,71)
7	37,98 (35,76-40,33)
8	48,98 (43,02-55,77)
9	62,40 (44,59-87,33)

# Профилактика тромбоэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

Рекомендация	Класс
Антитромботическая терапия для профилактики ТЭ осложнений рекомендуется всем пациентам с ФП, кроме групп низкого риска (мужчины и женщины в возрасте <65 лет с изолированной ФП) [то есть когда CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc = 0 или 1 только за счет женского пола] или при наличии противопоказаний	I A

# Антагонисты витамина К (в дозе, подобранной по МНО) и группы контроля в профилактике инсульта при неклапанной ФП



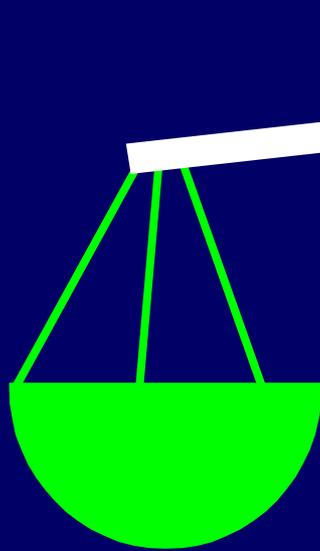
<sup>1</sup>-я профилактика

<sup>2</sup>-я профилактика

<sup>3</sup> аценокумарол, фенпрокумон

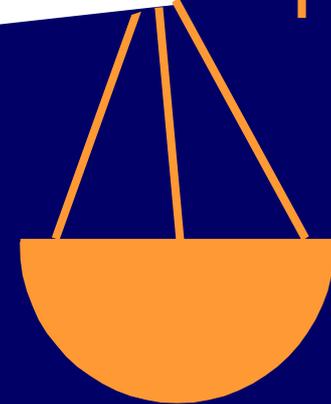
# Антагонисты витамина К (в дозе, подобранной по МНО) и группы контроля в профилактике инсульта при неклапанной ФП

Польза



	$\Delta$ в год	Лечить до 1 события
1-я проф	- 2,7%	37
2-я проф	- 8,4%	12

Риск



Крово- течения	$\Delta$ в год	Лечить до 1 события
В/че- репные	с 0,1% до 0,3%	500
Крупные внече- репные	с 0,6% до 0,9%	333

Неблагоприятные исходы у больных с неклапанной ФП  
при использовании антагонистов витамина К  
Регистр GARFIELD (n=9 971); данные за 2012 год

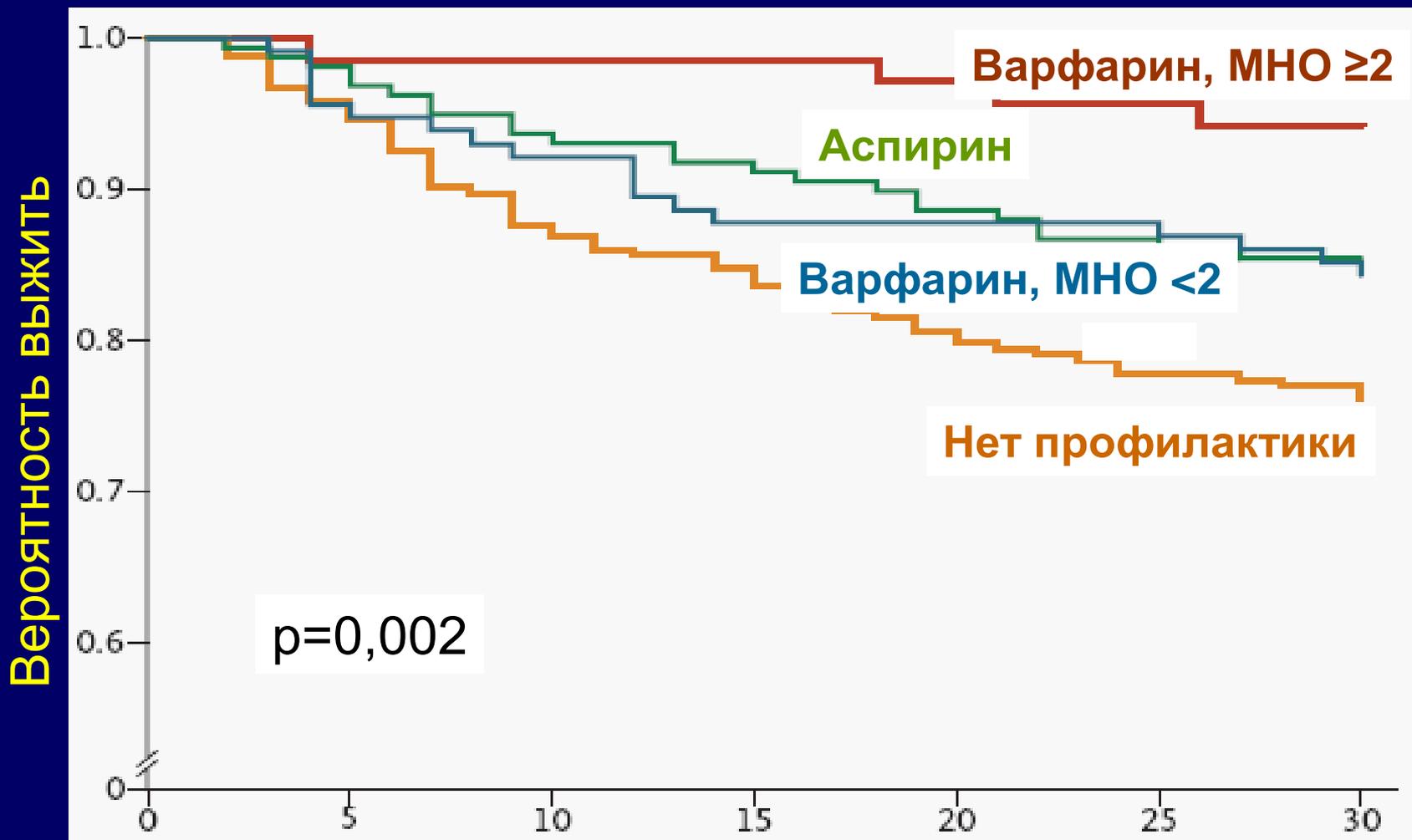
В 97% случаев  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 1$

Число событий в первый год после выявления ФП (%)

	Применение ант. вит. К:	
	нет n=4 244	да n=5 727
Инсульт/системные ТЭ	1,54	1,07
Крупные кровотечения	0,36	0,75
Смерть	2,85	0,86

# Выживаемость после ишемического инсульта у больных с неклапанной ФП в зависимости от антитромботического лечения во время инсульта

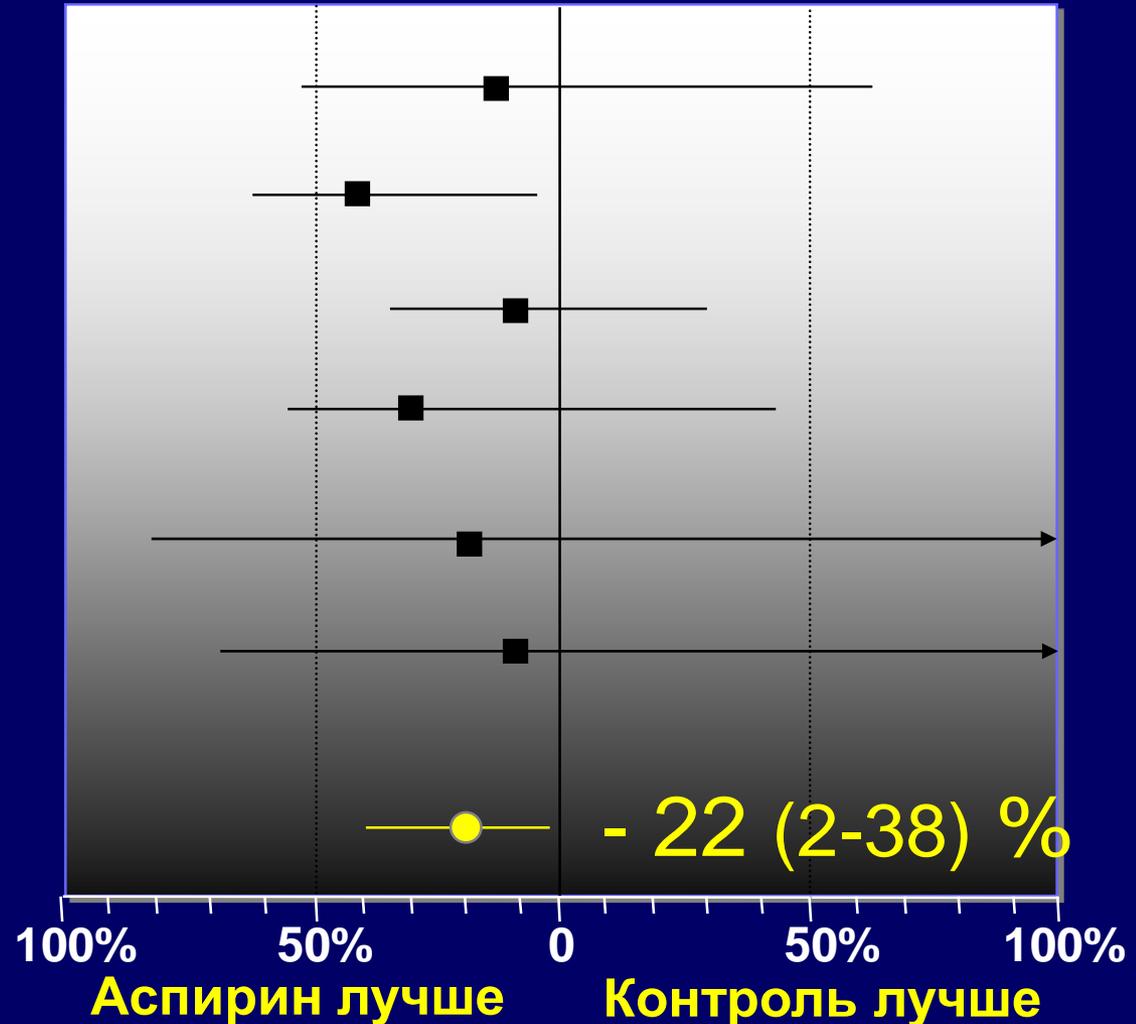
Анализ когорты 13 599 больных  $\geq 18$  лет



