# Антикоагулянтна терапія у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та фібриляцією передсердь

## За матеріалами XXII Національного конгресу кардіологів України (23-24 вересня 2021 року, м. Київ)

**Через високий ризик тромбоемболій у пацієнтів із фібриляцією передсердь (ФП) існує нагальна потреба у застосуванні антикоагулянтної терапії для запобігання розвитку катастрофічних подій. Хоча антагоністи вітаміну К (АВК) історично були стандартом лікування, їх використання обмежене численними взаємодіями із продуктами харчування та іншими препаратами, що асоційовано з частим моніторингом та корегуванням доз. Той факт, що прямі оральні коагулянти (ПОАК) не потребують обтяжливого регулярного контролю, а також мають сприятливіший профіль безпеки й відносно прості схеми дозування, робить їх оптимальною терапевтичною стратегією у пацієнтів із ФП, ішемічною хворобою серця (ІХС) та іншими станами.**

### Вибір антикоагулянту в осіб із неклапанною ФП та ІХС

**Старший науковий співробітник відділу клінічної аритмології та електрофізіології ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України (м. Київ), к. мед. н. Таісія Вячеславівна Гетьман** нагадала слухачам, що 2019 р. був запропонований термін «хронічний коронарний синдром» (ХКС), оскільки ІХС є патологією, що постійно змінюється. Зокрема, якщо відбувається загострення, пацієнт може перенести гострий коронарний синдром (ГКС) та/або планову реваскуляризацію. Якщо ж у хворого трапляється ФП, виникає інша клінічна ситуація та, відповідно, інші аспекти менеджменту.

Як відомо, утворення тромбів у пацієнтів, що перенесли реваскуляризацію або ГКС, мають дещо інший ґенез, ніж за наявності ФП. Адже в основі тромбозу стенту та ГКС лежать білі тромби, які потребують призначення антитромбоцитарної терапії. Було показано, що подвійна антитромбоцитарна терапія краще, ніж ПОАК попереджає тромбоутворення.

Своє чергою при ФП утворення тромбів потребує застосування ПОАК, зокрема, після стентування завжди постає питання потрійної терапії. При цьому під час та після черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ) в осіб із ФП слід забезпечити сприятливе співвідношення ризику кровотеч та тромбозів (Cappodano et al., 2017).

Також слід зазначити, що вперше виявлена ФП значно підвищує ризик ішемічного інсульту протягом одного року, але тільки 50% пацієнтів отримують ПОАК (ESC, 2021). Проте останнім часом кількість призначень ПОАК зростає через відмову від АВК у складі подвійної чи потрійної терапії. Це пов'язано із даними таких досліджень на користь використання ПОАК, як:

- PIONEER AF-PCI (ривароксабан, n=2124; 2016);
- RE-DUAL PCI (дабігатран, n=2725; 2017);
- AUGUSTUS ACS/PCI (апіксабан, n=4614; 2019);
- ENTRUST AF PCI (едоксабан, n=1508; 2020).

Зокрема, після завершення дослідження ефективності та безпеки апіксабану до спільних рекомендацій Американської асоціації серця (AHA), Американського коледжу кардіологів (ACC) та Товариства із порушень серцевого ритму (HRS) 2019 р. було додане положення, що при ФП та високому ризику інсульту після стентування коронарної артерії з приводу ГКС двокомпонентна терапія є більш обґрунтованою порівняно із трикомпонентною для зменшення ймовірності кровотеч.

Метааналіз даних чотирьох досліджень із вивчення ПОАК (7927 осіб) дозволив дійти висновку, що ці препарати зумовлюють зниження ризику кровотеч, смерті, інсульту та інфаркту міокарда (ІМ) (Vranckx et al., 2019). Наступний метааналіз (~12 тис. осіб) продемонстрував, що ПОАК у поєднанні з інгібітором $P2Y_{12}$-рецепторів без ацетилсаліцилової кислоти (АСК) можуть бути найбільш сприятливим варіантом лікування й оптимальною антитромботичною терапією для більшості пацієнтів із ФП, що піддаються ЧКВ (Lopes et al., 2020).

