

УДК : 616.831-005.1+616.1-005.6/.7(-085.273)

В.А. СКИБЧИК, д. мед. н., професор

/Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького/

Практичні аспекти використання нового перорального антикоагулянта апіксабану з метою профілактики інсульту та тромбоемболій

Резюме

У статті розглядаються питання практичного застосування препарату класу нових пероральних антикоагулянтів (НОАК) апіксабану у хворих з неклапанною фібриляцією передсердь (НФП) з метою профілактики кардіоемболічного інсульту та тромбоемболії. Дані доказової медицини свідчать, що апіксабан більш ефективний, ніж антагоністи вітаміну К (варфарин), у профілактиці інсульту або системної емболії у пацієнтів з НФП, викликає менше кровотеч і знижує рівень загальної смертності. Тому поява сучасного більш безпечного лікарського засобу з групи НОАК дозволить лікарям ефективно використовувати апіксабан у своїй повсякденній клінічній практиці.

Ключові слова: нові пероральні антикоагулянти, антагоністи вітаміну К, неклапанна фібриляція передсердь, профілактика кардіоемболічного інсульту та тромбоемболії

«Навіть відоме відомо не багатьом»
Аристотель, філософ та учений (IV ст. до н.е.)

За даними Фремінгемського дослідження фібриляція передсердь (ФП) є причиною розвитку інсультів у 15% пацієнтів всіх вікових груп та у 30% – старших за 80 років. При цьому інсульт, зумовлений ФП, має більш тяжкий перебіг, зокрема смертність протягом 30 днів становить 24%, а протягом року – 50%, якщо пацієнт не отримує адекватної антитромботичної терапії. Тому світова медична спільнота надає особливого значення проблемі профілактики тромбоемболічних ускладнень при даній патології. Слід також наголосити, що суттєві обмеження у використанні антагоністів вітаміну К (АВК) та ацетилсаліцилової кислоти (АСК) у профілактиці інсульту у пацієнтів з ФП стимулювали розвиток синтезу нових пероральних антикоагулянтів (НОАК). Головна перевага НОАК перед АВК (варфарин) полягає у тому, що вони не потребують постійного моніторингу параметрів коагулограми – міжнародного нормалізаційного відношення (МНВ), значно менше взаємодіють з їжею та іншими лікарськими засобами (ЛЗ), не викликають таких побічних ефектів, як імунна тромбоцитопенія та некроз шкіри (табл. 1). Водночас певним недоліком НОАК порівняно з варфарином є висока вартість, хоча зниження числа ускладнень та госпіталізацій вказує на їх віддалені економічні переваги у пацієнтів з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень [5].

Одним із найбільш відомих представників НОАК є апіксабан. На відміну від АВК, які інгібують утворення кількох активних вітамінів К-залежних факторів згортання крові (фактори II, VII, IX і X), апікса-

бан селективно блокує активність фактора Ха, внаслідок чого перешкоджає утворенню тромбіну та формуванню тромба. Дані доказової медицини свідчать, що апіксабан ефективніший за АВК (варфарин) у профілактиці інсульту або системної емболії у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь (НФП), викликає менше кровотеч і знижує рівень загальної смертності [4]. Апіксабан також виявився значно ефективнішим, ніж АСК, у зменшенні сумарної частоти інсультів та системної емболії, водночас ризик великих кровотеч виявився однаковим [2].

Таблиця 1. Переваги та недоліки апіксабану

| Переваги | Недоліки |
|---|--|
| Фіксовані щоденні дози Швидкий початок (≈ 2 год) і припинення дії Відсутність необхідності моніторингу показників коагулограми Мінімальна взаємодія з іншими препаратами та їжею Незначна кількість побічних ефектів (в т.ч. імунної тромбоцитопенії та некрозу шкіри) Передбачуваний результат | Дорожча ціна Потрібен контроль рівня креатиніну і гемоглобіну Не має специфічного антидоту |

Показання до призначення апіксабану

1. Профілактика інсульту і системних емболій у дорослих пацієнтів (старше 18 років) з НФП та більше ніж одним фактором ризику, а саме:

- перенесений інсульт або транзиторна ішемічна атака (ТІА);
- вік ≥ 75 років;
- артеріальна гіпертензія;
- цукровий діабет;
- симптоматична серцева недостатність (\geq II клас за NYHA);
- за шкалою CHA₂DS₂-VASc ≥ 1 .