# Аспирин против отсутствия профилактики и частота инсультов при неклапанной ФП

Доза, мг/сут  $\Delta$  ОР (95% ДИ)

<b>AFASAK I<sup>1</sup></b>	75
<b>SPAF I<sup>1</sup></b>	325
<b>EAFT<sup>2</sup></b>	300
<b>ESPS II<sup>2</sup></b>	50
<b>LASAF<sup>1</sup></b>	125
<b>UK-TIA<sup>2</sup></b>	300 1200
<b>В целом (n=3119)</b>	



<sup>1</sup>-я профилактика  
<sup>2</sup>-я профилактика

# Антагонисты витамина К (в дозе, подобранной по МНО) против аспирина в профилактике инсульта при неклапанной ФП

$\Delta$  ОР (95% ДИ)

AFASAK I<sup>1</sup>

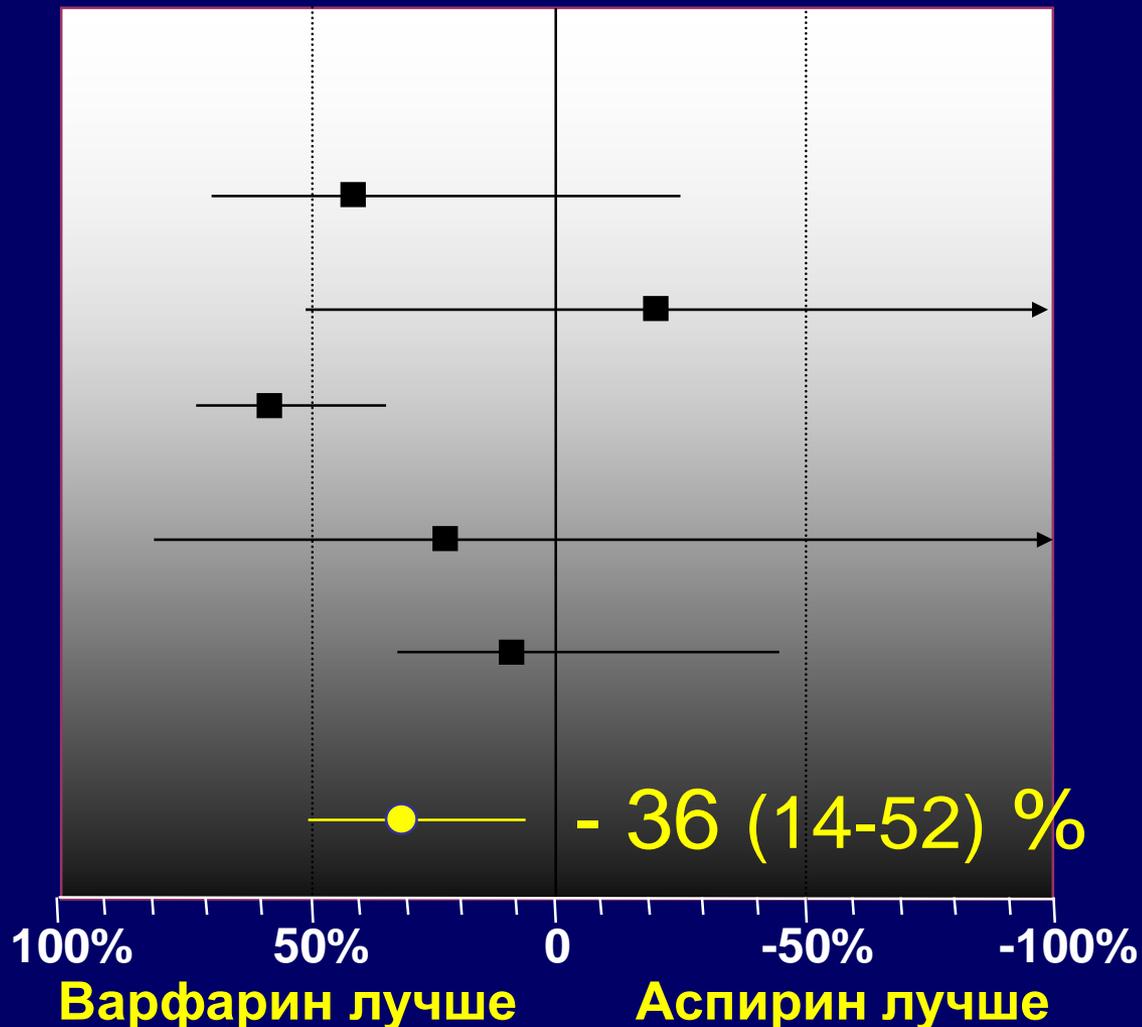
AFASAK II<sup>1</sup>

EAFT<sup>2,3</sup>

PATAF<sup>1,3</sup>

SPAF II<sup>1</sup>

В целом (n=2837)



<sup>1</sup>-я профилактика

<sup>2</sup>-я профилактика

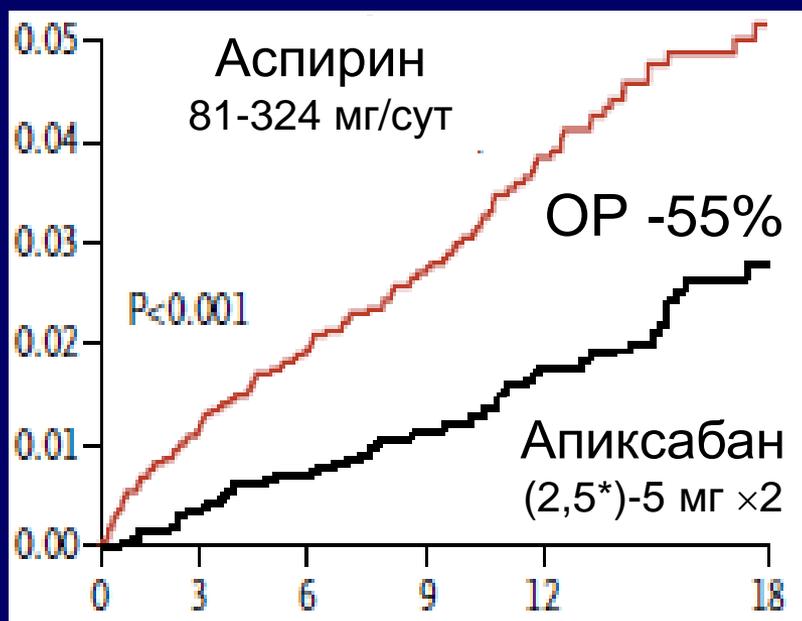
<sup>3</sup> аценокумарол, фенпрокумон

# Апиксабан и аспирин при фибрилляции предсердий

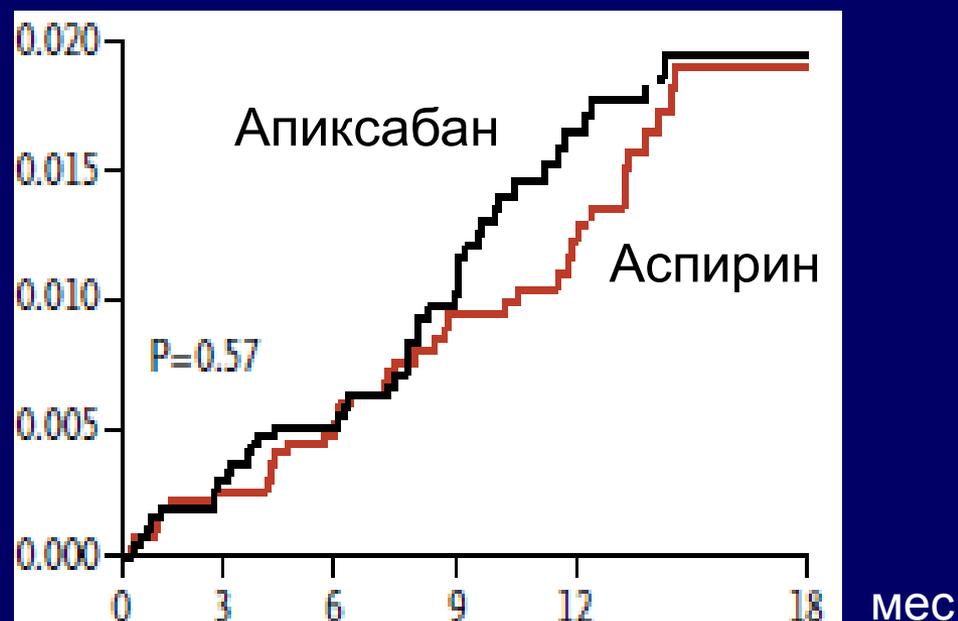
## Двойное слепое исследование AVERROES (n=5 599)

Постоянная или пароксизмальная неклапанная ФП  
+ как минимум 1 фактор риска ТЭ осложнений  
+ не подходящие для антагонистов витамина К

### Инсульт или системная ТЭ



### Крупные кровотечения



\* если как минимум 2:  $\geq 80$  лет,  $\leq 60$  кг, креатинин  $\geq 133$  мкмоль/л