### Післяпроцедурне ведення пацієнтів із ФП та ГКС/ЧКВ

В останніх рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (ESC, 2020) відновлено необхідність застосування потрійної терапії. Зокрема, йдеться про те, що перевагу слід віддавати ПОАК, при цьому лікування має бути короткотривалим (терміном до 1-го тижня – стандартне та до 1-го місяця – якщо у пацієнта велика ймовірність тромбозу стенту). У разі подвійної терапії пріоритет надається комбінації ПОАК та клопідогрелю терміном до шести місяців (за високого ризику кровотечі) або до одного року (якщо ризик кровотечі низький), а через 12 місяців хворий має продовжувати монотерапію ПОАК чи АВК (ESC, 2020).

Також було запропоновано стратегії щодо виявлення високих ризиків тромбоутворення. Зазначено, що наявність цукрового діабету, попереднього ГКС / рецидиву ІМ, супутнього захворювання периферичних артерій, раннього ГКС (до 25 років), хронічної хвороби нирок, багатосудинного стентування або попереднього тромбозу стенту при лікуванні антиагрегантами свідчить про високий ризик тромбоутворення та є підставою для призначення тривалої подвійної терапії.

Своєю чергою факторами ризику виникнення кровотечі є артеріальна гіпертензія, порушення ниркової/печінкової функції, інсульт, внутрішньочерепна кровотеча, кровотеча або геморагічний діатез в анамнезі, лабільне міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) (у разі терапії АВК), похилий вік (>65 років). Враховуючи ці чинники, було запропоновано стратегію зниження ризику кровотеч, пов'язаних із ЧКВ (ESC, 2020):

1. Доступ через променеву артерію.
2. Застосування інгібіторів протонної помпи у пацієнтів на подвійній антитромботичній терапії (ПАТТ) за підвищеного ризику виникнення кровотечі.
3. Відмова від введення нефракціонованого гепарину пацієнтам на АВК із МНВ >2,5.
4. Попереднє лікування виключно АСК, додавання інгібітора $P2Y_{12}$-рецепторів при відомій коронарній анатомії.
5. Менша тривалість комбінованої антитромбоцитарної терапії.

### Супутнє застосування антиагрегантів у пацієнтів із ФП та ГКС, ЧКВ чи ХКС

Відповідно до загальних рекомендацій для осіб із ФП щодо показань для супутньої антитромбоцитарної терапії, ПОАК мають переваги перед АВК у комбінації з антиагрегантами (*I, A*). У пацієнтів із високим ризиком виникнення кровотеч (HAS-BLED ≥3) доза ривароксабану 15 мг/добу є кращою за 20 мг двічі на день, а доза дабігатрану 110 мг два рази на добу – за 150 мг двічі на день до тривалої чи супутньої моно- або подвійної антитромбоцитарної терапії для зменшення ймовірності кровотеч (*IIa, B*).

У хворих на ФП із показаннями для приймання АВК у комбінації з антиагрегантами дозу АВК слід чітко контролювати відповідно до МНВ 1,0-2,5 та часткового тромбопластинового часу >70%.

### Антитромботична терапія у хворих після ЧКВ із ФП або іншими показаннями для призначення антикоагулянтів

Згідно з рекомендаціями, в осіб із показаннями для застосування АВК у поєднанні з АСК та/або клопідогрелем інтенсивність дози АВК варто обережно регулювати відповідно до цільових значень МНВ 2,0-2,5 і часткового тромбопластинового часу в терапевтичному діапазоні ≥70% (*IIa, B*). Подвійна терапія із ПОАК тікагрелором чи прасугрелем може бути розглянута як альтернатива потрійному лікуванню з ОАК, АСК та клопідогрелем у пацієнтів із помірним або високим ризиком тромбозу стенту незалежно від його типу (*IIb, C*). Застосування тікагрелору або прасугрелу як компонента потрійної антитромботичної терапії з АСК та ПОАК не рекомендоване (*III, C*). Супутнє застосування інгібіторів протонної помпи рекомендоване пацієнтам, що отримують монотерапію АСК, ПАТТ або ПОАК та мають високий ризик шлунково-кишкової кровотечі (*I, A*).