2. Проведення кардіоверсії у пацієнтів з НФП. Останні після проведеної кардіоверсії можуть продовжувати прийом препарату без призначення інших антикоагулянтів.

Відомі й інші показання до призначення апіксабану: профілактика венозних тромбоемболічних ускладнень (ВТЕУ) у дорослих пацієнтів з плановим ендопротезуванням кульшового і колінного суглобів, профілактика і лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ), тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА), профілактика її рецидиву (рекомендовано в деяких країнах Європи). Однак у даній статті автори намагались окреслити практичні клінічні особливості застосування апіксабану у хворих з НФП з метою профілактики кардіоемболічного інсульту.

Протипоказання до призначення апіксабану

Апіксабан не рекомендовано використовувати в таких випадках:

- клінічні ознаки активної кровотечі;
- порушення або стани, що загрожують кровотечею;
- захворювання печінки, пов'язані з коагулопатією і ризиком кровотеч;
- одночасне застосування з іншими антикоагулянтами, за винятком ситуацій, коли пацієнта переводять з/на апіксабан, або пацієнт отримує нефракційний гепарин у дозах, що необхідні для підтримання прохідності артеріальних або венозних катетерів;
- гіперчутливість до АЗ або інших його складових (алергічна реакція).

НОАК внесено в число протипоказань при імплантованих механічних протезах клапанів серця [3]. В дослідженні RE-ALIGN [8], що проводилося в Європі та Канаді, були випробувані варфарин або НОАК у пацієнтів з мітральним та аортальним механічними клапанами. Групи були рандомізовані на отримання варфарину або НОАК. Дослідження передчасно було зупинено, оскільки тромбоемболічні події суттєво зростали у групі НОАК порівняно з варфарином. Крім того, ефективність, апіксабану у пацієнтів з біологічними клапанами до теперішнього часу не вивчалася, тому його застосування в цій когорті пацієнтів також не рекомендовано.

Спосіб застосування та дози

У пацієнтів з НФП препарат застосовують перорально в дозі 5 мг двічі на добу незалежно від прийому їжі, запиваючи водою. В деяких клінічних ситуаціях дозу апіксабану у пацієнтів з НФП необхідно знизити до 2,5 мг двічі на добу, хоча для цього мають бути вагомі причини. Щонайменше важливі дві характеристики з наступного переліку: вік ≥ 80 років, маса тіла ≤ 60 кг або рівень

креатиніну сироватки крові $\geq 1,5$ мг/дл (133 мкмоль/л). При виявленні у пацієнта тяжкої ниркової недостатності (кліренс креатиніну (КК) – від 15 до 29 мл/хв) дозу препарату також слід знизити до 2,5 мг двічі на добу [1].

У 2014 році опубліковано клінічні настанови щодо сумісного прийому апіксабану та інших антитромбоцитарних АЗ у пацієнтів з ФП та гострим коронарним синдромом (ГКС) і стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС) після стентування (6). Зокрема, рекомендовано обережно застосовувати апіксабан у поєднанні з АСК. В консенсусному європейсько-азійсько-тихоокеанському протоколі (2014) стратегія комбінованої антитромботичної терапії у пацієнтів з НФП, стабільною ІХС або ГКС після стентування коронарних артерій визначається, в першу чергу, геморагічним ризиком (за шкалою HAS-BLED) та ризиком інсульту (за шкалою CHA₂DS₂-VASc ≥ 2). Розпочинати профілактику інсульту та повторних коронарних подій рекомендовано з потрібної антитромбоцитарної терапії, яка включає варфарин та два антитромбоцитарні препарати (АСК та клопідогрель). Оскільки на даний момент немає досліджень ефективності/безпеки застосування поєднання НОАК з антиагрегантами, світові експерти рекомендують призначати їх у мінімальних терапевтичних дозах (наприклад, апіксабан 2,5 мг 2 рази на добу) з клопідогрелем і/або АСК (рівень доказів ІІВ – низький) (6).

Прийом апіксабану в деяких клінічних ситуаціях

Нерідко деякі пацієнти можуть пропускати прийом апіксабану. Важливо уникати такої ситуації, але якщо все ж вона сталася – слід негайно прийняти НОАК, а потім продовжити лікування згідно зі стандартним протоколом: апіксабану 5 мг (2,5 мг) двічі на добу (табл. 2).