# Апиксабан и аспирин при фибрилляции предсердий

## Исследование AVERROES (n=5 599)

Событий в год	Аспирин	Апи-	ОР	p
<u>Инсульт или системная ТЭ</u>	3,7%	1,6%	- 55%	<0,001
Инсульт	3,4%	1,6%	- 54%	<0,001
- геморрагический	0,3%	0,2%	- 33%	0,45
- ишемический	3,0%	1,1%	- 63%	<0,001
- инвалидизирующий или смертельный	2,3%	1,0%	- 57%	<0,001
Системная ТЭ не в сосуды ЦНС	0,4%	0,1%	- 85%	0,01
Инфаркт миокарда	0,9%	0,8%	- 14%	0,59
Сердечно-сосудистая смертность	3,1%	2,7%	- 13%	0,37
Общая смертность	4,4%	3,5%	- 21%	0,07
Госпитализация из-за с-с заболевания	15,9%	12,6%	- 21%	<0,001

Все больные

<65 лет  
65 - <75 лет  
≥75 лет

Женщины  
Мужчины

Клиренс креатинина <50  
Клиренс креатинина 50 - <80  
Клиренс креатинина ≥80

SHADS<sub>2</sub> = 1  
SHADS<sub>2</sub> = 2  
SHADS<sub>2</sub> ≥ 3

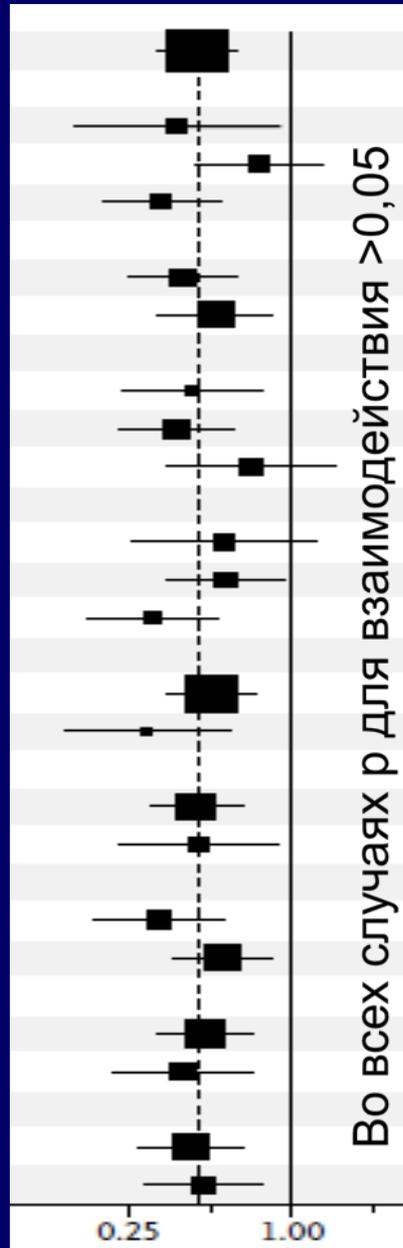
Инсульт/ТИА в анамнезе  
Без инсульта/ТИА в анамнезе

Доза аспирина <162 мг в сутки  
Доза аспирина ≥162 мг в сутки

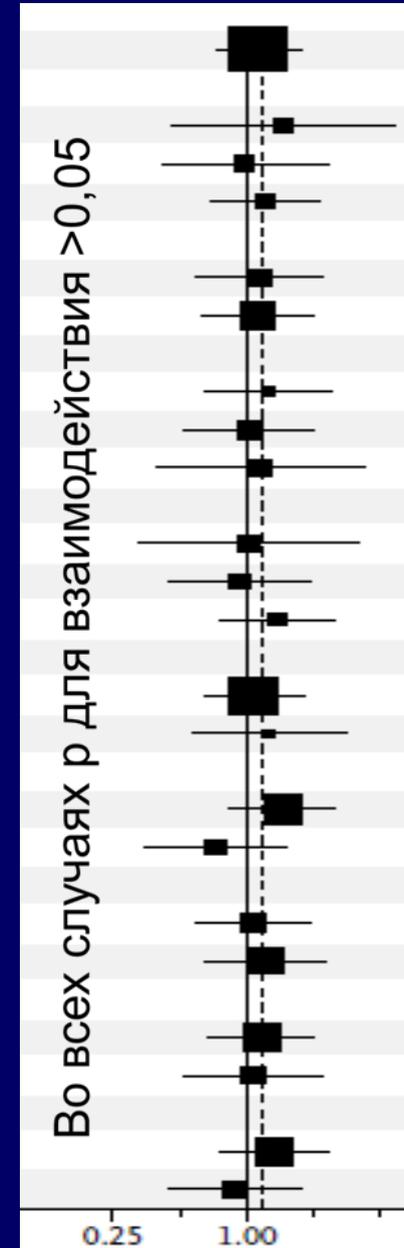
Ранее применяли ант. вит. К  
Ранее не применяли ант. вит. К

Отказались от ант. вит. К  
Не отказывались от ант. вит. К

Без ХСН  
ХСН



Апи- лучше



Апи- лучше

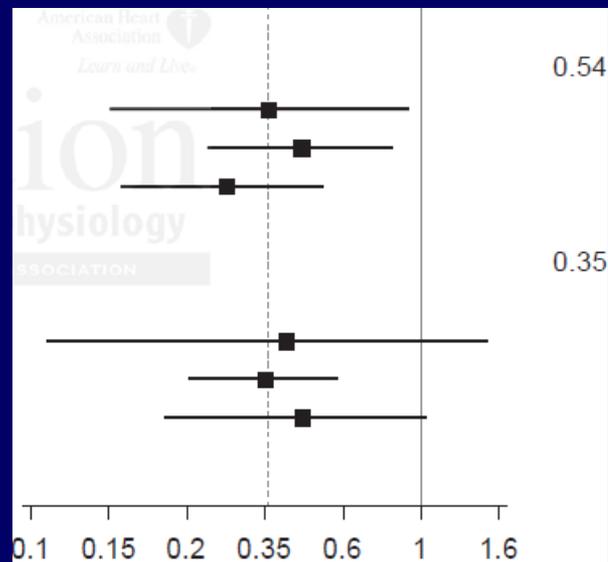
# Апиксабан и аспирин при фибрилляции предсердий

## Исследование AVERROES (n=5 599): анализ подгрупп

Ишемический  
инсульт

CHADS<sub>2</sub> { 0-1  
2  
3-6

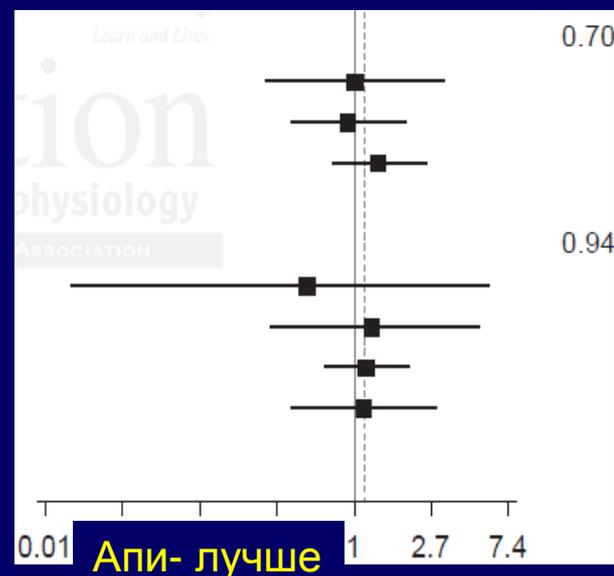
CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC { 0-1  
2  
3-5  
6-8



Крупные  
кровотечения

CHADS<sub>2</sub> { 0-1  
2  
3-6

CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASC { 0-1  
2  
3-5  
6-8

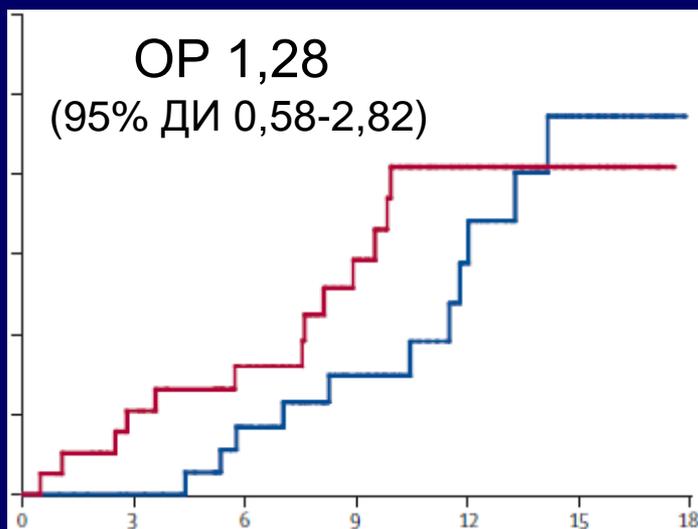
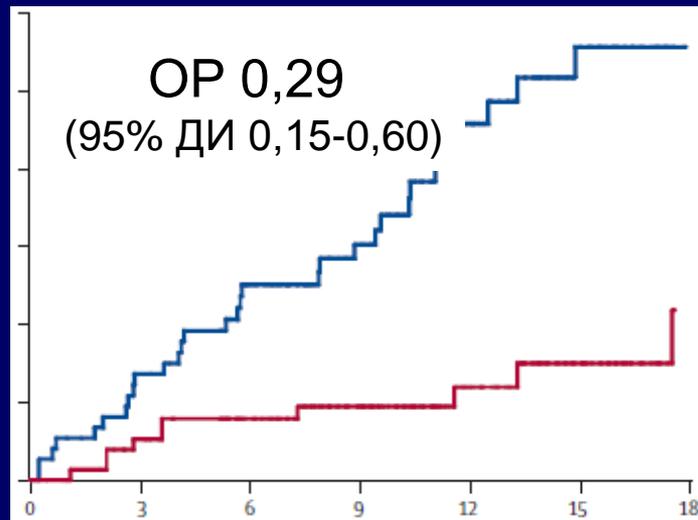
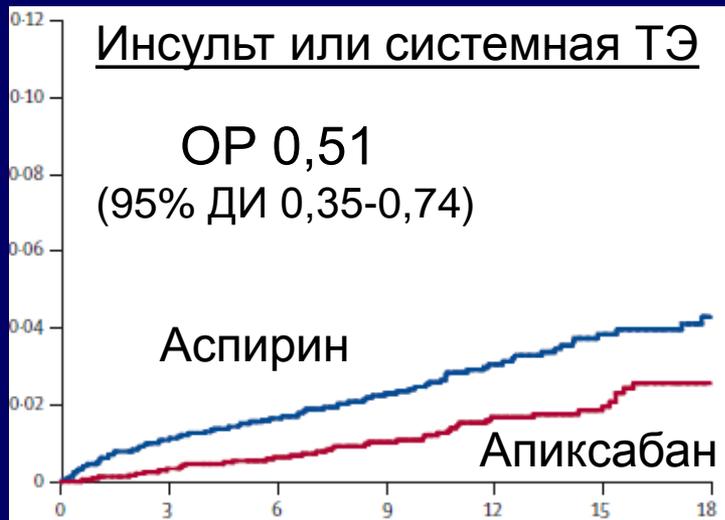