У європейських рекомендаціях щодо ведення пацієнтів із ГКС також запропоновані різні стратегії залежно від ризику кровотеч (ESC, 2020). При цьому стандартними дозуваннями для ПОАК є:

- для апіксабану – 5 мг двічі на добу;
- для дабігатрану – 110 або 150 мг два рази на день;
- для едоксабану – 60 мг/добу;
- для ривароксабану – 15 чи 20 мг/добу.

Пріоритет мають інгібітори $P2Y_{12}$-рецепторів (клопідогрель) порівняно з АСК. Тікагрелор може бути розглянутий у хворих із високим ішемічним ризиком та низькою імовірністю кровотеч.

У новій настанові Європейської асоціації серцевого ритму (EHRA) щодо використання ПОАК при ФП зазначено, що пацієнти із плановим ЧКВ мають отримувати потрійне лікування ПОАК + клопідогрель + АСК строком до семи днів, потім – комбінацію ПОАК + клопідогрель до шести місяців, після чого переходять на монотерапію ПОАК. Натомість хворі на ГКС із ЧКВ протягом одного тижня (або місяця) мають застосовувати потрійну терапію ПОАК + тікагрелор + АСК, а через шість місяців – подвійну ПОАК + клопідогрель (якщо потрійна тривала один місяць) або ПОАК + тікагрелор (якщо подвійна тривала один тиждень). Незалежно від періоду потрійного лікування необхідний перехід на комбінацію ПОАК + клопідогрель до одного року, і тільки потім можливе використання монотерапії ПОАК (Steffel et al., 2021).

У пацієнтів із ФП після ГКС/ЧКВ ПОАК призначають у таких стандартних дозуваннях: 5 мг апіксабану двічі на добу, 110 або 150 мг дабігатрану два рази на день, 60 мг/добу едоксабану (дози редукуються відповідно до інструкції) та 15 мг/добу ривароксабану (доза редукується до 10 мг при кліренсі креатиніну 30-49 мл/хв).

Щодо апіксабану, дозу слід знизити до 2,5 мг двічі на день відповідно до правила «ABC» за наявності двох критеріїв із наступних:

- A (age/вік) ≥80 років;
- B (body mass / маса тіла) ≤60 кг;
- C (creatinine in serum / креатинін у сироватці) ≥133 ммоль/л, або при кліренсі креатиніну 15-29 мл/хв.

Таким чином, при виборі антитромботичної терапії потрібно обирати оптимальні препарати у належних комбінаціях для ефективного зменшення ймовірності ішемічних подій із мінімальними ризиками кровотеч.

### Дослідження AUGUSTUS: ключові висновки

**Старший науковий співробітник відділу реанімації та інтенсивної терапії ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» НАМН України, д. мед. н. Олег Ігорович Іркін** зазначив, що у пацієнтів із неклапанною ФП призначення ПОАК є важливим для запобігання інсульту й системної емболії. При ІМ та ГКС має місце досить великий вплив ФП на летальність: ФП, що наявна до розвитку ІМ або яка виникла під час нього, більш ніж удвічі збільшує смертність у хворих на ІМ (Nabauer et al., 2021).

При цьому механізм розвитку тромбу різний (ESC, 2020):

1. Тромб при ФП супроводжується каскадом протромбіну, тромбіну, фібриногену, фібрину, що утворюють великий червоний тромб, на який мають вплив гепарини, АВК та ПОАК.

2. Тромб, що виникає у коронарних артеріях при ГКС, є переважно тромбоцитарним за рахунок внутрішнього шляху згортання, або змішаним, на який можна впливати антиагрегантами.

Тож коли йдеться про лікування ФП, ГКС і процедуру стентування, слід зважати на баланс між тромбозом та кровотечею. Адже ФП та ГКС підвищують ризик тромбозу, а їх терапія своєю чергою може суттєво збільшувати ймовірність кровотеч.

AUGUSTUS ACS/PCI – міжнародне багатоцентрове рандомізоване випробування, присвячене порівнянню ефективності апіксабану з АВК та АСК із плацебо у хворих на ФП, у котрих розвинувся ГКС та/або було проведено ЧКВ, а також які отримували інгібітор $P2Y_{12}$-рецепторів.

Закінчення на наст. стор.