Якщо є необхідність у проведенні планової операції або інвазивної процедури з помірним чи високим ризиком розвитку кровотечі, слід припинити застосування препарату щонайменше за 48 годин, а при незначному ризикі – щонайменше за 24 години. Необхідно прагнути відновити лікування апіксабаном якомога швидше після хірургічного втручання, за умови, якщо дозволяє клінічна ситуація та були вжиті належні заходи для забезпечення гемостазу.

Вважається, що немає жодних труднощів у заміні парентерального антикоагулянта (наприклад, еноксапарину, гепарину) на лікування апіксабаном. Заміну можна проводити під час прийому наступної запланованої дози. Якщо виникає необхідність переведення пацієнтів зі схеми лікування антагоністами вітаміну К (АВК) на терапію апіксабаном, рекомендовано припинити застосування АВК (варфарину) та призначити НОАК, коли показник МНВ становитиме $< 2,0$. Якщо ж відбувається зворотне переведення, тобто з апіксабану на АВК, то прийом НОАК слід продовжити щонайменше протягом 2 днів після призначення АВК. Застосовувати комбіноване лікування апіксабаном та АВК слід доки МНВ не сягне рівня $\geq 2,0$.

Порушення функції нирок або печінки

Можуть бути певні труднощі із застосуванням апіксабану у пацієнтів з порушеною функцією нирок. Як тоді орієнтувати

Таблиця 2. Тактика прийому апіксабану в деяких клінічних ситуаціях

| Ситуації, що зумовлюють дозування | Рекомендації |
|--|---|
| Пропуск прийому дози | Негайно прийняти ЛЗ, а потім продовжити лікування у звичайному режимі двічі на добу |
| Проведення планової операції або інвазивних процедур: <ul style="list-style-type: none"> • з високим та помірним ризиком кровотечі • з незначним ризиком кровотечі | Припинити прийом апіксабану щонайменше за 48 годин Припинити прийом апіксабану щонайменше за 24 години |
| Після хірургічного втручання та інвазивної процедури | Якщо дозволяє ситуація – якомога швидше (через 12 годин) прийняти препарат |
| Заміна парентерального антикоагулянта (гепарин, еноксапарин) на апіксабан | Можна проводити заміну (і навпаки) в момент прийому наступної запланованої дози |
| Переведення з АВК (варфарин) на апіксабан | Припинити застосування АВК (варфарину) та призначити апіксабан, коли МНВ становитиме <2,0 |
| Переведення з апіксабану на АВК (варфарин) | Продовжити прийом НОАК щонайменше протягом 2 днів паралельно з АВК. Потім визначити МНВ і за необхідності застосувати комбіноване лікування апіксабаном та АВК доки МНВ не сягне рівня $\geq 2,0$ |

пацієнта та лікаря? Пацієнти з легкою (КК від 51 до 80 мл/хв) або помірно тяжкою (КК 30–50 мл/хв) нирковою недостатністю не потребують корекції дози препарату, за винятком випадків, коли вони відповідають критеріям для зниження дози до 2,5 мг двічі на добу: вік (≥ 80 років), низька маса тіла (≤ 60 кг) і/або високий рівень креатиніну в сироватці крові ($> 1,5$ мг/дл; 133 ммоль/л). При тяжкому порушенні функції нирок (КК 15–29 мл/хв), навіть якщо інші фактори ризику не виявляються, дозу також слід знизити до 2,5 мг двічі на добу. Застосовувати апіксабан для лікування пацієнтів з показником КК нижче 15 мл/хв або у хворих, які перебувають на гемодіалізі, не рекомендовано (табл. 3).

Надзвичайно важливо орієнтуватись у дозуванні апіксабану у пацієнтів із захворюваннями печінки (табл. 4). Перш за все, перед початком терапії апіксабаном у даних осіб необхідно провести дослідження функції печінки. У пацієнтів з порушенням функції печінки легкого або середнього ступеня (клас А і В за класифікацією Чайлд–Пью) апіксабан слід застосовувати з обережністю, хоча дозу не рекомендовано знижувати (5 мг двічі на

добу). Пацієнтам з тяжким порушенням функції печінки призначення апіксабану не рекомендовано. Препарат протипоказаний пацієнтам із захворюванням печінки, які супроводжуються коагулопатією та клінічно суттєвим ризиком кровотечі. У дослідженні ARISTOTLE, в якому вивчався вплив апіксабану, пацієнти з підвищеним рівнем печінкових ферментів (АлАТ і/або АсАТ перевищують верхню межу норми (ВМН) більше ніж у 2 рази) або рівнем загального білірубину вище ВМН в 1,5 разу були виключені з дослідження [4]. Тому апіксабан слід з обережністю застосовувати для лікування хворих цієї категорії.

