

# Не всі ін'єкційні антикоагулянти однакові\*



\* Фондапаринукс – синтетичний та селективний інгібітор фактора Ха.

## Найбільш сприятливий профіль ефективності та безпеки, незалежно від стратегії лікування ГКС<sup>1</sup>

### Коротка інформація по препарату Арикстра (фондапаринукс)\* Розчин для ін'єкцій у попередньо заповнених шприцах

**Показання до застосування.** Лікування нестабільної стенокардії або інфаркту міокарда без підйому сегмента ST. Рекомендована доза Арикстри становить 2,5 мг на добу у вигляді підшкірної ін'єкції. Лікування слід починати якомога раніше після встановлення діагнозу і продовжувати щонайбільше 8 днів. Хворим, яким треба проводити черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) під час лікування Арикстрою, слід застосовувати нефракціонований гепарин (НОГ) під час такого втручання, беручи до уваги потенційний ризик виникнення кровотечі. У клінічному дослідженні щодо нестабільної стенокардії/інфаркту міокарда без підйому сегмента ST відновлення лікування Арикстрою було розпочате не раніше, ніж через 2 години після видалення катетера. *Інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST.* Рекомендована доза Арикстри становить 2,5 мг на добу. Першу дозу Арикстри вводять внутрішньовенно, наступні дози – шляхом підшкірної ін'єкції. Лікування слід починати якнайшвидше після встановлення діагнозу і продовжувати щонайбільше 8 днів або до виписки із стаціонару. Хворим, яким слід проводити неперервне ЧКВ під час лікування Арикстрою, слід дотримуватися тих же рекомендацій, що і при

**Спосіб застосування та дози.** *Нестабільна стенокардія або інфаркт міокарда без підйому сегмента ST.* Рекомендована доза Арикстри становить 2,5 мг на добу у вигляді підшкірної ін'єкції. Лікування слід починати якомога раніше після встановлення діагнозу і продовжувати щонайбільше 8 днів. Хворим, яким треба проводити черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ) під час лікування Арикстрою, слід застосовувати нефракціонований гепарин (НОГ) під час такого втручання, беручи до уваги потенційний ризик виникнення кровотечі. У клінічному дослідженні щодо нестабільної стенокардії/інфаркту міокарда без підйому сегмента ST відновлення лікування Арикстрою було розпочате не раніше, ніж через 2 години після видалення катетера. *Інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST.* Рекомендована доза Арикстри становить 2,5 мг на добу. Першу дозу Арикстри вводять внутрішньовенно, наступні дози – шляхом підшкірної ін'єкції. Лікування слід починати якнайшвидше після встановлення діагнозу і продовжувати щонайбільше 8 днів або до виписки із стаціонару. Хворим, яким слід проводити неперервне ЧКВ під час лікування Арикстрою, слід дотримуватися тих же рекомендацій, що і при

Виробник: Аспен Нотер Дам де Бондевіль, Франція.

Інформація призначена виключно для лікарів, для поширення на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах на медичну тематику.

1. 2015 Рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC) для лікування гострих коронарних синдромів без постійного підйому сегмента ST *European Heart Journal* (2016) 37, 267–315 doi:10.1093/eurheartj/ehv320  
Термін дії матеріалу до 06.02.2020.

Всі торгові марки належать або використовуються на основі ліцензії групою компаній Aspen.  
© 2018 Група компаній Aspen або його ліцензіат. Всі права захищені.

нестабільній стенокардії або інфаркті міокарда без підйому сегмента ST. У клінічному дослідженні щодо нестабільної стенокардії/інфаркту міокарда з підйомом сегмента ST відновлення лікування Арикстрою було розпочате не раніше, ніж через 3 години після видалення катетера. У пацієнтів, яким призначена операція АКШ, Арикстру, по можливості, не слід призначати протягом 24 годин до початку хірургічного втручання а поновити можна через 48 годин після операції. *Внутрішньовенна ін'єкція (лише перша доза при лікуванні хворих із інфарктом міокарда з підйомом сегмента ST).* Вводиться в/в через в/в систему безпосередньо без розведення або з розведенням у невеликому об'ємі (25 або 50 мл) 0,9% натрію хлориду. Щоб уникнути втрати препарату, не слід видаляти пухирець повітря з попередньо заповненого шприца перед ін'єкцією. Систему або катетер після ін'єкції слід добре промити 0,9% розчином натрію хлориду для того, щоб упевнитись, що ліки було введено повністю. При розведенні Арикстри 0,9% розчином натрію хлориду введення слід проводити протягом 1–2 хвилин.