# Апиксабан и аспирин при фибрилляции предсердий

## Исследование AVERROES (n=5 599): анализ подгрупп

Нет инсульта/ТИА в анамнезе

Инсульт/ТИА в анамнезе



# Антагонисты витамина К и сочетание аспирина с клопидогрелом при неклапанной ФП

## Исследование ACTIVE A (n=7 554)

Постоянная или пароксизмальная неклапанная ФП  
+ как минимум 1 фактор риска сосудистых осложнений  
+ **НЕВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАТЬ антагонисты витамина К**

Число событий в год	Асп 75-100	Асп 75-100 + клоп 75	Δ на 1000	p
Сосудистая смерть, ИМ, инсульт, системные эмболии	7,6%	6,8%	- 8	0,01
Инсульт	3,3%	2,4%	- 9	<0,001
• инвалидизация/смерть	2,1%	1,6%	- 5	0,001
Крупные кровотечения	1,3%	2,0%	+ 7	<0,001
• внутричерепные	0,2%	0,4%	+ 2	0,006

# Антагонисты витамина К и сочетание аспирина с клопидогрелом при неклапанной фибрилляции предсердий

## Исследование ACTIVE W (n=6 706)

Постоянная или приступообразная неклапанная ФП  
+ как минимум 1 фактор риска сосудистых осложнений

Число событий в год	Аспирин 75-100 + клопидогрел 75	АВК МНО 2-3	p
Сосудистая смерть, ИМ, инсульт, системные эмболии	5,6%	3,9%	0,0003
Ишемический инсульт	2,15%	1,0%	<0,0001
Другие эмболии	0,43%	0,1%	0,005
Крупные кровотечения	2,4%	2,2%	нд

# Риск ишемического инсульта у выписанных из стационара больных с ФП по данным национального регистра в Дании (n=82 854)

Выписанные препараты:

только варфарин → → → →

только аспирин

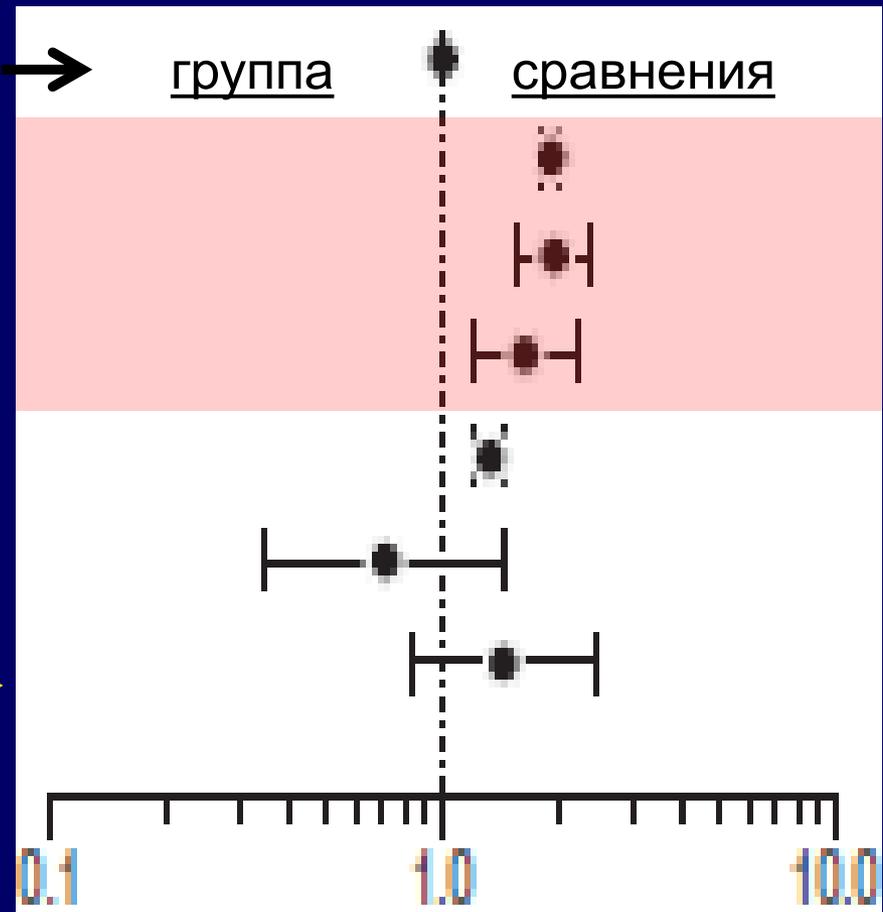
только клопидогрел

аспирин + клопидогрел

варфарин + аспирин

варфарин + клопидогрел

тройная терапия →



# Риск не смертельных и смертельных кровотечений у выписанных из стационара больных с ФП по данным национального регистра в Дании (n=82 854)

Выписанные препараты:

