

Современные достижения в лечении острых

Острые неотложные состояния в кардиологии – тема, актуальная во все времена, – обсуждалась на конференции, прошедшей 25-26 мая в Киевской области. В конференции приняли участие ведущие кардиологи Украины, представившие доклады о современных тенденциях ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), острой сердечной недостаточностью, тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА), тяжелыми аритмиями, осложнениями гипертонических кризов. В ходе конференции большое внимание было уделено практическим вопросам проведения антитромботической терапии у таких больных.

Член-корреспондент НАМН Украины, руководитель рабочей группы по неотложной кардиологии Ассоциации кардиологов Украины, руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко в выступлении сообщил о новых направлениях в диагностике и лечении острых неотложных состояний в кардиологии и новых достижениях в этой области за 2011-2012 гг.



– В настоящее время главными целями в лечении пациентов с острыми неотложными состояниями в кардиологии являются не только реанимация и стабилизация жизненно важных параметров, но и увеличение продолжительности и повышение качества жизни больных. На достижение этих целей направлена научная и практическая деятельность по усовершенствованию тактики ведения пациентов данной категории.

ОКС – одно из наиболее распространенных острых неотложных состояний в кардиологии, характеризующееся тяжелыми осложнениями. На современном этапе в качестве оптимальной стратегии лечения ОКС рассматривается использование фармакоинвазивного подхода, предусматривающего сочетание инвазивных и медикаментозных методов реперфузии миокарда с целью открытия инфарктзависимой артерии.

Среди вопросов из области лечения пациентов с ОКС без подъема ST (Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction – NSTEMI) особое внимание сегодня уделяется маркерам повреждения миокарда, в частности – тропонину (сердечный тропонин Т или I). В Украине на сегодня тропониновый тест малодоступен, между тем его результаты позволяют не только уточнить диагноз, но также оценить степень риска развития тяжелых осложнений у пациента и определить приоритетные направления в терапии. Клинические исследования показывают, что проведение коронарографии с последующим стентированием у пациентов с NSTEMI и повышенным уровнем тропонина способствует значительному снижению частоты осложнений. Тропониновый тест включен в обновленные рекомендации Европейского кардиологического общества (ESC) 2011 года по лечению NSTEMI, в которых повышенный уровень тропонина рассматривается как первичный критерий высокого риска и показание к использованию инвазивной стратегии лечения ОКС в период <24 ч с момента развития симптомов.

Пристальное внимание также уделяется проблеме остаточного риска, обусловленного наличием остаточных стенозов при проведении стентирования у пациентов с ОКС. Эта проблема рассматривается с учетом современных представлений о механизмах дестабилизации атеросклеротической бляшки, являющейся причиной серьезных коронарных событий. Процесс дестабилизации бляшки является системным, а не локальным, что подтверждают и результаты программы PROSPECT, в ходе которой на протяжении трех лет оценивали состояние атеросклеротических бляшек различными методами у пациентов, перенесших ОКС. В этом исследовании частота дестабилизации бляшек в зоне инфаркта миокарда (ИМ) и других зонах на протяжении указанного периода оказалась сопоставимой – около 12%. Таким образом, при обсуждении проблемы остаточных стенозов у пациентов после

ОКС и стентирования возникает вопрос о целесообразности постановки стентов не только в инфарктзависимую коронарную артерию, но и в другие артерии, в которых имеются стенозы. Этот вопрос тем более актуален, что мы уже располагаем данными, свидетельствующими о зависимости уровня пятилетней выживаемости пациентов с ОКС, перенесших стентирование одной коронарной артерии на 5-15 суток от развития ОКС, от количества остаточных стенозов. Полученные за последние годы научные данные свидетельствуют о необходимости изменения на современном этапе парадигмы лечения ОКС. В определенной степени эти изменения уже произошли, как пришло и понимание того, что не только консервативная, но и инвазивная стратегия лечения ОКС должна обязательно включать полноценную антитромботическую, антиишемическую, кардиопротекторную терапию, а также прием статинов.

Что касается антитромботической терапии, имеющей колоссальное значение для прогноза больных с острыми клиническими проявлениями системного атеросклероза, а также для пациентов высокого риска, то следует прежде всего сказать о последних инновационных разработках в области лечения фибрилляции предсердий (ФП) – наиболее распространенного нарушения ритма сердца, значительно увеличивающего риск развития тяжелых тромбоэмболических осложнений, одним из которых является ишемический инсульт. Внедрение в клиническую практику современных пероральных антикоагулянтов стало прорывом в области профилактики осложнений ФП, предоставившим возможность длительного, безопасного и удобного проведения антикоагулянтной терапии у пациентов данной категории.