**Побічні реакції.** Інфекції та інвазії: поодинокі: післяопераційні ранові інфекції. Кров і лімфатична система: часті: післяопераційна кровотеча, анемія; нечасті: кровотеча (носова кровотеча, шлунково-кишкова кровотеча, кровохаркання, гематурія, гематома), тромбоцитопенія, тромбоцитемія, поява аномальних тромбоцитів, порушення коагуляції. Імунна система: поодинокі алергічні реакції. Метаболізм і розлади травлення: поодинокі: гіпокаліємія. Нервова система: поодинокі: тривога, сонливість, вертиго, запаморочення, головний біль, сплутаність свідомості. Травний тракт: нечасті: нудота, блювання; поодинокі: абдомінальний біль, диспепсія, гастрит, запор, діарея. Дихальна система та органи грудної клітки: поодинокі: задишка, кашель. Серцево-судинна система: поодинокі: артеріальна гіпотензія. Гепатобіліарна система: нечасті: збільшення рівня печінкових ферментів, порушення функціональних печінкових тестів; поодинокі: збільшення рівня білірубіну у сироватці крові. Шкіра та підшкірні тканини: нечасті: висипання, свербіж. Загальні порушення у місці введення: нечасті: набряк, периферичний набряк, гарячка, виділення з рани; поодинокі: біль у грудях, підвищена втомлюваність, гіперемія, біль у ногах, набряк геніталій, відчуття припливів, втрата свідомості.

За додатковою інформацією звертайтеся у Представництво «Аспен Юроп ГМБХ»  
01030 м. Київ, вул. Богдана Хмельницького, 19-21, поверх 5.  
www.aspenpharma.com  
Р.П. №UA/6804/01/01, видане МОЗ України 08.11.2017.

Запити медичної інформації: [Aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk](mailto:Aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk)  
Повідомити про небажане явище або скаргу на якість препарату та запити медичної інформації за тел. +380983202418

**Протипоказання.** Встановлена алергія до діючої речовини або будь-якої з допоміжних речовин препарату. Активна клінічно значуща кровотеча. Гострий бактеріальний ендокардит. Тяжка ниркова недостатність (кліренс креатиніну < 20 мл/хв).

**Особливі вказівки.** Арикстру не слід призначати вагітним жінкам, за винятком випадків, коли очікувана користь від застосування буде переважат и потенційний ризик для плода. Протягом лікування препаратом годування груддю не рекомендується. Використання Арикстри для лікування дітей та підлітків заборонено.

**Взаємодія з іншими лікарськими засобами.** Препарати, що можуть збільшувати ризик кровотечі, не слід застосовувати одночасно з Арикстрою, за винятком антагоністів вітаміну К, що застосовуються для лікування венозних тромбоемболій. Якщо таке сумісне застосування є необхідним, його слід проводити під ретельним контролем. У результаті клінічних досліджень було доведено, що сумісне застосування з пероральними антикоагулянтами (варфарином), антиагрегантами (ацетилсаліцилова кислота), нестероїдними протизапальними препаратами (піроксикамом) і серцевими глікозидами (дигоксидом) суттєво не впливає на фармакокінетику фондапаринуксу. Якщо необхідне подальше лікування антагоністом вітаміну К, терапію фондапаринуксом слід продовжувати до досягнення цільового значення МНС.