До початку лікування апіксабаном необхідно провести дослідження функції печінки.

Апіксабан у деяких групах пацієнтів

Стать не впливає на призначення апіксабану, корекція дози ЛЗ залежно від статі не проводиться. Пацієнтам віком ≥ 80 років та масою тіла ≤ 60 кг слід призначити меншу дозу апіксабану, а саме – 2,5 мг двічі на добу (див. табл. 4). Оскільки апіксабан порівняно з іншими НОАК – найбільш безпечний, тобто має найменший ризик будь-яких кровотеч, він найкраще підходить пацієнтам похилого та старечого віку.

У дітей та підлітків до 18 років безпека та ефективність апіксабану не встановлена. Доступних даних щодо прийому цього препарату немає. Призначати ЛЗ особам молодше 18 років не рекомендовано. Також апіксабан не рекомендовано застосовувати в період вагітності та годування груддю, оскільки неможливо виключити ризик для новонародженого та немовляти. Дані, отримані під час дослідження на тваринах, свідчать про виділення апіксабану з молоком, тому у разі необхідності для матері прийому препарату слід прийняти рішення про відміну вигодовування грудьми (табл. 5).

Таблиця 3. Застосування апіксабану у пацієнтів з порушеною функцією нирок

| Функція нирок | Рекомендації |
|---|---|
| Легка (КК 51–80 мл/хв) або помірна (КК 30–50 мл/хв) ниркова недостатність | Немає потреби в корекції дози 5 мг 2 рази на добу |
| Тяжкі порушення функції нирок (КК 15–29 мл/хв) | Дозу знизити до 2,5 мг 2 рази на добу |
| Гемодіаліз | Не рекомендовано |
| Термінальна стадія ниркової недостатності (КК <15 мл/хв) | Не рекомендовано |

Таблиця 4. Застосування апіксабану у пацієнтів з порушеною функцією печінки

| Функція печінки | Рекомендації |
|--|---|
| Легке або помірне порушення функції печінки (клас А або В за Чайлд–Пью) | Застосовувати з обережністю. Дотримуватися стандартного дозування – 5 мг 2 рази на добу |
| Тяжке порушення функції печінки | Не рекомендовано |
| Захворювання печінки, асоційовані з коагулопатією та клінічно суттєвим ризиком кровотечі | Протипоказано |

Тактика при передозуванні та кровотечі

Результати великих рандомізованих досліджень AVERROES (2011) [2] та ARISTOTLE (2011) [4] показали, що апіксабан – єдиний препарат серед НОАК, що зменшує смертність та ризик великих кровотеч, хоча у незначній кількості пацієнтів препарат все ж може призвести до зростання ризику виникнення кровотечі. Тому

пацієнти, які приймають апіксабан, потребують ретельного спостереження з метою вчасної верифікації факторів ризику потенційної кровотечі. У зв'язку з цим слід пам'ятати про протипоказання поєднання апіксабану з будь-якими іншими антикоагулянтами. НОАК не слід рекомендувати пацієнтам, які приймають ЛЗ, що збільшують ризик небезпечних кровотеч, наприклад, тромболітики, антагоністи глікопротеїнових рецепторів GP IIb/IIIa, тієнопіридини (клопідогрель), дипіридамола, декстрин тощо. Необхідно бути обережними пацієнтам, які приймають нестероїдні протизапальні засоби. Після оперативного втручання не рекомендується одночасно з апіксабаном призначати інші інгібітори агрегації тромбоцитів.

Алгоритм дії при передозуванні апіксабану або у разі виникнення геморагічних ускладнень є представлено в таблиці 6. Перший крок – припинити прийом апіксабану та встановити джерело кровотечі. Наступний крок: провести гемостаз (хірургічний або переливання свіжої замороженої плазми крові). Нагадаємо, що на теперішній час відомого антидоту до апіксабану не існує. Вважають, що може бути ефективним застосування активованого вугілля при передозуванні апіксабану або випадкового прийому цього препарату. Якщо кровотечу неможливо зупинити за допомогою описаних вище заходів, можна розглянути варіант введення рекомбінантного фактора VIIa, однак досвід його застосування наразі відсутній.