только варфарин → → → →

только аспирин

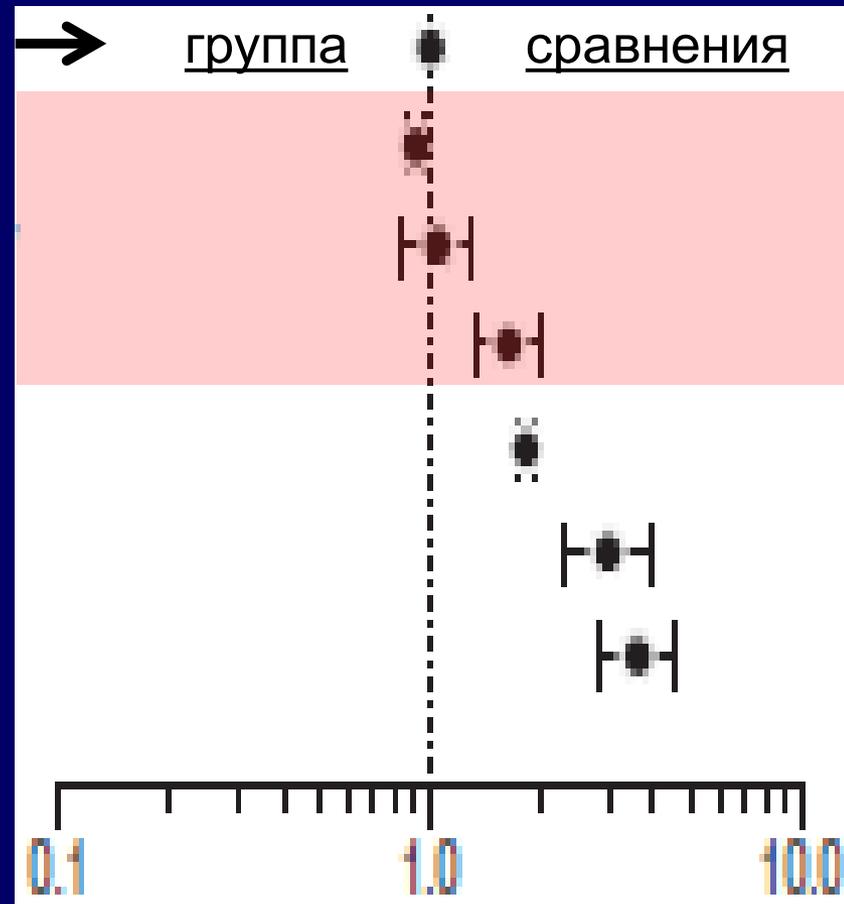
только клопидогрел

аспирин + клопидогрел

варфарин + аспирин

варфарин + клопидогрел

тройная терапия



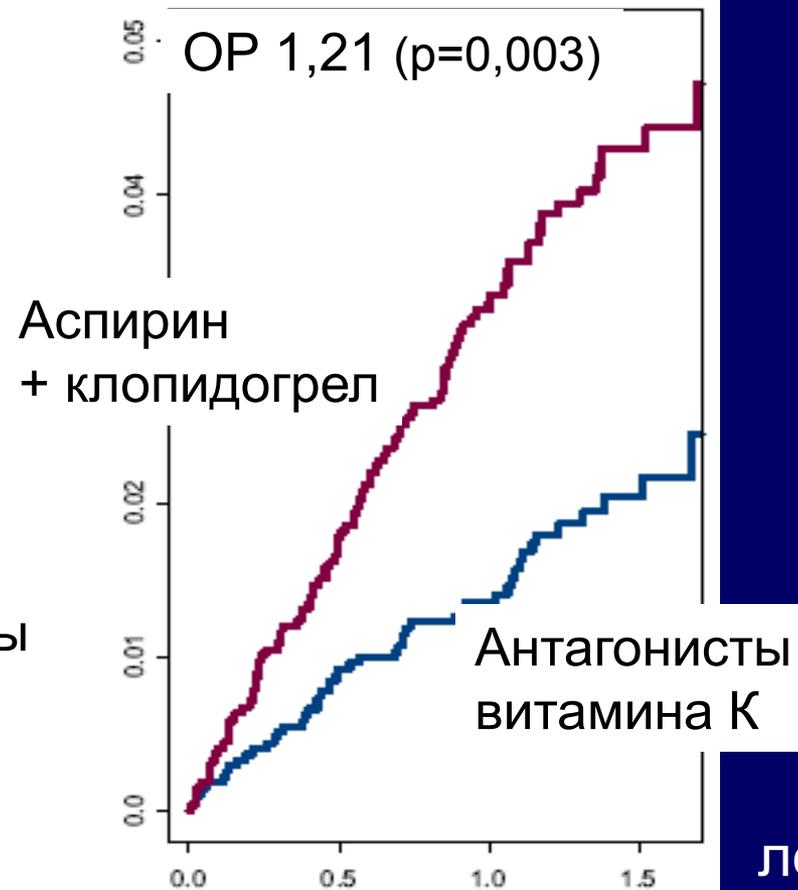
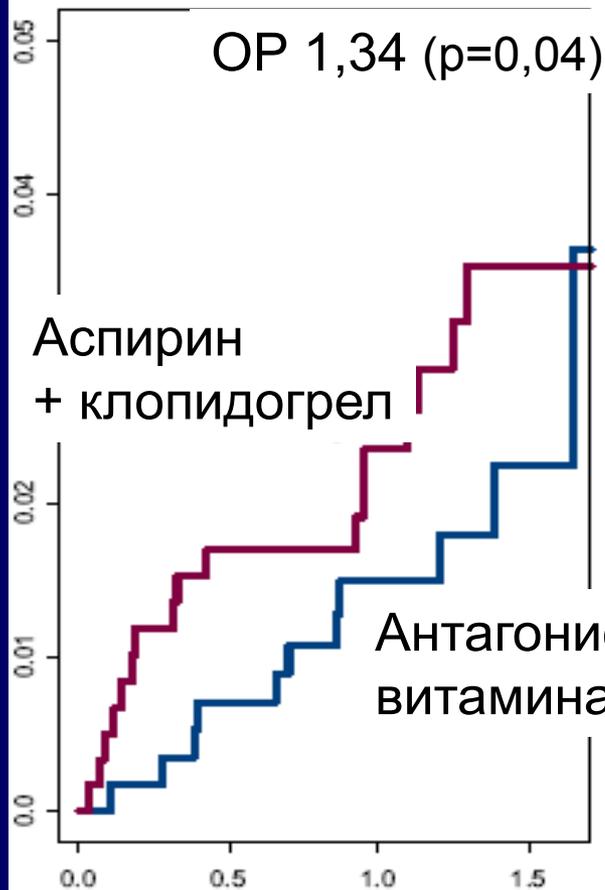
# Антагонисты витамина К и сочетание аспирина с клопидогрелом при неклапанной ФП

## Исследование ACTIVE W (n=6 706)

Пароксизмальная

Постоянная

Инсульт , эмболии не в сосуды мозга



лет

# Частота возобновления ФП по данным памяти имплантированного ЭКС

110 больных с пароксизмами ФП, имплантированным ЭКС  
и оптимизированным антиаритмическим лечением

678 визитов за 19±11 мес

ФП по данным ЭКГ (20% бессимптомны) ФП по данным ЭКС	46% 88% (p<0,0001)
ФП >48 ч по данным ЭКС из них бессимптомны и в дальнейшем с синусовым ритмом	45% 38%

# Профилактика тромбоэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий

## Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

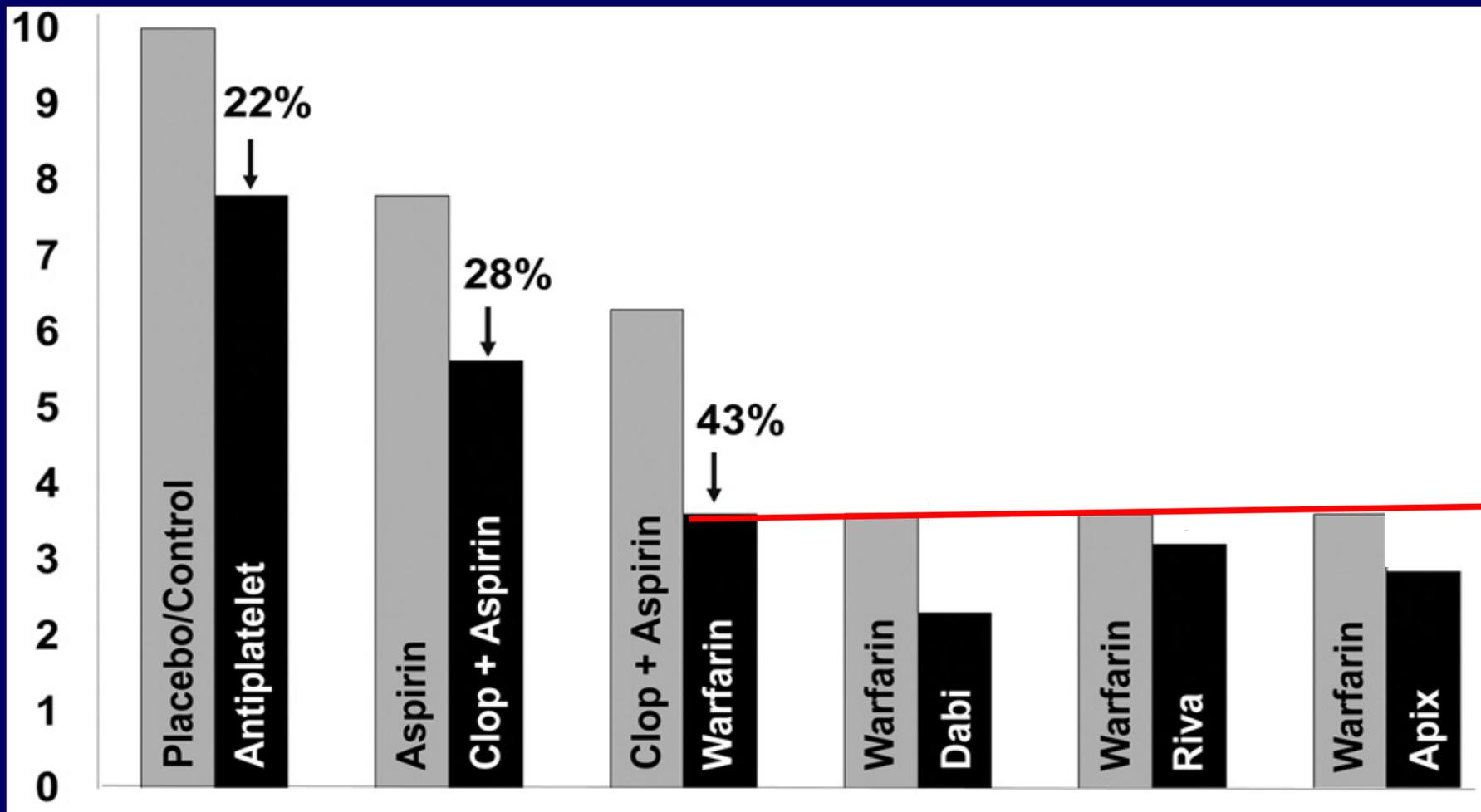
Рекомендация	Класс
<p>Антитромботическая терапия для профилактики ТЭ осложнений рекомендуется всем пациентам с ФП, кроме групп низкого риска (мужчины и женщины в возрасте &lt;65 лет с изолированной ФП)  <b>[то есть когда CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 0 или 1 только за счет женского пола]</b>  или при наличии противопоказаний</p>	<b>I A</b>
<p>Пациентам с количеством баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 1 на основании оценки риска кровотечения и предпочтений пациента следует рассмотреть использование пероральных антикоагулянтов</p>	<b>IIa A</b>
<p>Женщины в возрасте &lt;65 лет с изолированной ФП (но с количеством баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc = 1 за счет женского пола) имеют низкий риск инсульта;  в этих случаях следует рассмотреть отсутствие антитромботической терапии</p>	<b>IIa B</b>
<p>Пациентам с количеством баллов по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc ≥2 рекомендуется терапия пероральными антикоагулянтами при отсутствии противопоказаний</p>	<b>I A</b>

# Профилактика тромбоэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

Рекомендация	Класс
<p>Если пациенты отказываются принимать любые пероральные антикоагулянты, следует рассмотреть использование сочетания ацетилсалициловой кислоты в дозе 75-100 мг с клопидогрелом в дозе 75 мг ежедневно (при низком риске кровотечения)</p> <p>или — что менее эффективно — монотерапию ацетилсалициловой кислотой в дозе 75-325 мг ежедневно</p>	<b>IIa B</b>

# Снижение ОР инсульта при неклапанной фибрилляции предсердий в рандомизированных исследованиях антитромботических препаратов