**Форми випуску.** Розчин для ін'єкцій у попередньо заповнених шприцах 0,5 мл (2,5 мг).

**Умови зберігання.** Зберігати при температурі не вище +25 °С. Зберігати в недоступному для дітей місці.

**Термін придатності.** 3 роки.

**Категорія відпуску.** За рецептом.

\* Перед призначенням лікарського засобу Арикстра обов'язково ознайомтесь з інструкцією, що додається до лікарського засобу.



Е.А. Коваль, д. мед. н., профессор, ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

# Современные подходы к выбору антикоагулянтной терапии у больных с различными формами ОКС: баланс эффективности и безопасности

Последние годы ознаменовались разработкой не только новых международных рекомендаций в области ведения больных с различными формами острого коронарного синдрома – ОКС (ESC, 2015, 2017), но и украинских унифицированных клинических протоколов по лечению ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST (приказы МЗ Украины от 02.07.2014 г. № 455 и от 03.03.2016 г. № 164 соответственно). Национальные протоколы полностью гармонизированы и отвечают духу международных документов, и, кроме того, мы получили рекомендацию от МЗ Украины свободно руководствоваться в практической деятельности существующими международными протоколами. Весомый вклад в реальное сближение мировой и украинской клинической практики обеспечило создание системы реперфузионных центров во всех областях Украины с возможностью бесплатного осуществления первичных чрескожных коронарных вмешательств (ПЧКВ) у пациентов с ОКС с элевацией сегмента ST.

Однако, несмотря на значительные достижения, остается ряд вопросов из области клинической практики ведения ОКС, требующих обсуждения. Прежде всего, речь идет о достаточно многочисленной когорте больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), которые поздно обращаются за медицинской помощью и уже не подлежат немедленной реваскуляризации. Кроме того, существует широкий круг больных с ОКС без подъема сегмента ST (non-STEMI), но подвергающихся процедуре реваскуляризации, поскольку на больных высокого и среднего риска (2-3-я группы) пока не распространяется действие государственных программ по бесплатной установке стентов. Все эти больные нуждаются в эффективной и современной антитромботической терапии.

В настоящее время адьювантная антитромботическая терапия представлена несколькими высокоэффективными антитромботическими препаратами (клопидогрель, тикагрелор), которые назначаются в дополнение к ацетилсалициловой кислоте (АСК), и антикоагулянтами (нефракционированный гепарин (НФГ), низкомолекулярные гепарины (эноксапарин) и селективный ингибитор Ха фактора фондапаринукс). Таким образом, возможны минимум шесть комбинаций антиагрегант + антикоагулянт, а при включении/исключении АСК их число увеличивается еще больше.

Определяющим для правильного выбора схемы антитромботической терапии в этих случаях является сохранение баланса ее эффективности и безопасности, основанное на индивидуальной оценке тромботических и геморрагических рисков больного. Согласно последним европейским рекомендациям по ведению пациентов со STEMI (2017) стратификация риска у этих больных должна проводиться с использованием валидированных шкал (ABC, CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, HAS-BLED) с фокусом на модифицируемые факторы риска. В новом специальном руководстве Европейского общества кардиологов (ЕОК, 2017) по двойной антитромботической терапии (ДАТ) также предусмотрена специальная шкала PRECISE-DAPT, предназначенная для выбора длительности ДАТ (3-6 или 12-24 мес).

Что касается шкал CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и HAS-BLED, для которых характерен тщательный клинический подход к оценке риска, то они разработаны для ведения больных с фибрилляцией предсердий и предназначены для выбора и назначения антикоагулянта в условиях хронического заболевания. Поэтому любая дополнительно назначенная

антитромботическая терапия рассматривается в данных шкалах только как фактор геморрагического риска.