Ранее в связи с трудностями, сопряженными с использованием варфарина (индивидуальный режим дозирования, необходимость постоянного лабораторного контроля, взаимодействие с пищевыми продуктами и другими препаратами, наличие генетически обусловленной резистентности), подавляющее большинство больных ФП оставались без адекватной антикоагулянтной поддержки, что было отмечено в 2006 году экспертами FDA, призвавшими исследователей к поиску и внедрению в практику не менее эффективных, но более безопасных и удобных для длительного применения антикоагулянтов.

Поиск увенчался успехом, и в настоящее время в распоряжении клиницистов имеются новые антикоагулянты, эффекты которых изучены в ходе авторитетных клинических исследований, посвященных лечению пациентов с ФП: селективные ингибиторы фактора Ха ривароксабан* и аписксабан** и прямой ингибитор тромбина дабигатран. Ривароксабан, аписксабан и дабигатран включены в современные международные рекомендации по лечению пациентов с ФП. Однако в Украине данное показание на сегодня зарегистрировано только для ривароксабана. Кроме того, для ривароксабана зарегистрированы такие показания, как профилактика инсульта и системных тромбоэмболий у пациентов с клапанной ФП, лечение тромбоза глубоких вен (ТГВ), профилактика рецидива ТГВ и тромбоэмболии легочной артерии после острого ТГВ у взрослых, профилактика венозной тромбоэмболии у взрослых пациентов.

Ривароксабан успешно прошел исследование у пациентов с ОКС (ATLAS ASC-TIMI 46), продемонстрировав более высокую по сравнению с варфарином эффективность в предотвращении тромбоэмболических

событий, а также исследование ATLAS ASC-TIMI 51, посвященное поиску оптимальной дозы, использование которой позволило бы обеспечить снижение риска развития кровотечений при сохранении преимуществ этого препарата в профилактике тромбоэмболических осложнений.

Расширенный анализ в подгруппах пациентов, участвовавших в исследовании ATLAS ASC-TIMI 5 (7817 пациентов в 44 странах), показал, что прием ривароксабана в дозе 2,5 мг 2 раза /сут связан со значительным снижением частоты сердечно-сосудистой смертности (8,7 против 10,6 % в группе плацебо, $p=0,047$). Кроме того, у этих пациентов снижался и уровень общей смертности – наиболее жесткого показателя, влияние на который, согласно рекомендациям FDA, сегодня рассматривается как наиболее важное свидетельство эффективности препаратов.

Исследования у пациентов с ОКС с использованием дабигатрана и аписксабана не были завершены: исследование 3-й фазы с аписксабаном на фоне двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с ОКС было остановлено в связи с увеличением риска кровотечений, а исследование 2-й фазы с дабигатраном не привело к планированию регистрационного исследования.

ТЭЛА – еще одно острое неотложное состояние в кардиологии, и число пациентов с этим осложнением с каждым годом увеличивается, в связи с чем владение искусством ведения таких больных является сегодня неотъемлемым требованием к врачам-кардиологам, работающим в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Усовершенствование антикоагулянтной терапии у пациентов, перенесших ТЭЛА, с целью повышения эффективности профилактики повторных событий – важная задача, решению которой, в частности, была посвящена программа EINSTEIN. В рамках этой программы ривароксабан назначали пациентам с ТЭЛА на период 6 или 12 мес в дозе 15 мг 1 раз в сутки с переходом на дозу 20 мг 1 раз в сутки (исследование EINSTEIN-PE), а также продолжали прием препарата в дозе 20 мг 1 раз в сутки после прохождения курса лечения на такой же период с целью вторичной тромбопрофилактики (исследование EINSTEIN-EXT). Программа EINSTEIN продемонстрировала пользу от применения ривароксабана в лечении пациентов с ТЭЛА и вторичной профилактике события (достоверное снижение риска развития повторных тромбоэмболий на фоне низкой частоты кровотечений) и целесообразность длительного приема пероральных антикоагулянтов у таких больных.