10 инсультов на плацебо/в контроле



Мета-анализ ACTIVE-A ACTIVE-W RE-LY для ROCKET-AF ARISTOTLE дозы 150 × 2

# Профилактика тромбоэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

Рекомендация	Класс
<p>Пациентам с количеством баллов по шкале <math>CHA_2DS_2-VASc = 1</math> на основании оценки риска кровотечения и предпочтений пациента следует рассмотреть использование пероральных антикоагулянтов:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• антагониста витамина К с МНО 2-3; или</li><li>• прямого ингибитора тромбина (дабигатран); или</li><li>• ингибитора фактора Ха (например, ривароксабан, апиксабан)</li></ul>	<b>IIa A</b>
<p>Пациентам с количеством баллов по шкале <math>CHA_2DS_2-VASc \geq 2</math> рекомендуется терапия пероральными антикоагулянтами при отсутствии противопоказаний:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• антагониста витамина К с МНО 2-3; или</li><li>• прямого ингибитора тромбина (дабигатран); или</li><li>• ингибитора фактора Ха (например, ривароксабан, апиксабан)</li></ul>	<b>I A</b>

# Профилактика тромбоэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

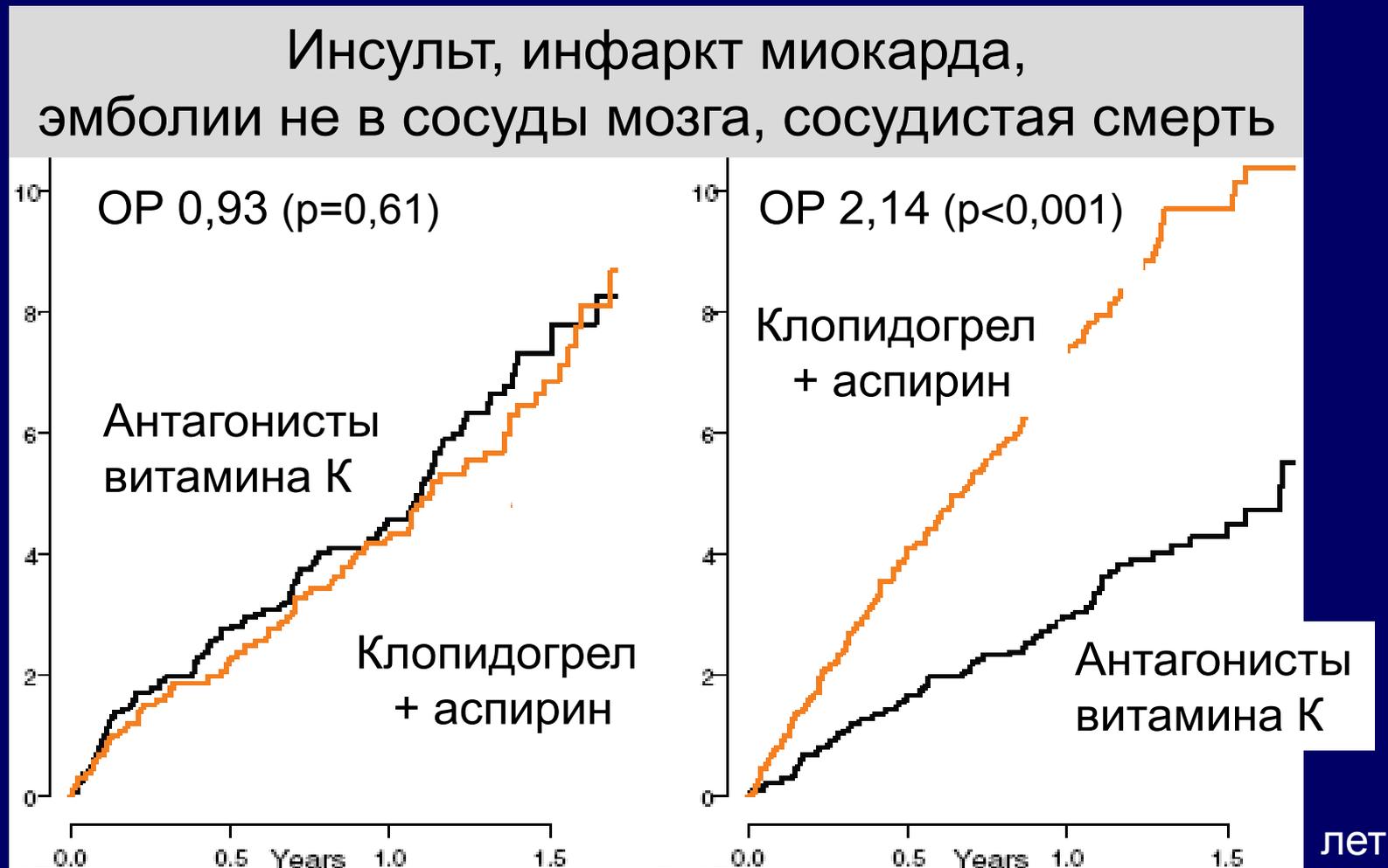
Рекомендация	Класс
Выбор антитромботической терапии должен быть основан на абсолютных рисках инсульта/тромбоэмболии и кровотечения, а также совокупного клинического преимущества для данного пациента	I A

# Антагонисты витамина К и сочетание аспирина с клопидогрелом при неклапанной ФП

## Исследование ACTIVE W (n=6 706)

МНО 2-3 <65% времени

МНО 2-3 ≥65% времени



# Неблагоприятные исходы у больных с неклапанной ФП в зависимости от стойкости поддержания целевого МНО

## Мета-анализ исследований SPORTIF III и V (n=3587)

Число событий на 100 человеко-лет на варфарине

	Доля времени с МНО 2-3:		
	<60%	60-75%	>75%
Инсульт или системная ТЭ	2,12	1,42	0,96
Инфаркт миокарда	1,29	0,97	0,70
Смертность	4,30	1,67	1,72
Крупные кровотечения	3,67	1,61	1,47
Геморрагический инсульт	0,20	0,28	0,06

Неблагоприятные исходы у больных с неклапанной ФП  
в зависимости от стойкости поддержания целевого МНО  
Регистр GARFIELD (n=9 971); данные за 2012 год

В 97% случаев  $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 1$

Число событий в первый год после выявления ФП (%)

	Доля времени с МНО 2-3:	
	<60% n=2 657	$\geq 60\%$ n=2 009
Инсульт	1,34	0,86
Крупные кровотечения	1,00	0,55
Смерть	1,72	0,86

# Новые пероральные антикоагулянты при неклапанной фибрилляции предсердий

Дабигатран 110 ×2

Дабигатран 150 ×2

Ривароксабан

Апиксабан

Варфарин

- Рандомизированные контролируемые исследования  
- - - Непрямое сопоставление

# Новые пероральные антикоагулянты при неклапанной фибрилляции предсердий: сравнение с варфарином

	Критерии включения	Средняя CHADS <sub>2</sub>	CHADS <sub>2</sub> ≥3	Инсульт/ТИА в анамнезе	Доза
Дабигатран	≥1 фактора риска	2,1	32%	20%	<b>110 мг ×2</b> <u>или</u> <b>150 мг ×2</b> (двойное слепое)
Апиксабан	≥1 фактора риска	2,1	30%	19%	<b>5 мг ×2</b> <u>или</u> <b>2,5 мг ×2</b> если ≥80, <60 кг или креатинин ≥133 мкмоль/л
Ривароксабан	Инсульт/ТИА/ системная ТЭ в анамнезе или ≥2 фактора риска	<b>3,5</b>	<b>87%</b>	<b>52%</b>	<b>20 мг ×1</b> <u>или</u> <b>15 мг ×1</b> при клиренсе креатинина 30-49

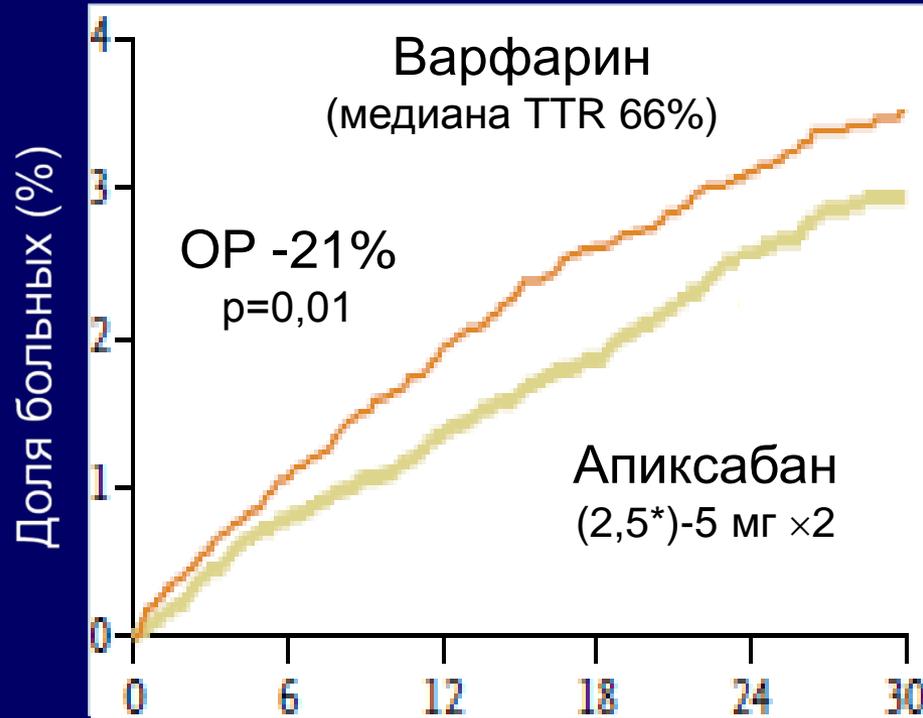
## Новые пероральные антикоагулянты при неклапанной ФП: сравнение с варфарином