Однако хорошо известно, что развитие ОКС на фоне постоянного приема АСК не менее недели является также фактором тромботического риска, который в данной ситуации может быть даже более весомым, чем геморрагический риск. Это в еще большей степени справедливо по отношению к пациентам, у которых ОКС развился на фоне широко распространенной сегодня терапии клопидогрелем или комбинацией АСК с клопидогрелем. Все это требует поиска дальнейших возможностей клинической оценки соотношения геморрагического и тромботического рисков у пациентов с ОКС с последующей индивидуализацией антитромботической терапии. Кроме того, часть больных часто или длительно принимают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), которые значительно и независимо увеличивают тромботический риск (в среднем в 2-3 раза). Продолжение приема НПВП в острой фазе ОКС ведет к возрастанию риска повторного атеротромботического события в течение 7 дней (до 45%). К сожалению, данный фактор – прием НПВП – не включен в шкалы для стратификации рисков, а количество таких больных весьма значительно, особенно в возрастной категории >65 лет.

По результатам клинического регистра, организованного нами в 2015 году [1], с включением более 100 последовательно поступивших больных с ОКС, средний возраст таких пациентов увеличился до 68 лет, а доля женщин – до 50%. Также изменился структурный состав поступающих пациентов: стали преобладать больные с ОКС без элевации сегмента ST (74,3%), тогда как по данным регистра SNAPSHOT (2009) таких больных было 42%. Характеристики поступающих пациентов с ОКС свидетельствуют об актуальности сохранения баланса между эффективностью и безопасностью антитромботической терапии.

Еще в 2003 году данные регистра GRACE продемонстрировали трехкратное повышение госпитальной смертности у больных с большими кровотечениями [2, 3]. Это было высокодостоверно (p=0,001) как для общей популяции больных (5,1-18,6%), так и для всех форм ОКС: нестабильной стенокардии (3-16,1%), non-STEMI (5,3-6,3%) и STEMI (7-22,8%) [3]. В связи с этим во всех рекомендациях ЕОК начиная с 2007 года указывается, что эффекты антикоагулянтной терапии у пациентов с ОКС должны оцениваться с учетом не только снижения риска повторных ишемических/тромботических событий,



Е.А. Коваль

но и риска кровотечений. Такая тактика является основой современной стратификации риска для индивидуального выбора оптимальной антикоагулянтной терапии с учетом формы ОКС и вида предполагаемой реваскуляризации.

В наших реалиях правильная стратификация риска и назначение адекватной антикоагулянтной терапии имеют особое значение вследствие того, что доля тромбозиса в структуре реперфузий при STEMI остается значительной, а при non-STEMI консервативная медикаментозная стратегия, предполагающая длительную (до 8 суток) антикоагуляцию, однозначно преобладает, хотя она безусловно показана лишь пациентам низкого риска (4-я группа), а остальные (1-3-я группы) должны подвергаться немедленному (2 ч от поступления) или умеренно отложенному (72 ч после поступления) ПЧКВ.

Кроме того, вопрос не теряет актуальности и для пациентов с инвазивной стратегией реперфузии, которая также предполагает применение антикоагулянтной терапии.

В связи с этим сегодня предпринимаются активные попытки определить чувствительные, достаточно специфичные, но доступные в широкой практике критерии риска развития кровотечений для гармонизации антитромботической терапии. Так, мультивариантный анализ данных регистра GRACE [1, 2] позволил определить, что наиболее значимыми факторами риска кровотечений, которые можно использовать при поступлении больного, являются: возраст – 1,22 (на каждые 10 лет), женский пол – 1,36, хроническая почечная недостаточность (ХПН) – 1,53 и кровотечения в анамнезе – 2,18.

Все вышеизложенное заставило нас предпринять практическое исследование, направленное на сравнительную оценку тромботических и геморрагических рисков в реальной популяции пациентов с ОКС (все формы) в условиях крупного (около 2000 поступлений в год) специализированного коронарного центра в г. Днепр при применении консервативной стратегии ведения [4].

Были оценены данные 507 больных с ОКС, последовательно госпитализированных в инфарктные отделения центра, путем заполнения (в течение первых суток при поступлении) дополнительной формы, отражающей тромботические и геморрагические риски с расчетом суммы отдельных рисков согласно предложенной нами схеме градации (табл. 1). Также осуществляли бивалентную (одновременную) стратификацию больных в группы высокого, среднего и низкого тромботического и геморрагического рисков для подбора антитромботической терапии. Предложенная градация рисков была разработана на основе анализа международных рекомендаций по оценке тромботического и геморрагического рисков и предшествующего анализа собственных многолетних клинических данных. Она включила все значимые и легко определяемые при поступлении клинические переменные: женский пол,

Продолжение на стр. 26.