Следует подчеркнуть, что в исследовании ADOPT (первичная профилактика тромбоэмболий у пациентов с острыми терапевтическими состояниями) с применением аписксабана не было получено различий в изучаемых событиях по сравнению с эноксапаринном.

Вопрос о сроках назначения антикоагулянтной терапии пациентам с ТЭЛА после выписки из стационара в настоящее время дискутируется.

Тема антитромботической терапии неразрывно связана с вопросами ее безопасности. Наибольшие опасения у практикующих врачей вызывает риск развития кровотечений, в связи с чем важнейшие для кардиологических пациентов препараты: антикоагулянты и антитромбоцитарные средства в ряде случаев назначаются в неадекватных дозах или на недостаточно длительный период.

Профилактика кровотечений у пациентов с ФП или перенесших ОКС является крайне важной, поскольку от этого зависит возможность и приверженность больных

к дальнейшему проведению не только антитромботической, но и базовой терапии.

Следует отметить, что повышение риска кровотечений при увеличении длительности приема, количества и доз антитромботических препаратов – вполне ожидаемое явление, которое требует от врача хорошей профессиональной подготовки для соблюдения баланса между эффективностью и безопасностью терапии, а также осознания ответственности как за неправильное назначение, так и за немотивированную отмену лечения.

Отказ от антитромботической терапии при ведении пациентов высокого кардиоваскулярного риска требует серьезного обоснования и тщательной оценки соотношения пользы и риска от лечения. Необоснованная отмена антикоагулянтов или антитромбоцитарных препаратов часто сопряжена с увеличением частоты сердечно-сосудистых (СС) событий, риск которых в ряде случаев превышает риск кровотечений. Так, по данным когортного исследования J. Collet и соавт. (2004), отмена аспирина, назначенного с профилактической целью, привела к значительному (почти в 2 раза по сравнению с больными, не прерывавшими прием аспирина) увеличению частоты СС-осложнений, в том числе СС-смерти при развитии у пациентов ОКС. С риском смерти сопряжена и отмена клопидогреля у пациентов с ОКС и развившимися кровотечениями (чем раньше отменен клопидогрель, тем выше риск смерти). Установлено, что у пациентов с ОКС, которые лечатся медикаментозно, риск смерти при отмене клопидогреля в связи с кровотечениями выше по сравнению с больными, перенесшими стентирование (P. Mickael No., 2008).

Что касается случаев развития ОКС при постоянном и длительном приеме антитромбоцитарных препаратов, например аспирина, наиболее вероятной причиной возникновения такой ситуации является неусвоенное прекращение лечения пациентами либо недиагностированная резистентность к аспирину, поскольку эффективность этого препарата в первичной и вторичной профилактике СС-событий доказана в большом количестве крупных клинических исследований и метаанализах.

Безусловно, даже назначение современных антитромботических препаратов и использование наиболее безопасных схем приема не означают полного устранения риска развития кровотечений, однако эти меры наряду с выявлением факторов риска (женский пол, пожилой возраст, сниженная функция почек, лейкоцитоз, анемия) и тщательным отбором пациентов для проведения длительного лечения обеспечивают определенные результаты.

На сегодня в распоряжении врачей – шкала оценки риска кровотечений у пациентов с ИМ и нестабильной стенокардией, которая включена в обновленные рекомендации ESC по лечению пациентов с нестабильной стенокардией и ИМ (2011) и учитывает такие факторы риска, как гематокрит, клиренс креатинина, частота сердечных сокращений, наличие сердечной недостаточности, пол, сосудистые заболевания в анамнезе, наличие артериальной гипертензии и сахарного диабета. Для оценки риска кровотечений у пациентов с ФП, длительно получающих антикоагулянты, разработана шкала HAS-BLED. Использование этих шкал является необходимым аспектом ведения кардиологических пациентов, которым показана длительная антитромботическая терапия.

Важную роль правильного отбора пациентов для проведения длительного данного вида лечения подтверждают результаты клинических исследований с использованием современных антитромботических препаратов. Так, в исследованиях, в которых изучали эффективность и безопасность нового антитромбоцитарного препарата ворапаксара, – TRA-2P (пациенты с ОКС или заболеванием периферических артерий в анамнезе) и TRACER (пациенты с ОКС) –

* Ривароксабан зарегистрирован в Украине под торговым названием Ксарелто®.
** Аписксабан не зарегистрирован в Украине.