	Апиксабан	Дабигатран		Ривароксабан
	5 (2,5) ×2	110 ×2	150 ×2	20 (15) ×1
Механические протезы клапанов	нет	нет	нет	нет
Пороки клапанов	Без умеренного/тяжелого митрального стеноза	Без гемодинамически значимой патологии		Без гемодинамически значимого митрального стеноза
Клиренс креатинина	не <25	не <30		не <30
Инсульт/артериальная ТЭ	лучше	не хуже	лучше	не хуже
- геморрагический инсульт	лучше	лучше	лучше	лучше
- ишемический инсульт	не хуже	не хуже	лучше	не хуже
Сосудистая смертность	не хуже	не хуже	лучше	не хуже
Общая смертность	лучше	не хуже	не хуже	не хуже
Крупные кровотечения	лучше	лучше	не хуже	не хуже
- внутричерепные кровотечения	лучше	лучше	лучше	лучше
- желудочно-кишечные	не хуже	не хуже	хуже	хуже
Диспепсия	не хуже	хуже	хуже	не хуже
Частота ИМ	не хуже	?	?	не хуже
Кардиоверсия	возможна (США)	возможна (Европа, США)		возможна (США)
Другие особенности	Преимущество по кровотечениям при любом HAS-BLED, при сниженном клиренсе креатинина, нет сведений о взаимодействии с амиодароном и верапамилом	Большее значение функции почек для T <sub>1/2</sub> , наиболее изучен при кардиоверсии, есть данные о сочетании с аспирином и клопидогрелом, нет взаимодействия с дилтиаземом		Изучен у больных с наиболее высоким риском, хорошая доказательная база при КБС, нет существенного взаимодействия с амиодароном, верапамилом и дилтиаземом

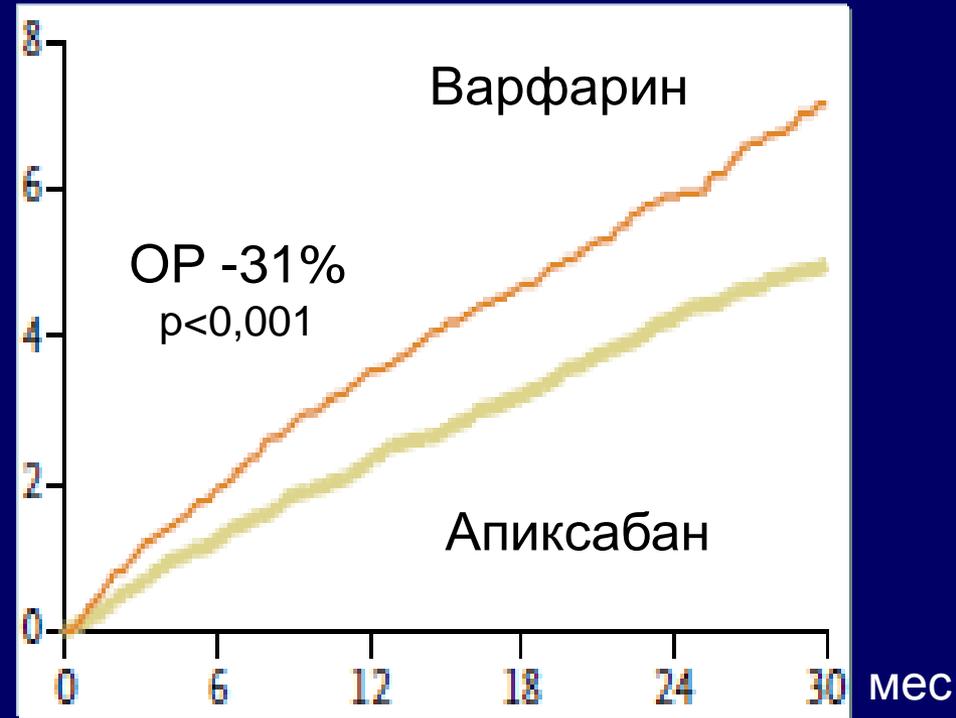
# Апиксабан при фибрилляции и трепетании предсердий

## Исследование ARISTOTLE (n=18 201)

### Инсульт или системная ТЭ



### Крупные кровотечения



\* если как минимум 2: ≥80 лет, ≤60 кг, креатинин ≥133 мкмоль/л

# Апиксабан при фибрилляции и трепетании предсердий

## Исследование ARISTOTLE (n=18 201): эффективность

Событий в год	Варфарин	Апи-	ОР	p
<u>Инсульт или системная ТЭ</u>	1,60%	1,27%	- 21%	0,01
Инсульт	1,51%	1,19%	- 21%	0,01
- геморрагический	0,47%	0,24%	- 49%	<0,001
- ишемический или не уточненный	1,05%	0,97%	- 8%	0,42
Системная ТЭ не в сосуды ЦНС	0,10%	0,09%	- 13%	0,70
Инфаркт миокарда	0,61%	0,53%	- 12%	0,37
Сердечно-сосудистая смертность	2,02%	1,80%	- 11%	>0,05
Общая смертность	3,94%	3,52%	- 11%	0,047

# Апиксабан при фибрилляции и трепетании предсердий

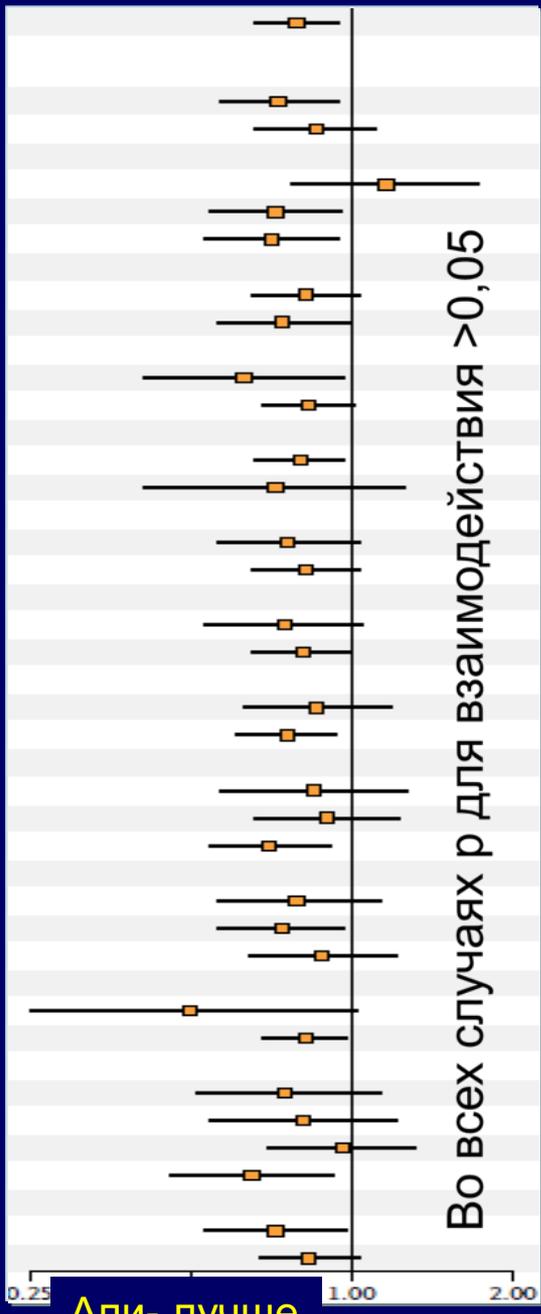
## Исследование ARISTOTLE (n=18 201): безопасность

Событий в год	Варфарин	Апи-	ОР	р
<u>Крупные кровотечения</u> (критерии ISTH)	3,09%	2,13%	- 31%	<0,001
- внутричерепные	0,80%	0,33%	- 58%	<0,001
- не внутричерепные	2,27%	1,79%	- 21%	0,004
- желудочно-кишечные	0,86%	0,76%	- 11%	0,37
Крупные или клинически значимые некрупные кровотечения	6,01%	4,07%	- 32%	<0,001
<u>Совокупное клиническое воздействие:</u>				
- инсульт, системная ТЭ или крупное кровотечение	4,11%	3,17%	- 23%	<0,001
- инсульт, системная ТЭ, крупное кровотечение или смерть	7,20%	6,13%	- 15%	<0,001

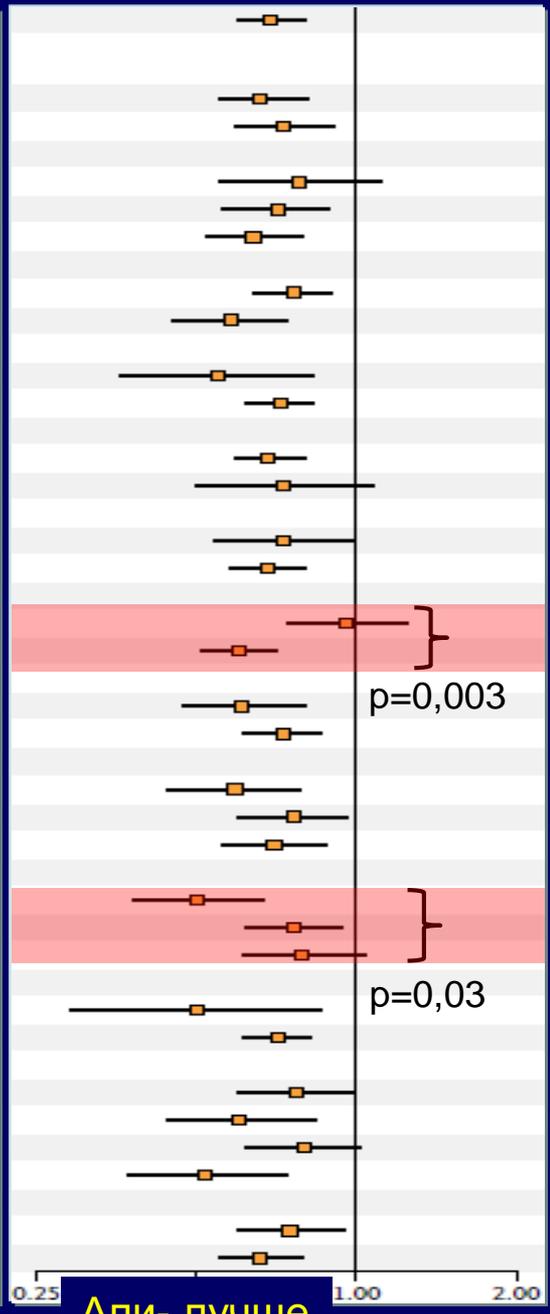
Инсульт или системная ТЭ

Крупные кровотечения

- Все больные
- Переход с ант. вит. К
- Без ант. вит. К
- <65 лет
- 65 - <75 лет
- ≥75 лет
- Мужчины
- Женщины
- ≤60 кг
- >60 кг
- Постоянная/персистирующая ФП
- Пароксизмальная ФП
- Инсульт/ТИА в анамнезе
- Без инсульта/ТИА в анамнезе
- Диабет
- Без диабета
- ХСН
- Без ХСН
- SHADS<sub>2</sub> = 1
- SHADS<sub>2</sub> = 2
- SHADS<sub>2</sub> ≥ 3
- Умеренная/тяжелая почечная недостаточность
- Легкая почечная недостаточность
- Нет почечной недостаточности
- Доза 2,5 мг x2
- Доза 5 мг x2
- Северная Америка
- Латинская Америка
- Европа
- Азия/Тихий океан
- Аспирин при рандомизации
- Без аспирина при рандомизации