Таблица 1. Критерии оценки тромботического и геморрагического рисков у больных с ОКС

Геморрагический риск		Тромботический риск	
Возраст ≥65 лет	1,5	АСК в последние 7 дней	2
Возраст ≥75 лет	2,5	ИБС, ЦВЗ, периферический атеросклероз в анамнезе	1
Женский пол	1,5	Острые сосудистые события (ИМ, ИИ/ТИА) в анамнезе	2
ХЗП, ХПН в анамнезе, повышение уровня креатинина	1,5	СД	2
Кровотечения в анамнезе	2,0	Прием селективных НПВП >3 мес	1
Вес ≤70 кг	1,5		
Язвенная болезнь в анамнезе	1		
Фибромиома	1		
Геморрагический инсульт в анамнезе	2		



## Современные подходы к выбору антикоагулянтной терапии у больных с различными формами ОКС: баланс эффективности и безопасности

Продолжение. Начало на стр. 25.

возраст  $\geq 65$  лет, возраст  $\geq 75$  лет, хроническое заболевание почек (ХЗП), ХПН в анамнезе, повышенный уровень креатинина, кровотечения в анамнезе, вес  $\leq 70$  кг, язвенную болезнь в анамнезе, фибромиому, геморрагический инсульт в анамнезе. Данные 8 критериев были предложены для расчета уровня геморрагического риска.

Для одновременной оценки тромботического риска были предложены следующие 5 переменных: постоянный прием АСК в последние 7 дней, наличие ишемической болезни сердца (ИБС), цереброваскулярного заболевания (ЦВЗ), периферический атеросклероз в анамнезе, острые сосудистые события (ИМ, ишемический инсульт (ИИ) / транзиторная ишемическая атака – ТИА) в анамнезе, сахарный диабет (СД), прием селективных НПВП более 3 мес. Суммацию и деление рисков осуществляли аналогично делению больных по шкале ТИМІ. Естественно, что у пациентов с ОКС преобладали тромботические риски: только 32% из них имели низкий уровень тромботического риска, а 68% – высокий и средний.

В то же время уровень геморрагического риска был значительно ниже: высокий риск отмечен лишь у 13% больных, а низкий – почти у половины (49%).

Как показало традиционное деление больных по шкале ТИМІ, предложенные нами уровни риска соответствовали общей тяжести больных всех клинических форм ОКС. Так, высокий и средний риск при non-STEMI зафиксирован в 82% случаев, а в группе больных со STEMI низкому уровню риска соответствовали лишь 7% из них.

Среди критериев тромботического риска фигурировали с убывающей частотой нестабильное течение атеросклероза многих сосудистых бассейнов (79%), осложненные ЦВЗ (45%), прием АСК (43%), наличие СД (15%), регулярный прием НПВП в течение последних 3 мес (4%). Для повышенного геморрагического риска наиболее частыми детерминантами были возраст (69%), женский пол (52%), затем следовали вес (17%), язвенная болезнь в анамнезе (13%), ХЗП (13%); незначительной была частота предшествующих кровотечений и геморрагического инсульта в анамнезе. Сопоставление уровней тромботических и геморрагических рисков у каждого больного для оптимизации индивидуальной анти-тромботической стратегии показало, что почти в половине случаев определение дальнейшей терапевтической

стратегии затруднено, поскольку конкретно не прописано в рекомендациях и остается на усмотрение врача. Это, прежде всего, пациенты с сочетанием высоких геморрагического и тромботического рисков, а также больные со средним геморрагическим риском и всеми уровнями тромботического риска (43%).