*Початок на попередній стор.*

Слід зауважити, що дизайн цього дослідження радикально відрізнявся від інших, оскільки в ньому оцінювали дві стратегії лікування: застосування апіксабану й АВК у вигляді подвійної та потрійної терапії (Lopes et al., 2018).

У дослідженні взяли участь 4614 пацієнтів із 33 країн. Критеріями включення були ФП (вперше виявлена, персистувальна >6 год), рішення лікаря щодо призначення ПОАК, наявний ГКС або проведення ЧКВ, планове приймання інгібіторів $P2Y_{12}$-рецепторів протягом ≥6 місяців. Критерії виключення: протипоказання для ПАТТ, інша причина для застосування АВК (протезний клапан, помірний/тяжкий мітральний стеноз).

Пацієнтів із ФП, які мали ГКС або перенесли ЧКВ, було випадковим чином розподілено на дві групи:

- порівняльне застосування апіксабану (5 мг двічі на добу) або варфарину;
- порівняльне використання АСК чи плацебо протягом шести місяців.

Первинним результатом була велика або клінічно значуща незначна кровотеча. Вторинні наслідки включали госпіталізацію або смерть, а також сукупність ішемічних подій.

Практично у всіх категоріях хворих апіксабан був кращий, ніж АВК за виключенням групи планового стентування, де не спостерігалося значимої достовірності даних. Клінічна ефективність апіксабану не впливала на ризик госпіталізації, смерті та симптомів ішемії в усіх групах.

Розглянувши застосування подвійної та потрійної терапії (наявність або відсутність АСК) при ГКС чи перенесеному ЧКВ, дослідники дійшли висновку, що АСК асоціювалася із достовірно гіршими результатами, тобто спричиняла велику кількість кровотеч. Своєю чергою у пацієнтів із ГКС терапія апіксабаном порівняно з варфарином та лікування із виключенням АСК виявилися найбільш безпечними стратегіями. Аналогічна ситуація спостерігалася у групі осіб із ГКС, які зазнали ЧКВ. При проведенні планової процедури стентування найменшу кількість кровотеч було зафіксовано у підгрупі хворих із виключенням АСК.

Стосовно госпіталізацій та смертності, значущої взаємодії між двома факторами рандомізації щодо первинних або вторинних результатів не спостерігалося. Велику або клінічно значущу незначну кровотечу було зафіксовано у 10,5% пацієнтів, які отримували апіксабан, порівняно з 14,7% на тлі АВК, а також у 16,1 та 9% хворих груп АСК і плацебо відповідно. Учасники при використанні апіксабану мали меншу кількість госпіталізацій або летальних випадків, ніж у групі АВК (23,5 *vs* 27,4%) та схожий показник ішемічних подій. У пацієнтів на тлі АСК частота госпіталізації або смерті та ішемічних подій була аналогічна такій у групі плацебо.

Отже, в осіб із ФП та нещодавнім ГКС або ЧКВ, які отримували інгібітор $P2Y_{12}$-рецепторів, антитромботична схема, що включала апіксабан без АСК, приводила до меншої кількості кровотеч та госпіталізацій без значних відмінностей щодо частоти ішемічних подій, ніж ті, які включали АВК, АСК або обидва препарати.

Зокрема, у хворих зі зниженою функцією нирок були отримані такі результати (Hijazi et al., 2021):

- достовірне зменшення кількості кровотеч при застосуванні апіксабану (без АСК) порівняно з варфарином;
- пацієнти на тлі апіксабану мали нижчі показники за всіма трьома наслідками (госпіталізація, смерть, ішемічні події) у більшості категорій розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ), ніж у групі АВК;
- загалом ефективність і безпека апіксабану були стабільними незалежно від функції нирок порівняно з варфарином, натомість ризик кровотечі при використанні АСК був вищим у всіх категоріях рШКФ.

Для вивчення ефективності й безпеки антитромботичної терапії залежно від ризику інсульту та кровотечі у пацієнтів із ФП та ГКС/ЧКВ в аналіз були включені 4386 пацієнтів (середній вік – 71 рік), з яких 81,7% мали показник $CHA_2DS_2$-VASc ≥3, а 66,8% – за HAS-BLED ≥3. Згідно з отриманими даними, частота кровотеч була нижчою на тлі приймання апіксабану порівняно з АВК незалежно від вихідного ризику кровотечі. АСК асоціювалася зі збільшенням кровотеч незалежно від вихідного ризику порівняно із плацебо. Використання апіксабану корелювало з меншою імовірністю госпіталізації чи летальних випадків без значної взаємодії з ризиком інсульту. При цьому не було виявлено різниці щодо наслідків ішемії.

