



СОДЕРЖАНИЕ

Авторский коллектив	5
Предисловие	6
Список сокращений и условных обозначений	7
Фибрилляция предсердий: терминология и классификация	8
Ключевые принципы антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий	12
Оценка риска тромбоэмболических осложнений с помощью шкалы CHA ₂ DS ₂ -VA и определение показаний к антикоагулянтной терапии	15
Оценка риска геморрагических осложнений	17
Абсолютные противопоказания к антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий (ESC, 2020)	20
Выбор прямого орального антикоагулянта при фибрилляции предсердий	21
Абсолютные и относительные показания и противопоказания для применения прямых оральных антикоагулянтов за пределами инструкций и исследований	23
Антикоагулянтная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий и планируемой кардиоверсией	25
Антикоагулянтная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий и планируемой катетерной аблацией	28
Назначение антикоагулянтов пациентам с фибрилляцией предсердий после острого коронарного синдрома и/или чрескожного коронарного вмешательства	29
Тактика назначения оральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий для вторичной профилактики ишемического инсульта	34
Назначение оральных антикоагулянтов после геморрагического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий	37
Применение прямых оральных антикоагулянтов у пациентов с эмболическим инсультом из неустановленного источника	39
Применение оральных антикоагулянтов у пациентов с высоким риском кровотечений	40

Периоперационное ведение пациентов с фибрилляцией предсердий, получающих терапию прямыми оральными антикоагулянтами	45
Прямые оральные антикоагулянты у пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической болезнью почек	49
Прямые оральные антикоагулянты у пациентов с фибрилляцией предсердий и хроническими заболеваниями печени	51
Прямые оральные антикоагулянты у пациентов с фибрилляцией предсердий и тромбоцитопениями	53
Назначение оральных антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий и дефицитом/избытком массы тела	55
Антикоагулянтная терапия у беременных с фибрилляцией предсердий	58
Антикоагулянтная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий и онкологическими заболеваниями	59
Антитромботическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий и установленным окклюдером ушка левого предсердия	61
Возможная стратегия антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий и одним дополнительным фактором риска развития инсульта	62
Межлекарственные взаимодействия оральных антикоагулянтов	64
Прямые оральные антикоагулянты: можно ли делить или измельчать таблетки?	78
Прямые оральные антикоагулянты: что делать при пропуске или приеме двойной дозы?	80
Врачебный контроль за антикоагулянтной терапией	81
Список литературы	85



ПРЕДИСЛОВИЕ

Лечение пациентов в настоящее время — очень непростая задача для врача, который хочет использовать в своей практике новейшие алгоритмы, схемы и рекомендации. Далеко не все клинические рекомендации быстро переводят на русский язык, а полнотекстовые документы представлены зачастую более чем на сотне страниц, поэтому поиск ответа на имеющийся клинический вопрос может занимать очень много времени.

Авторский коллектив решил облегчить эту задачу и подготовить краткое издание, состоящее из удобных в работе алгоритмов, подходов, таблиц и схем, которые могут быть полезными для быстрого принятия решения о назначении и выборе антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий. В основу данного издания легли рекомендации Европейского общества кардиологов (англ. European Society of Cardiology — ESC) 2020 и 2024 гг., а также Европейской ассоциации сердечного ритма (англ. European Heart Rhythm Association — EHRA) 2018 и 2021 гг. Надеемся, что наша книга станет настольным путеводителем по антикоагулянтной терапии для тех, кто желает лечить своих пациентов с фибрилляцией предсердий эффективно и безопасно.

Д.А. Напалков,
доктор медицинских наук, профессор



ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ

Фибрилляция предсердий (ФП) является одним из самых распространенных нарушений сердечного ритма. Эта наджелудочковая аритмия сопровождается потерей эффективного сокращения предсердий, что проявляется на электрокардиограмме (ЭКГ) отсутствием зубцов *P* и нерегулярными сокращениями желудочков. Классификация ФП в зависимости от времени ее возникновения представлена в **табл. 1**. Следует отметить, что эта классификация отражает зафиксированные эпизоды ФП и не учитывает лежащего в их основе патофизиологического процесса. Со временем у некоторых пациентов с ФП развиваются необратимые изменения предсердий и желудочков, что может сделать попытки контроля синусового ритма бесполезными. По этой причине или когда пациент и врач принимают совместное решение о прекращении контроля ритма, ФП классифицируется как постоянная. Обновление характеристик различных форм ФП происходит постоянно с целью разработки в перспективе стратегий, основанных на патофизиологии, что позволит улучшить персонализированное ведение данных пациентов. В связи с этим некоторые широко используемые в современной клинической практике понятия мы приводим в **табл. 2**.