неотложных состояний в кардиологии

наряду со снижением частоты СС-событий при добавлении препарата к двойной антитромбоцитарной терапии наблюдалось увеличение риска умеренных и тяжелых кровотечений, в том числе внутричерепных кровоизлияний. Однако результаты ретроспективного анализа исследования свидетельствуют о более низкой частоте кровотечений в подгруппе пациентов с меньшим риском развития этих осложнений по сравнению с пациентами, имевшими высокий риск (инсульт в анамнезе и низкий вес). Данные исследований с ворапаксаром свидетельствуют о необходимости дополнительного изучения эффектов этого препарата, наличии перспектив в отношении дальнейшего повышения эффективности антитромбоцитарной терапии, а также о роли правильного отбора пациентов для проведения интенсивного антитромботического лечения.

Интересными являются и результаты крупного международного исследования CURRENT OASIS-7, в котором при увеличении нагрузочной дозы клопидогреля до 600 мг и последующем краткосрочном его назначении в дозе 150 мг пациентам с ОКС с планируемым ранним чрескожным коронарным вмешательством наблюдали достоверное снижение комбинированной первичной конечной точки (СС-смерть, ИМ, инсульт, тромбоз стента) в первые 30 дней после развития события без увеличения количества крупных кровотечений по классификации группы TIMI, внутричерепных, фатальных и связанных с аортокоронарным шунтированием. Использование высоких доз аспирина (300-325 мг) в этом исследовании также не было связано с увеличением частоты кровотечений. Учитывая тщательность отбора пациентов для проведения исследований, можно предположить, что в реальной клинической практике увеличение частоты гастроинтестинальных кровотечений, например, при повышении дозы аспирина, чаще связано с плохой предварительной диагностикой эрозий и язв желудочно-кишечного тракта. Своевременная диагностика этих состояний позволяет провести их предварительное лечение и назначить антисекреторные препараты (более предпочтительны ингибиторы протонной помпы – ИПП; менее эффективны в этом отношении антагонисты H₂-рецепторов гистамина) с целью снижения риска развития гастроинтестинальных кровотечений при проведении антитромбоцитарной терапии.

Дискуссия о целесообразности назначения ИПП в сочетании с клопидогрелем, вызванная получением данных о возможном снижении эффективности последнего вследствие ингибирующего влияния ИПП на CYP2C19, продолжается и сегодня. Следует отметить, что в отношении наличия отрицательного влияния ИПП на выраженность антитромбоцитарного эффекта клопидогреля накоплены противоречивые данные, которые позволяют говорить, по крайней мере, о различиях в этом отношении между представителями группы ИПП. Так, данные, полученные при использовании представителей второго и третьего поколений ИПП, свидетельствуют о том, что эти препараты в гораздо меньшей степени по сравнению с ИПП первого поколения омега-3-полиненасыщенными жирными кислотами влияют на эффективность антиагрегантов.

В исследовании TRITON, в котором сравнивали эффекты клопидогреля и прасугреля, не было отмечено влияния ИПП на исход.

S. Coodman и соавт. (2012) показали, что ухудшение прогноза у пациентов, принимавших один из антиагрегантов (клопидогрель, тикагрелор или прасугрель) в сочетании с ИПП, связано не с приемом ИПП, а с исходно более тяжелым состоянием больных, получавших ИПП. Такие больные имели сопутствующую патологию, которая ухудшала течение ОКС и, соответственно, прогноз.

В многоцентровом исследовании, проведенном в нашей стране в 2008-2010 гг., ИПП

третьего поколения назначали пациентам после ОКС в сочетании со стандартной антитромбоцитарной терапией в протяжении 6 мес. При этом не было отмечено увеличения риска развития как ишемических событий, так и кровотечений, а наибольшее снижение 6-месячной летальности отмечено у тяжелых больных после ИМ с зубцом Q, имевших неблагоприятный гастроинтестинальный анамнез.

Безусловно, назначение ИПП пациентам, получающим антитромбоцитарную терапию, должно быть дифференцированным, и в современных рекомендациях указывается, что эти препараты следует назначать больным с неблагоприятным гастроинтестинальным анамнезом (язвенная болезнь), которым показано длительное антитромботическое лечение.

Следует ли отменять антитромбоцитарные препараты при возникновении гастроинтестинальных кровотечений и на какой срок? Этот вопрос часто возникает при рассмотрении проблемы кровотечений на фоне антитромботической терапии. Однозначный ответ на него в настоящее время не сформулирован, однако накоплены данные, которые являются поводом к серьезному размышлению.