Таким чином, було зроблено висновок, що антитромботичний режим, який включає інгібітор $P2Y_{12}$-рецепторів та апіксабан, пов'язаний із меншою кількістю кровотеч і госпіталізацій порівняно із застосуванням АВК, АСК чи обох препаратів (Harskamp et al., 2020).

Окрім того, в метааналізі досліджень PIONEER AF-PCI, AUGUSTUS, ENTRUST AF-PCI, RE-DUL PCI (n=10234) було показано, що застосування ПОАК у стратегії подвійної терапії (але не потрійної), продемонструвало кращу ефективність та безпеку щодо запобігання виникненню усіх видів кровотеч. Що стосується ішемічних подій, лише частота тромбозу стенту була достовірно нижчою при застосуванні потрійної терапії (Gargiulo et al., 2019). Максимальний ризик розвитку тромбозу стенту припадав на перші 30 діб після ГКС / процедури стентування (Bainey et al., 2019).

Відповідно до європейських рекомендацій, алгоритм антитромботичної терапії у хворих на ГКС без елевації сегмента ST та ФП, а також перипроцедурна стратегія для пацієнтів із ФП, яким заплановано ЧКВ із приводу ГКС без елевації сегмента ST, передбачають призначення потрійної комбінації ПОАК + АСК + інгібітор рецепторів $P2Y_{12}$ (Kollet et al., 2020).

Після перипроцедурної терапії та виписки пацієнта зі стаціонара призначають подвійну комбінацію ПОАК + бажано інгібітор $P2Y_{12}$-рецепторів. За високого геморагічного ризику тривалість подвійного лікування становить шість місяців, після чого призначають монотерапію ПОАК. У разі високого ішемічного ризику для попереджання тромбозу стенту протягом одного місяця застосовують потрійну терапію. Це є очевидним висновком дослідження AUGUSTUS, в якому було показано, що протягом місяця відбуваються усі тромбози стенту, після чого призначають подвійну терапію ПОАК + інгібітор рецепторів $P2Y_{12}$.

### Висновки

1. ФП асоційована із майже двократним підвищенням ризику ІМ.
2. Пацієнти із ФП, які потребують призначення ПАТТ при ГКС (або перенесеному ЧКВ), є категорією високого тромботичного та геморагічного ризику.
3. Апіксабан широко вивчений в осіб із ФП та супутньою патологією (зокрема ІХС) та має додаткові переваги сприятливого кардіоваскулярного профілю.

*Підготувала* ***Олександра Демецька***

Статтю надруковано за підтримки компанії «Пфайзер»

PP-ELI-UKR-0170

# ДАЙДЖЕСТ КАРДІОЛОГІЯ

## Відмова від цукру знижує ризик серцево-судинних захворювань

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є основним тягарем XXI ст. та однією з головних причин смерті в усьому світі. У новому міжнародному дослідженні було виявлено, що відмова від цукру може значно знизити ризик розвитку ІХС як потенційно небезпечного для життя захворювання.

Група фахівців із Массачусетської лікарні загального профілю (MGH), Школи науки і політики харчування Фрідмана при Університеті Тафтса, Гарвардської школи громадської охорони здоров'я Т.Х. Чана та Нью-Йоркського департаменту охорони здоров'я і психічної гігієни (NYC DOH, США) створила модель, що дозволяє побачити наслідки зниження споживання цукру, а також його впливу на організм людини. Вчені дійшли висновку, що скорочення вживання цукру лише на 20% з упакованих продуктів та на 40% із напоїв може запобігти 2,48 млн випадків таких кардіоваскулярних ускладнень, як інсульт, інфаркт і зупинка серця.