Взаємодія апіксабану з іншими лікарськими засобами

Пацієнтам, які приймають ЛЗ, що не належать до потужних інгібіторів CYP3A4 або P-gp (P-глікопротеїн), наприклад, верапаміл, аміодарон, корекція дози апіксабану не потрібна. Однак НОАК слід застосовувати з обережністю у пацієнтів, які приймають сильні інгібітори CYP3A4 або P-gp: антиконвульсанти (фенітоїн, карбамазепін або фенобарбітал); протигрибкові препарати; деякі ЛЗ проти ВІЛ. Апіксабан не слід рекомендувати пацієнтам, які приймають ЛЗ, що збільшують ризик небезпечних кровотеч, наприклад, тромболітики, антагоністи глікопротеїнових рецепторів GP IIb/IIIa, тієнопіридини (клопідогрель), дипіридамола тощо (табл. 7).

Апіксабан, впливаючи на систему зсідання крові, ймовірно, може спричиняти побічні ефекти, наприклад, гематурію, кровоточивість ясен, рідше – крововилив у головний або спинний мозок. Зустрічаються також надзвичайно рідкісні побічні явища, наприклад, кровотеча в дихальні шляхи або у заочеревинний простір.

Таблиця 7. Рекомендації щодо призначення апіксабану з урахуванням терапії іншими лікарськими препаратами [7]

| Доза не змінюється* | З обережністю | Не рекомендовано |
|--|---|--|
| Слабкі інгібітори CYP3A4 і/або P-gp: • ділтіазем, напроксен, аміодарон, верапаміл, хінідин) | Сильні інгібітори CYP3A4 і P-gp: • рифампіцин, фенітоїн, карбамазепін, • фенобарбітал, звіробій | Сильні інгібітори CYP3A4 і P-gp: • азолові антимікотики (наприклад, кетоконазол, інтраконазол, воріконазол, позаконазол); • інгібітори протеази ВІЧ (наприклад, ритонавір) |
| Індуктори CYP3A4 і P-gp | Нестероїдні протизапальні засоби, в тому числі АСК | Лікарські засоби, що можуть спричинити кровотечі, а саме: • тромболітики, антагоністи рецепторів GP IIb/IIIa, тієнопіридини (наприклад, клопідогрель), дипіридамола, декстран, сульфінпіразон |

Примітка: * – якщо не впливають інші фактори.

Таблиця 5. Апіксабан у деяких когортах пацієнтів з фібриляцією передсердь

| Характеристика пацієнтів | Рекомендації |
|------------------------------|---|
| Стать | Дозу не коригувати, дотримуватися стандартного дозування 5 мг двічі на добу |
| Старечий вік (≥80 років)* | Пацієнтам віком ≥80 років призначити меншу дозу апіксабану, а саме 2,5 мг двічі на добу. З обережністю застосовувати при поєднанні з АСК |
| Низька маса тіла (≤60 кг)* | Пацієнти повинні приймати знижену дозу апіксабану – 2,5 мг двічі на добу |
| Діти та підлітки (<18 років) | У дітей та підлітків до 18 років безпека та ефективність апіксабану не встановлена, клінічні дані відсутні, прийом апіксабану не рекомендований |
| Вагітність | Не рекомендовано |
| Годування груддю | Неможливо виключити ризик для новонароджених та немовлят. Припинити вигодовування груддю або утриматися від терапії апіксабаном |

Примітка: * – у дослідженні ARISTOTLE (2011) апіксабан у зниженій дозі 2,5 мг двічі на добу приймали пацієнти щонайменше з двома ознаками з наступного переліку: вік ≥80 років, маса тіла ≤60 кг або рівень креатиніну сироватки крові ≥1,5 мг/дл (133 мкмоль/л).

Чи є необхідність рутинного лабораторного моніторингу апіксабану?

НОАК демонструє лінійну фармакокінетику при пероральному прийомі терапевтичної дози до 10 мг. Їжа не впливає на фармакокінетику апіксабану. Тому лікування апіксабаном не потребує рутинного контролю за системою зсідання крові. У поодиноких клініках Європи та США у виняткових випадках проводиться хромогенний аналіз анти-Ха, коли дані про концентрацію апіксабану можуть допомогти прийняти клінічне рішення.

Поява сучасного більш безпечного ЛЗ із групи НОАК, що застосовується для профілактики кардіоемболічного інсульту у пацієнтів з неклапанною фібриляцією передсердь, дозволить лікарям ефективно використовувати апіксабан у повсякденній клінічній практиці.