Таблица 1. Классификация фибрилляции предсердий по временным характеристикам

Формы ФП	Определение
Впервые выявленная ФП	ФП, которая не была зарегистрирована ранее, вне зависимости от наличия симптомов, времени их возникновения и продолжительности
Пароксизмальная форма ФП	Форма ФП, которая прекращается в течение 7 дней спонтанно или при помощи медицинского вмешательства. Считается, что большинство самостоятельно купирующихся пароксизмов длятся <48 ч
Персистирующая форма ФП	Форма ФП, эпизоды которой не купируются самостоятельно (обычно продолжительностью более 7 дней). Существует условное определение «длительно персистирующей» ФП, когда аритмия наблюдается на протяжении не менее 12 мес, но когда контроль синусового ритма все еще является вариантом лечения у ряда пациентов (это и отличает ее от постоянной формы ФП)
Постоянная форма ФП	Форма ФП, при которой не планируется дальнейших попыток восстановления синусового ритма после совместного решения пациента и врача

Таблица 2. Особая терминология, применяемая для фибрилляции предсердий в различных клинических ситуациях

Формы ФП	Определение и комментарии
Клиническая ФП	Симптомная или бессимптомная ФП, зарегистрированная на ЭКГ (12-канальная ЭКГ или другие устройства с регистрацией ЭКГ). Минимальная продолжительность пароксизма для постановки диагноза ФП не определена. Пароксизмы продолжительностью ≥ 30 с могут иметь клиническую значимость, что требует стратификации риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) и дальнейшего наблюдения
ФП, выявленная с помощью устройства	ФП, выявленная с помощью устройства, относится к субклинической форме ФП с бессимптомными эпизодами, зарегистрированными с помощью устройств непрерывного мониторинга ЭКГ (имплантируемые кардиорегистраторы, а также любые внешние устройства с функцией регистрации ЭКГ). Субклиническая ФП, выявленная с помощью устройства, является предиктором развития клинической ФП
Бремя ФП	Продолжительность ФП за период мониторинга, выраженная в процентах, относительно общего времени регистрации ЭКГ
Недавно возникшая ФП	В настоящее время происходит накопление данных относительно термина «недавно возникшая ФП» для выработки алгоритма действия при экстренной фармакологической или электрической кардиоверсии пароксизма ФП. Данный временной интервал пока не определен
Триггер-индуцированная ФП	Новый пароксизм ФП, возникший сразу после провоцирующего и потенциально обратимого фактора риска

Окончание табл. 2

Формы ФП	Определение и комментарии
Ранняя ФП	Время с момента постановки диагноза, которое соответствует ранней ФП, не связано с развитием предсердной кардиомиопатии и не определено: в среднем — от 3 до 24 мес
Самокупирующаяся ФП	Пароксизмальная ФП, которая купируется спонтанно. Этот термин может иметь клиническое значение для принятия решений по контролю ритма, принимаемых совместно пациентом и врачом
Самостоятельно не купирующаяся ФП	ФП, которая не купируется спонтанно, а только при помощи медицинского вмешательства
Предсердная кардиомиопатия	Сочетание структурных, электрических или функциональных изменений в предсердиях, приводящее к клиническому воздействию (например, прогрессированию/ рецидиву ФП, ограниченной эффективности терапии ФП и/или развитию сердечной недостаточности)



АБСОЛЮТНЫЕ И ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЯМЫХ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ИНСТРУКЦИЙ И ИССЛЕДОВАНИЙ: МНЕНИЕ ЭКСПЕРТОВ ЕНРА (2021)

Клиническая ситуация	Возможность применения
Механические клапаны сердца	Противопоказаны (хуже на ПОАК)
Умеренно выраженный или тяжелый митральный стеноз (преимущественно ревматической этиологии)	Противопоказаны (несколько меньшая эффективность и безопасность на терапии ПОАК)
Иные слабо или умеренно выраженные пороки сердца (например, атеросклеротический стеноз устья аорты, митральная недостаточность и пр.)	Допустимо. Пациентов включали в исследования с ПОАК (аналогичная эффективность и безопасность по сравнению с пациентами без поражения клапанов сердца)
Биологические клапаны сердца (через 3 мес и более после имплантации)	Допустимо. Единственное РКИ показало не меньшую эффективность по сравнению с варфарином
Тяжелый аортальный стеноз	Неоднозначно. Мало данных (не включались в RE-LY). Отсутствие патофизиологических предпосылок к меньшей эффективности и безопасности ПОАК. В большинстве случаев рекомендовано хирургическое вмешательство
Транскатетерная аортальная имплантация клапана	Допустимо. На основании 1 РКИ и данных наблюдательных исследований. Может потребоваться комбинация с антиагрегантом
Чрескожная аортальная вальвулопластика	С осторожностью. Нет проспективных данных. Может потребоваться комбинация с антиагрегантом

Окончание таблицы

Клиническая ситуация	Возможность применения
Гипертрофическая кардиомиопатия	Допустимо. Позитивные данные по применению ПОАК в наблюдательных исследованиях