Споживання цукровмісних продуктів і напоїв тісно пов'язане з ожирінням, цукровим діабетом 2-го типу і захворюваннями серцево-судинної системи, які є основною причиною смерті. Своєю позицією щодо впровадження програми зниження щоденного вживання цукру поділився доктор **Dariush Mozaffarian**, співавтор дослідження і декан Школи науки і політики харчування Фрідмана при Університеті Тафтса (США). Він зауважив, що цукор – одна з найбільш очевидних добавок у продуктах харчування, які необхідно скоротити до розумних меж. Результати проведеної роботи свідчать про те, що настав час для реалізації національної програми із добровільними цілями щодо зниження цукру, яка може забезпечити значне поліпшення здоров'я людей і зменшення витрат на охорону здоров'я менше ніж за 10 років.

Доктор **Frank Hu** поділився висновками свого 15-річного дослідження, в якому було підтверджено згубний вплив надмірного вживання цукру на серце. Люди, які отримували від 17 до 21% калорій із доданого цукру, мали на 38% вищий ризик смерті від серцево-судинних захворювань порівняно з тими, хто споживав 8% калорій. Доктор Hu підсумував, що чим вище споживання доданого цукру, тим більша ймовірність розвитку кардіоваскулярних патологій.

За матеріалами www.express.co.uk

## Функціональний дефіцит заліза може підвищувати ризик кардіоваскулярних патологій

При низькому рівні заліза в організмі серце має працювати інтенсивніше, що може призвести до швидкої стомлюваності, задишки, збільшення ймовірності серцевих нападів та інсультів. У новому дослідженні вчені протягом понад 10 років спостерігали за 12164 особами без кардіологічної патології, щоб з'ясувати, як дефіцит заліза впливає на ризик розвитку хвороб серця.

На початку дослідження середній вік учасників становив 59 років. Майже дві третини з усіх обстежуваних мали функціональний дефіцит заліза. За період спостереження було зареєстровано 2212 випадки смерті, зокрема 573 – від серцево-судинних (СС) причин.

Вчені виявили, що особи із функціональним дефіцитом заліза на 24% частіше страждають на ІХС, мають на 26% більшу ймовірність померти від серцевих нападів або інших СС-причин та на 12% – від будь-якої причини. Натомість зв'язку між функціональним дефіцитом заліза та інсультом не простежувалося. Загалом функціональний дефіцит заліза в осіб середнього віку пояснює 5,4% усіх смертей, 11,7% – від СС-причин та 10,7% – новодіагностованих випадків ІХС. Отримані результати демонструють зв'язок дефіциту заліза із СС-подіями, але не підтверджують, що саме він є їх основною причиною.

Як відомо, перевантаження залізом може призвести до нудоти і блювання, а у тяжких випадках – внутрішньої кровотечі та відмови органів. Натомість здорове харчування, що включає широкий спектр продуктів, багатих на залізо, таких як яловичина, мідії, устриці, птиця, риба, бобові та листова зелень, зазвичай забезпечує достатній рівень заліза без потреби в харчових добавках.

За матеріалами www.medscape.com

## Заява AHA щодо стратегії пропагування здорового способу життя

У нових рекомендаціях Американської асоціації серця (AHA) запропоновані стратегії та практичні поради лікарям щодо пропаганди здорового способу життя у щоденній клінічній практиці. До факторів, що допомагають зберегти нормальне функціонування серцево-судинної системи, належать відмова від куріння, регулярна фізична активність, здорове харчування, контроль холестерину, артеріального тиску та рівня глюкози у крові.

Автори вважають, що при прогнозуванні тривалості життя слід враховувати соціальні детермінанти здоров'я, а також незадоволені потреби у галузі охорони здоров'я, пов'язані з соціальними проблемами, надмірну вагу та ожиріння, які впливають на ризик серцево-судинних захворювань. Із використанням «моделі 5А» – оцінювати (assess), радити (advise), погоджуватися (agree), допомагати (assist) та організовувати (arrange), клініцистам запропоновано найкращі комунікативні практики для надання орієнтованої на пацієнта допомоги щодо здорового способу життя при кожному відвідуванні.