Апи- лучше



Апи- лучше

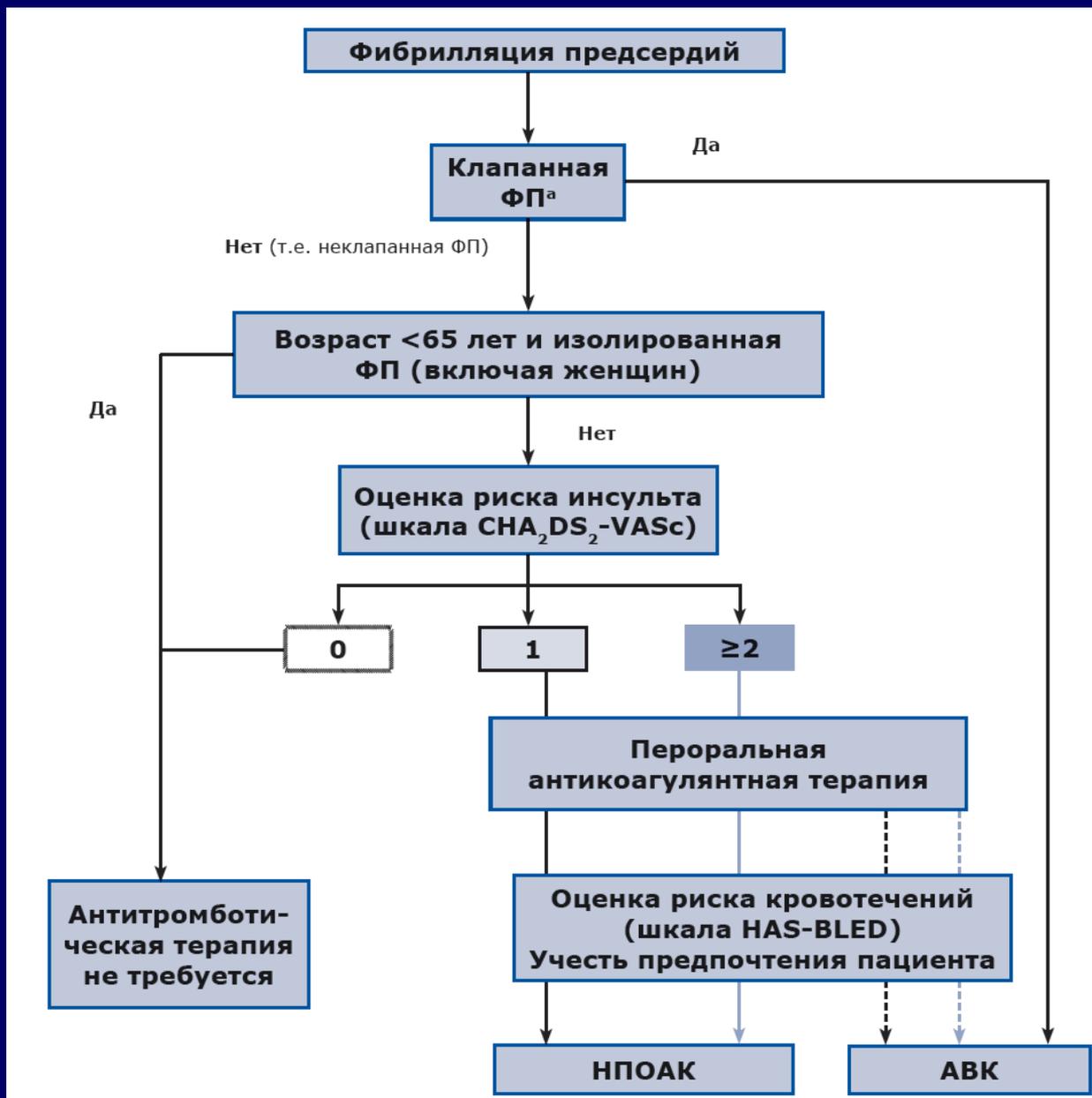
# Новые пероральные антикоагулянты и варфарин при неклапанной фибрилляции предсердий

## Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)

Рекомендация	Класс
Если пациенту с ФП рекомендуется прием пероральных антикоагулянтов, но антагонисты витамина К в подобранной дозе (МНО 2-3) нельзя использовать из-за трудностей поддержания терапевтического уровня антикоагуляции, побочных эффектов антагонистов витамина К или невозможности контролировать МНО, рекомендуется один из новых пероральных антикоагулянтов	I B
Если рекомендуется прием пероральных антикоагулянтов, у большинства пациентов с неклапанной ФП вместо антагонистов витамина К в подобранной дозе (МНО 2-3) следует рассмотреть применение одного из новых пероральных антикоагулянтов, на основании их совокупного клинического преимущества	IIa A

# Профилактика инсульта при фибрилляции предсердий

## Рекомендации Европейского кардиологического общества (2012)



# Новые пероральные антикоагулянты и варфарин при неклапанной фибрилляции предсердий: современные рекомендации

Рекомендация	Класс
<b>Европейское кардиологическое общество (2012):</b> в случаях, когда рекомендуются пероральные антикоагулянты, у больных с неклапанной ФП должно быть рассмотрено применение одного из новых пероральных антикоагулянтов, а не подобранной по МНО дозы антагонистов витамина К, на основании их совокупного клинического преимущества	<b>IIa A</b>
<b>Канадское сердечно-сосудистое общество (2012):</b> мы предполагаем, что если показано лечение пероральными антикоагулянтами, большинство больных должно получать дабигатран, ривароксабан или апиксабан как предпочтительный по отношению к варфарину	<b>Conditional, High-quality evidence</b>
<b>Американская коллегия торакальных врачей (2012):</b> для больных, у которых рекомендуются пероральные антикоагулянты, мы предполагаем дабигатран 150 ×2, а не антагонист витамина К в дозе, подобранной по МНО	<b>2B</b>

# Новые пероральные антикоагулянты и варфарин при неклапанной фибрилляции предсердий: современные рекомендации

Рекомендация	Класс
<p><b>Американские Коллегия кардиологов/Ассоциация сердца (2014)</b> атитромботическое лечение должно быть индивидуализировано с учетом риска инсульта, кровотечения, ценностей и предпочтений больного (C); рекомендуются пероральные антикоагулянты, опции включают варфарин (A), дабигатран (B), ривароксабан (B) или апиксабан (B)</p>	<b>I A/B/C</b>
<p><b>Американские Ассоциация сердца/Ассоциация инсульта (2012-2014)</b> выбор антитромботического агента должен быть индивидуален в соответствии с наличием факторов риска, стоимостью, переносимостью, возможностью лекарственных взаимодействий и других клинических характеристик, включая поддержание МНО в границах терапевтического диапазона при применении агонистов витамина К</p>	
<p><b>Британские рекомендации NICE (2014)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- решение о начале использования нового перорального антикоагулянта должно приниматься после информированного обсуждения с больным потенциальных рисков и пользы для каждого конкретного препарата по сравнению с варфарином</li><li>- у больных, уже принимающих варфарин, потенциальные риски и польза от перехода на новый пероральный антикоагулянт должна оцениваться с учетом качества поддержания терапевтических значений МНО</li></ul>	



# Новые пероральные антикоагулянты при неклапанной фибрилляции предсердий

Мнение J. Camm

высказано 27 марта 2012

на ежегодной сессии

Американской Коллегии кардиологов

## Подходящие кандидаты для новых пероральных антикоагулянтов:

- не желающие принимать антагонисты витамина К
- начинающие использовать антикоагулянты
- с нестабильном МНО на антагонистах витамина К  
(но не из-за низкой приверженности к лечению)
- стабильные на антагонистах витамина К, возможно, сейчас не являются группой с наивысшим приоритетом

# Основные ограничения для использования новых пероральных антикоагулянтов при ФП

- Пороки клапанов сердца (как минимум митральный стеноз)
- Механические протезы клапанов сердца
- Внутричерепное кровоотечение в анамнезе
- Недавний инсульт/ТИА (особенности у каждого препарата)
- Клиренс креатинина  $<30$  мл/мин ( $<25$  мл/мин для апиксабана)
- Одновременный прием сочетания аспирина с клопидогрелом (апиксабан, ривароксабан)
- Одновременный прием сочетания аспирина с тикагрелором или прасугрелом
- Острый коронарный синдром
- Некоторые лекарственные взаимодействия
- Необходимость мониторингования уровня антикоагуляции
- Плохая приверженность к лечению