Результаты американских регистров свидетельствуют о том, что в клиниках США возникновение кровотечений у пациентов с ОКС не является безусловным поводом для отмены антитромбоцитарной терапии. В исследованиях PREMIER Registry и HORIZONS AMI показано, что на момент выписки пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST и первичным стентированием разница в частоте назначения двойной антитромбоцитарной терапии между больными, у которых в процессе лечения возникали кровотечения, и больными без кровотечений является незначительной (около 5% в PREMIER Registry и 1,5-2% в HORIZONS AMI). Таким образом, возникновение кровотечения в ряде ситуаций следует рассматривать как повод для более взвешиваемого ведения пациентов с использованием индивидуализированного подхода к назначению антитромбоцитарной терапии без ее возобновления в дальнейшем.

Достаточно удручающими на фоне вышеупомянутых регистров выглядят данные, полученные в некоторых украинских областных клинических центрах, согласно которым амбулаторные пациенты, перенесшие ИМ, практически не получают двойной антитромбоцитарной терапии: только 50% из них принимают аспирин и 4% – клопидогрель. Вызывает большое сомнение, что более 90% пациентов, остающихся без антитромбоцитарной защиты, имеют неблагоприятный гастроинтестинальный анамнез.

Таким образом, кардиологам, терапевтам и семейным врачам в Украине следует уделять гораздо больше внимания оптимизации длительного лечения кардиологических пациентов, перенесших острые состояния, в частности – проведению и повышению приверженности пациентов после ОКС к двойной антитромбоцитарной терапии. Своевременное выявление пациентов, нуждающихся в длительной антикоагулянтной терапии, назначение современных пероральных антикоагулянтов является перспективным направлением в снижении смертности больных, перенесших ОКС и другие острые состояния.

Президент Ассоциации аритмологов Украины, руководитель отдела аритмий сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Олег Сергеевич Сычев посвятил доклад современным возможностям в осуществлении эффективной антитромботической терапии у больных ФП.

– ФП – заболевание, которое является причиной приблизительно 30% всех ишемических инсультов, нередко сочетается с другими острыми неотложными состояниями в кардиологии, например с ОКС (2-21%

случаев по данным разных авторов), ассоциируясь с ухудшением функции левого желудочка, развитием острой сердечной недостаточности, иногда – с инфарктом предсердия.



На современном этапе пациенты с ФП рассматриваются как больные, имеющие постоянный риск развития тромбоэмболических осложнений, что предопределяет необходимость использования антитромботической терапии у всех пациентов данной категории независимо от метода восстановления синусового ритма за исключением больных с изолированной ФП в возрасте <65 лет или при наличии абсолютных противопоказаний к такой терапии.

Одним из главных инструментов для решения вопроса о том, в каком объеме необходимо проводить антитромботическое лечение пациентов с ФП в различных клинических ситуациях, являются шкалы CHA₂DS₂-VASc (оценка риска развития инсульта) и HAS BLED (оценка риска развития кровотечений). В шкалу HAS BLED включены такие факторы риска, как артериальная гипертензия, нарушение почечной и печеночной функции, инсульт в анамнезе, кровотечение, лабильность показателя международного нормализованного отношения (МНО), пожилой возраст, наркотическая или алкогольная зависимость. Наличие ≥3 баллов по шкале HAS BLED свидетельствует о высоком геморрагическом риске.

Согласно новым рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC) 2010 года антитромбоцитарная терапия с использованием ацетилсалициловой кислоты (АСК) должна быть назначена всем пациентам с ФП даже при отсутствии факторов риска или наличии одного малого фактора (1 балл по шкале CHA₂DS₂-VASc). При наличии ≥2 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc следует назначать антикоагулянтную терапию.

При обнаружении тромба в ушке левого предсердия (ЛП) у пациентов с ФП (методом чреспищеводной ЭхоКГ) и пароксизме ФП неизвестной длительности или длительностью ≥48 ч антикоагулянтную терапию назначают на срок 3-4 нед до и после планируемой кардиоверсии (срок определен в соответствии со временем, необходимым для лизиса тромба в ушке ЛП до процедуры, а также для восстановления механической функции предсердия после ее проведения). Обязательная трехнедельная антикоагуляция может быть сокращена в случае отсутствия тромба или феномена спонтанного контрастирования 3-4 степени в ЛП или ушке ЛП. Кардиоверсия под контролем чреспищеводной ЭхоКГ может служить альтернативой приему антикоагулянтов на протяжении трех недель в тех случаях, когда необходима ранняя кардиоверсия или антикоагулянты противопоказаны. При отсутствии тромбов в ЛП перед кардиоверсией назначают нефракционированный гепарин или низкомолекулярный гепарин, введение которых продолжают до момента достижения оптимального МНО на фоне параллельно назначенных пероральных антикоагулянтов.