Зокрема, робоча група AHA рекомендує використовувати підхід «спитай – розповідай – спитай». Так, спершу необхідно попросити у пацієнта дозволу дати йому пораду («спитай»). Далі – давати чіткі поради та усунути будь-які інформаційні прогалини/омани («розповідай»). Щойно буде досягнуте загальне розуміння особистого ризику для здоров'я, слід поставити запитання для визначення, яких дій пацієнт хоче вжити, аби змінити свою поведінку щодо власного здоров'я («спитай»).

Зміна ставлення до здоров'я – безперервний процес, і організація подальшої лікарської підтримки важлива для досягнення значущих та стійких змін. Щоб якомога продуктивніше використати час консультування (який зазвичай є не дуже тривалим), AHA пропонує лікарям застосувати сучасні медичні технології, такі як програми для смартфонів та лічильники кроків.

У рекомендаціях також викладені міркування щодо консультування стосовно зміни поведінки, пов'язаної зі способом життя під час вагітності, дитинства та юнацтва, а також у більш зрілому віці. Це життєві етапи, протягом яких спосіб життя суттєво впливає на ризик серцево-судинних захворювань.

За матеріалами www.medscape.com

# ЯКЩО ОБИРАТИ ДЛЯ СЕБЕ,
## ЧИ РОЗГЛЯНУЛИ Б ВИ
## ПОЄДНАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕКИ?

**Для пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь Еліквіс — єдиний інгібітор Ха фактору, який поєднує:**

- перевагу у зниженні ризику інсультів та системних емболій порівняно з варфарином[1]
- перевагу у зниженні ризику великих кровотеч порівняно з варфарином[1]