На втором этапе исследования была проведена ретроспективная валидация критериев риска, особенно геморрагического, на основе клинических данных, успешности процедуры и госпитальных исходов у 153 больных, получивших тромболитическую терапию (ТЛТ) в двух независимых центрах лечения больных с ОКС (Клиническое объединение скорой медицинской помощи, г. Днепр и Городская больница № 8, г. Каменское). Течение госпитального периода в этой популяции пациентов осложнилось двумя большими кровотечениями (ТИМІ major). В обоих случаях рассчитанный согласно нашим критериям исходный геморрагический риск был средним (женский пол, возраст  $\geq 65$  лет, ХЗП в анамнезе – 4,5 бала) и высоким (то же + вес  $\leq 70$  кг, то есть + 1,5 = 6 баллов) при высоком тромботическом риске (5 и 6 баллов). Еще одно малое кровотечение наблюдалось у больного со средними тромботическим и геморрагическим рисками. К ограничениям проведенного исследования следует отнести открытый характер, одноцентровость, меньший объем выборки по сравнению с крупномасштабными регистрами ОКС. В настоящее время в связи с накоплением данных клинических исследований, получением результатов нескольких международных регистров пациентов с ОКС, изменением их клинических характеристик, а также благодаря уточнению ряда критериев ишемического и геморрагического рисков мы модифицировали шкалы оценки риска (табл. 2), однако общий принцип – моментальная клиническая доступность оценки – сохранился.

Переходя к вопросу о выборе антикоагулянта для лечения пациентов с ОКС, следует констатировать несколько важных фактов: 1) широкое внедрение нового мощного антитромбоцитарного препарата – тикагрелора в украинскую клиническую практику; 2) реальную отсроченность или отсутствие в Украине инвазивной стратегии реваскуляризации у большинства больных с non-STEMI, особенно пожилого возраста, число

которых растет; 3) неуклонное снижение доли ТЛТ в структуре реваскуляризации, но сохранение большого числа ТЛТ с использованием стрептокиназы, особенно в районах.

Исходя из этого, рассмотрим, каковы сегодня перспективы фондапаринукса в антитромботической терапии ОКС. Не лишним будет вспомнить, что доказательная база применения этого препарата при ОКС охватывает все вышеперечисленные категории пациентов, и препарат был изучен в ставших классическими метаисследованиях в области антитромботической терапии ОКС: OASIS-5 (n=20 078), OASIS-6 (n=12 092), PENTALYSE (n=333), охвативших в общей сложности почти 33 тыс. больных.

Так, в исследовании OASIS-5 эффективность и безопасность фондапаринукса сравнивали с эноксапарином в течение 8 дней терапии у больных с ОКС без элевации сегмента ST. Сразу по окончании терапии (9-й день) эффективность препаратов в отношении влияния на тромботические события (смерть + ИМ/ИИ) достоверно не отличалась (5,7-5,8%), и в обеих группах наблюдалась четкая тенденция к улучшению исходов к 90-му и 180-му дням. Однако больные, получившие фондапаринукс, показали достоверное и значительное снижение смертности (2,9-3,5%, p=0,02) за счет высокодостоверного снижения частоты больших кровотечений на 46% (p<0,00001). Благодаря этому впервые ученые и врачи обратили внимание на то, что значительное улучшение качества антикоагулянтной терапии может быть достигнуто за счет не усиления ее прямого действия, а сбалансированного и безопасного влияния на гемостаз со снижением числа кровотечений.

После успешного, но небольшого по объему проекта PENTALYSE, показавшего эффективность и безопасность сочетанного применения пентасакарида и тромболитика альтеплазы, фондапаринукс был детально изучен в приближенном к реальной практике исследовании. В нем сравнивали эффекты фондапаринукса и НФГ/плацебо у пациентов со STEMI, у которых применяли стратегию реваскуляризации методом ТЛТ с использованием стрептокиназы или фибрин-специфического тромболитика. Первичная точка (смерть + реИМ) наступала достоверно реже в группе фондапаринукса на 17% (p=0,003) по сравнению с группой плацебо после окончания терапии (9-й день) и на 18% – по сравнению с группой НФГ на 30-й день. Дальнейшее улучшение выживания больных без тромботических событий на 23% (p=0,008) наблюдалось в группе фондапаринукса через 3 и 6 мес. Как и в предыдущем исследовании, применение фондапаринукса приводило к меньшему числу клинически значимых кровотечений.