При эпизоде ФП длительностью <48 ч допускается введение нефракционированного гепарина и последующее восстановление ритма. После восстановления ритма больным с высоким риском развития инсульта или рецидива ФП пероральные антикоагулянты назначаются длительно (пожизненно) даже при стойком сохранении синусового ритма.

Сегодня в распоряжении практических врачей имеются новые пероральные антикоагулянты, более удобные и безопасные в применении по сравнению с варфарином, не требующие постоянного мониторинга МНО, а наличие на украинском рынке ривароксабана, для которого в нашей стране зарегистрировано

показание к применению у пациентов с ФП с целью профилактики ишемического инсульта, предоставляет украинским врачам возможность проведения адекватной антикоагулянтной терапии в соответствии с мировыми стандартами.

В двойном слепом исследовании III фазы ROCKET AF была показана более высокая эффективность ривароксабана (1 таблетка 20 мг 1 раз в сутки) по сравнению с варфарином в отношении профилактики инсульта и нецеребральной системной тромбоэмболии у пациентов с ФП (снижение относительного риска на 21%), при этом риск кровотечений и геморрагических инсультов не увеличивался. Кроме того, на фоне приема ривароксабана достоверно снизился риск фатальных кровотечений на 50% по сравнению с соответствующим показателем при терапии варфарином.

Назначение пероральных антикоагулянтов особенно целесообразно у пациентов, которые отказываются от терапии варфарином, или при невозможности проведения мониторинга показателей коагуляции крови. Эти препараты соответствуют современным критериям, которые выдвигаются к антикоагулянтам, предназначенным для длительного применения, а именно – обеспечивают быстрое наступление эффекта и удобство применения. Кроме того, современные коагулянты характеризуются широким терапевтическим окном, отсутствием необходимости мониторинга свертывания крови и титрования дозировки, благоприятным профилем безопасности и практичности не взаимодействуют с другими препаратами и пищевыми продуктами.

Значительное внимание в рекомендациях по лечению ФП уделено особенностям антикоагулянтной терапии у наиболее сложных категорий больных: пациентов с ФП, перенесших ИМ, инсульт, нуждающихся в хирургических вмешательствах, больных с искусственными клапанами сердца, планирующимся или внеплановым стентированием коронарных артерий.

Периодическую антикоагуляцию у таких больных следует проводить осторожно, прерывая прием антикоагулянтов перед хирургическим или инвазивным вмешательством на сроки, установленные для конкретных препаратов (для варфарина – 5 дней) с целью необходимого снижения МНО. Хирургические и диагностические процедуры, сопряженные с риском кровотечения, следует проводить на фоне субтерапевтических доз антикоагулянтов (до 48 ч). После проведения вмешательства лечение антагонистами витамина К (АВК) в обычной дозе необходимо возобновить (вечером или на следующее утро) при условии адекватного гемостаза.

У пациентов с ФП после стентирования коронарных артерий осуществляется тройная антитромботическая терапия с использованием двойной антитромбоцитарной терапии (аспирин, клопидогрель) и антикоагулянтных препаратов. Пациентам данной категории также показан пожизненный прием пероральных антикоагулянтов и, в случае применения АВК варфарина, постоянный мониторинг МНО, что значительно ухудшает перспективы длительного сохранения больными приверженности к антикоагулянтной терапии.

Схемы перехода с одного антикоагулянта на другой достаточно просты. Так, для перехода с АВК на ривароксабан необходимо снизить МНО до уровня <3, и после этого уже на следующий день можно применять ривароксабан в стандартной дозе. При необходимости возвращения к терапии варфарином пациенту назначают поддерживающую дозу варфарина, а ривароксабан отменяют при достижении значений МНО >2. При переходе с парентерального гепарина на ривароксабан отменяют введение гепарина и в следующий прием применяют ривароксабан.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