## Оберіть поєднання ефективності та безпеки при застосуванні препарату Еліквіс

**ЕЛІКВІС** (апіксабан), таблетки, вкриті плівковою оболонкою; таблетки по 5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3, по 6 або по 10 блістерів у пачці з картону. Таблетки по 5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону. Таблетки по 2,5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону. **Коротка інструкція для медичного застосування препарату. Показання до застосування:** профілактика інсультів та системної емболії у дорослих пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, які мають один або кілька факторів ризику, таких як наявність у анамнезі інсульту чи транзиторної ішемічної атаки, вік від 75 років, артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, симптоматична серцева недостатність (щонайменше клас II за класифікацією Нью-Йоркської кардіологічної асоціації). Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ) та тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), а також профілактика рецидивів ТГВ та ТЕЛА у дорослих. Таблетки по 2,5 мг: профілактика венозної тромбоемболії у дорослих пацієнтів, які перенесли планову операцію з протезування колінного або кульшового суглоба. (більш детально — див. Інструкцію). **Протипоказання:** гіперчутливість до активної речовини або до будь-якого допоміжного компонента. Клінічно значуща активна кровотеча. Захворювання печінки, які супроводжуються коагулопатією та клінічно суттєвим ризиком кровотечі. Патологія або стан, що супроводжується значним ризиком сильної кровотечі. Одночасне застосування будь-яких інших антикоагулянтів, наприклад нефракціонованого гепарину, низькомолекулярних гепаринів, похідних гепарину, пероральних антикоагулянтів, за винятком специфічних випадків зміни антикоагулянтної терапії або введення нефракціонованого гепарину у дозах, необхідних для забезпечення прохідності центрального венозного або артеріального катетера або введення нефракціонованого гепарину під час катетерної абляції для лікування фібриляції передсердь. (більш детально — див. Інструкцію). **Спосіб застосування та дози:** препарат застосовують перорально, запиваючи водою, з їжею чи без їжі. Рекомендована доза препарату для профілактики венозної тромбоемболії у разі протезування колінного або кульшового суглоба становить 2,5 мг перорально двічі на день. Першу дозу слід прийняти через 12–24 години після операції. Рекомендована тривалість лікування пацієнтів, що перенесли операцію з метою заміни кульшового суглоба становить 32–38 днів; колінного — 10–14 днів. Рекомендована доза препарату при профілактиці інсульту та системної емболії у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь становить 5 мг перорально двічі на день. Рекомендована доза препарату Еліквіс для лікування ТГВ та ТЕЛА становить 10 мг перорально двічі на день протягом перших 7 днів. Потім препарат застосовують у дозуванні 5 мг перорально двічі на день. Тривалість лікування становить щонайменше 3 місяці. Для профілактики ТВГ та легеневої емболії доза становить 2,5 мг перорально двічі на добу. Якщо пацієнту показана профілактика рецидивів, дозу 2,5 мг двічі на добу слід починати приймати після завершення 6-місячного курсу лікування препаратом Еліквіс у дозі 5 мг двічі на добу або курсу лікування іншим антикоагулянтом (більш детально — див. Інструкцію). **Побічні реакції:** частими небажаними реакціями були кровотеча, контузія, носова кровотеча та гематома. Застосування Еліквіс може бути пов'язане зі збільшенням ризику прихованої або явної кровотечі з будь-яких тканин або органів, що може призвести до постгеморагічної анемії. (більш детально — див. Інструкцію). **Особливості застосування:** Як і у разі прийому інших антикоагулянтів, пацієнти, які приймають Еліквіс, потребують ретельного нагляду з метою виявлення ознак кровотечі. Препарат необхідно застосовувати з обережністю при станах, які супроводжуються підвищеним ризиком кровотечі. Безпека та ефективність препарату Еліквіс не досліджувались у пацієнтів, які мають штучний клапан серця з або без артеріальної фібриляції. Пероральні антикоагулянти прямої дії, включаючи апіксабан, не рекомендовані пацієнтам з тромбозом в анамнезі, у яких діагностовано антифосфоліпідний синдром. Лікування препаратом Еліквіс слід припинити щонайменше за 48 годин до проведення планової операції або інвазивних процедур з помірним чи високим ризиком розвитку кровотечі. Даних про застосування апіксабану вагітним жінкам немає. Наразі невідомо, чи виділяється апіксабан або його метаболіти з грудним молоком людини. Еліквіс протипоказаний пацієнтам із захворюваннями печінки, які супроводжуються коагулопатією та клінічно суттєвим ризиком кровотечі. Деякі клінічні дані свідчать про те, що концентрація апіксабану у плазмі крові підвищена у пацієнтів з тяжким порушенням функції нирок (кліренс креатиніну 15–29 мл/хв), що може підвищувати ризик кровотеч. Клінічний досвід застосування апіксабану пацієнтам з кліренсом креатиніну < 15 мл/хв або пацієнтам, які знаходяться на діалізі, відсутній, тому апіксабан не рекомендований для застосування цій категорії пацієнтів. (більш детально — див. Інструкцію).**Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій:** Еліквіс не рекомендовано призначати пацієнтам, які отримують системне лікування потужними інгібіторами CYP3 A4 та P-gp, такими як азольні антимікотики (наприклад кетоконазол, ітраконазол, вориконазол та посаконазол) або інгібітори протеази ВІЛ (наприклад ритонавір). У зв'язку зі зростанням ризику кровотечі одночасне застосування пацієнтам будь-яких інших антикоагулянтів протипоказане, за винятком конкретних обставин зміни антикоагулянтної терапії, коли нефракціонований гепарин вводиться в дозах, необхідних для забезпечення прохідності центрального венозного або артеріального катетера, або нефракціонований гепарин вводиться під час катетерної абляції для лікування фібриляції передсердь. Застосування активованого вугілля знижує рівні експозиції апіксабану (більш детально — див. Інструкцію). **Фармакологічні властивості:** Апіксабан є потужним оборотним прямим та високоселективним інгібітором активної ділянки фактора Ха, призначеним для перорального прийому. Для антитромботичної дії він не потребує антитромбіну III. Апіксабан пригнічує вільний та зв'язаний з тромбом фактор Ха, а також пригнічує активність протромбінази.**Категорія відпуску.** За рецептом. **Перед використанням препарату необхідно ознайомитись з повною інструкцією для застосування.** Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначено для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/13699/01/01, UA/13699/01/02, затверджено Наказом МОЗУ № 1554 від 05.07.2019 р. Зміни внесено Наказом МОЗ України №2970 від 22.12.2020 р.

Еліквіс
апіксабан

Література: 1. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ et al. Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation N Engl J Med 2011; 365: 981–992.

За додатковою інформацією звертайтеся у: Представництво «Пфайзер Експорт Бі. Ві.» в Україні:
03038, м. Київ, вул. Амосова, 12. Тел. (044) 391-60-50.

Pfizer

**Прориви, що змінюють життя пацієнтів.**