Таблиця 6. Рекомендації при передозуванні апіксабану та виникненні кровотечі

| |
|--|
| Припинити лікування апіксабаном |
| Встановити джерело кровотечі |
| Ініціювати відповідне гемостатичне лікування, наприклад, проведення хірургічного гемостазу або трансфузія свіжої замороженої плазми крові |
| Застосувати активоване вугілля |
| Якщо життєво загрозна кровотеча не може бути зупинена за допомогою описаних вище заходів, можна розглянути варіант призначення рекомбінантного фактора VIIa (rFVIIa) |

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

1. Apixaban for preventing stroke and systemic embolism in people with nonvalvular atrial fibrillation. NICE technology appraisal guidance 275. – Published date February 2013. www.nice.org.uk/guidance/ta275.
2. Connolly S.J., Ezekowitz J., Yusuf S. et al. AVERROES Steering Committees and Investigators. Apixaban in patients with atrial fibrillation // N. Engl. J. Med. – 2011. – Vol. 364. – P. 806–817.
3. FDA Drug Safety Communication: Pradaxa (dabigatran etexilate mesylate) should not be used in patients with mechanical prosthetic heart valves. – Available at: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm332912.htm>. Date of access 18/04/2013.
4. Granger C.B., Alexander J.H., McMurray J.J.V. et al. ARISTOTLE Committees and

- Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation // N. Engl. J. Med. – 2011. – Vol. 365 (11). – P. 981–992.
5. Harrington A.R., Armstrong E.P., Nolan P.E. Jr., Malone D.C. Cost-effectiveness of apixaban, dabigatran, rivaroxaban, and warfarin for stroke prevention in atrial fibrillation // Stroke. – 2013 Apr 2 [Epub ahead of print].
6. Lip G.Y., Windecker S., Huber K. et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis, European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) // Eur. Heart J. – Advance Access published August 25, 2014.
7. Opinion of the committee for medicinal products for human use on a type II variation to the terms of the marketing authorisation for Eliquis (apixaban) – EMA/CHMP/233170/2014 – 25 April 2014. WebMD. Electrical Cardioversion for Atrial Fibrillation. – <http://www.webmd.com/heart-disease/atrial-fibrillation/electrical-cardioversion-for-atrial-fibrillation> Last accessed on 14 April 2014.
8. Price J., Hynes M., Labinaz M. et al. Mechanical valve thrombosis with dabigatran // J. Am. Coll. Cardiol. – 2012. – Vol. 60 (17). – P. 1710–1711.

Резюме

Практические аспекты использования нового перорального антикоагулянта апиксабана с целью профилактики инсульта и тромбозов

В.А. Скибчик

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

В статье рассматриваются вопросы практического применения препарата класса новых пероральных антикоагулянтов (НОАК) апиксабана у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий (НФП) с целью профилактики кардиоэмболического инсульта и тромбозов. Данные доказательной медицины свидетельствуют, что апиксабан эффективнее антагонистов витамина К (варфарин) в профилактике инсульта или системной эмболии у пациентов с НФП, вызывает меньше кровотечений и снижает уровень общей смертности. Поэтому появление современного более безопасного лекарственного средства группы НОАК позволит врачам эффективно использовать апиксабан в своей повседневной клинической практике.

Ключевые слова: новые пероральные антикоагулянты, антагонисты витамина К, неклапанная фибрилляция предсердий, профилактика кардиоэмболического инсульта и тромбозов

Summary

Practical aspects of the use of apixaban, new oral anticoagulant, for stroke and thrombembolism prevention

V.A. Skybchik

Danylo Halytsky Lviv National Medical University

The article raises question of practical application of apixaban belonging to the class of new oral anticoagulants (NOAC) in patients with non-valvular atrial fibrillation (NFP) with the aim of cardioembolic stroke and thrombembolism prevention. The evidence-based data suggest that apixaban is more effective than vitamin K antagonists (warfarin) in prevention of stroke or systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation (NFP), causes less bleeding and reduces the overall mortality rate. Therefore, the appearance of modern safer drug of PLA group allows doctors to use apixaban effectively in their daily clinical practice.

Keywords: new oral anticoagulants, vitamin K antagonists, non-valvular atrial fibrillation, cardioembolic stroke and thrombembolism prevention