Фондапаринуксу отдается безусловное предпочтение в медикаментозном ведении пациентов с non-STEMI в рекомендациях ЕОК 2015 года (класс рекомендации I, уровень доказательств А). С учетом этого актуализируется вопрос о подходе к антитромботической терапии у больных, которых мы отнесли к категории смешанных рисков (почти половина – 43%), помимо безусловных показаний к его применению (13% – однозначное предпочтение у больных с низким тромботическим и высоким геморрагическим рисками).

Наиболее рациональным выбором при среднем геморрагическом и высоком/среднем тромботическом рисках теперь является комбинация тикагрелора и фондапаринукса у больных, ранее принимавших АСК, и безусловно – у принимавших клопидогрель и перенесших повторный ОКС на фоне такой терапии; у больных с non-STEMI с планируемыми ЧКВ в более поздние сроки, чем окончание терапии фондапаринуксом в госпитальном периоде (после 5 суток). Внезапная дестабилизация этих больных с необходимостью немедленного осуществления ЧКВ также предусмотрена международными и украинскими рекомендациями, которые включают дополнительный болус НФГ непосредственно перед процедурой.

Назначение фондапаринукса рационально и для больных, получающих ТЛТ со стрептокиназой (что остается вариантом терапии для большого числа районных центров с невозможностью ПЧКВ в условиях широкой доступности стрептокиназы). В связи с вышесказанным на фоне повышения частоты и мощности ДАТ совершенно объясним факт сохранения и увеличения частоты применения фондапаринукса в качестве антикоагулянта (42,7-45,5%) у больных с ОКС, включенных нами в регистр 2015 года, в сравнении с регистром 2009 года, что свидетельствует о большом потенциале фондапаринукса в составе новых современных комбинаций анти-тромботической терапии у пациентов с ОКС.

Список литературы находится в редакции.

UA-FON-0718-0060



Таблица 2. Модифицированные критерии оценки тромботического и геморрагического рисков у больных с ОКС

Геморрагический риск		Тромботический риск	
Признак	Баллы	Признак	Баллы
Возраст $\geq 65$ лет	1,0	ИБС, ЦВЗ, периферический атеросклероз в анамнезе Поражение $\geq 2$ бассейнов	1,0 2,0
Возраст $\geq 75$ лет	2,0	Острые сосудистые события (ИМ/ИИ/ТИА, тромбоз/эмболии) в анамнезе	2,0
Женский пол	1,0	СД	2,0
ХЗП в анамнезе, ХПН, повышение уровня креатинина, снижение скорости клубочковой фильтрации $\leq 60$ мл/мин	1,0 2,0	Заболевания сосудов (тромбофлебиты и др.)	1,0
Кровотечения в анамнезе (включая полименорею)	1,0	Застойная сердечная недостаточность / дисфункция левого желудочка (фракция выброса $\leq 40\%$ )	1,0
Анемия Hb $< 100$ г/л Hb $< 80$ г/л	1,0 2,0	Регулярный прием АСК не менее недели	1,0
Вес $\leq 70$ кг	1,0	Прием иных НПВП не менее 3 мес, гормональная терапия (каждая по 1,0)	1,0 или 2,0
Инсульт в анамнезе	1,0	Тропонин (+)	2,0
Язвенная болезнь неактивная фаза частые обострения	0,5 1,0	Ишемическая депрессия сегмента ST (+)	2,0
Заболевания печени	1,0	ST-ОИМ	2,0
<b>Максимум</b>	<b>12</b>	<b>Максимум</b>	<b>14</b>
<b>Оценка геморрагического риска</b> • $\leq 4$ балла – низкий • 4,5-8 баллов – средний • 9-12 баллов – высокий		<b>Оценка тромботического риска</b> • $\leq 5$ баллов – низкий • 6-9 баллов – средний • $\geq 10$ баллов – высокий	