

ПРОФИЛАКТИКА КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У МУЛЬТИМОРБИДНЫХ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Подходы к выбору антитромботических препаратов и их доз у полиморбидных больных с ФП

Категория больных*	Особенности антитромботической терапии
Механический протез клапанов сердца	Антагонисты витамина К, целевое МНО зависит от типа (тромбогенности) протеза, позиции протеза и наличия дополнительных факторов риска тромботических осложнений
Умеренный или тяжелый митральный стеноз	Антагонисты витамина К, целевое МНО 2,0–3,0
Отсутствие механических протезов клапанов сердца, умеренного или тяжелого митрального стеноза (так называемая неклапанная ФП)	Возможные опции: 1. ПОАК (предпочтительны): • апиксабан 5 мг 2 раза в сутки (доза уменьшается 2,5 мг 2 раза в сутки, если есть 2 из 3: возраст ≥80 лет, масса тела ≤60 кг, креатинин ≥1,5 мг/дл (133 мкмоль/л)) • дабигатрана этексилат 110 мг 2 раза в сутки или 150 мг 2 раза в сутки • ривароксабан 20 мг 1 раз в сутки (доза уменьшается при сниженном клиренсе креатинина) • эдоксабан 60 мг 1 раз в сутки (доза уменьшается при сниженном клиренсе креатинина) 2. Антагонисты витамина К, целевое МНО 2,0–3,0
Нарушение функции печени	Антикоагулянты противопоказаны при заболеваниях печени, протекающих с коагулопатией; ПОАК не следует использовать при сумме баллов по шкале Чайлда–Пью более 9 (ривароксабан – более 7)
Патология желудочно-кишечного тракта	При отсутствии противопоказаний могут использоваться ПОАК или антагонисты витамина К. В РКИ апиксабан и дабигатрана этексилат в дозе 110 мг 2 раза в сутки по частоте крупных желудочно-кишечных кровотечений не отличались от антагонистов витамина К
Ожирение	У больных с ИМТ≥50 кг/м² нет клинических данных о результатах применения ПОАК. Их следует использовать с осторожностью или рассмотреть применение антагонистов витамина К
Низкая масса тела	Требуется снижение дозы эдоксабана до 30 мг 1 раз в сутки при массе тела до 60 кг. Дозу апиксабана можно уменьшить до 2,5 мг 2 раза в сутки только если есть 2 из 3: возраст ≥80 лет, масса тела ≤60 кг, креатинин ≥1,5 мг/дл (133 мкмоль/л) или при клиренсе креатинина 15–29 мл/мин.
Старческая астения/повышенный риск падений	Из-за повышенного риска кровотечений требуется осторожность; снижение дозы антикоагулянтов не показано
Стабильная коронарная болезнь сердца	Монотерапия оральным антикоагулянтом. В редких случаях у больных с высоким риском коронарного тромбоза и низким риском кровотечений возможно сочетание орального антикоагулянта в дозе, рекомендуемой при ФП, с АСК в дозе 75–100 мг 1 раз в сутки
Острый коронарный синдром, неинвазивное лечение	В ранние сроки заболевания используется сочетание АСК, блокатора P2Y12 рецептора тромбоцитов (клопидогрела) и антикоагулянта (парентеральное введение стандартных доз вплоть до 8-х суток или более ранней выписке; продолжение приема антагониста витамина К с поддержанием МНО 2,0–3,0; опыт использования в ранние сроки острого коронарного синдрома ПОАК ограничен). АСК следует отменить в первую неделю после начала лечения, клопидогрел – через 12 мес (при высоком риске кровотечений – через 6 мес)
Перенесенный ишемический инсульт/транзиторная ишемическая атака	Срок начала или возобновления приема оральных антикоагулянтов не ясны. Решение принимается индивидуально с учетом размера инсульта и опасности кардиоэмболических осложнений. Пока не используются антикоагулянты, обычно назначают АСК, а у больных с очень высоким риском тромботических осложнений (механические протезы клапанов сердца) – парентеральные антикоагулянты
Перенесенный геморрагический инсульт	Оптимальные сроки начала или возобновления приема оральных антикоагулянтов не ясны. Решение принимается индивидуально с учетом размера инсульта, риска его рецидива и опасности кардиоэмболических осложнений. В среднем указывают сроки 4–8 нед, хотя появляются свидетельства в пользу более раннего начала использования ПОАК
Тромбоз подкожных вен нижних конечностей	Дозы оральных антикоагулянтов, рекомендуемые при неклапанной ФП

*Если заболевание не указано, антитромботическая терапии аналогична неклапанной ФП.