

УДК 616-085+615.273:616.12

В.А. СКИБЧИК¹, д. мед. н., професор; Ю.П. МЕЛЕНЬ², Я.В. СКИБЧИК³¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;²Львівська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги;³Інститут серця МОЗ України, Київ/

Стратегія антитромботичної терапії у хворих з фібриляцією передсердь та стабільною ішемічною хворобою серця або гострим коронарним синдромом після стентування коронарних артерій

Резюме

В статті обговорюються сучасні підходи до антитромботичної терапії при фібриляції передсердь у пацієнтів з гострим коронарним синдромом та/або яким планується проведення черезшкірних коронарних втручань/стентування. Розглянуто місце у цій стратегії нових пероральних антикоагулянтів, антагоністів вітаміну К та антиагрегантів.

Ключові слова: фібриляція передсердь, стабільна ішемічна хвороба серця, гострий коронарний синдром, нові пероральні антикоагулянти, антагоністи вітаміну К, ацетилсаліцилова кислота, клопідогрель

Фібриляція передсердь є однією з основних проблем кардіології Європи, оскільки суттєво збільшує ризик інсульту та тромбоемболії та смертності від них. На теперішній час профілактика інсульту є наріжним каменем у всіх світових настановах з ведення пацієнтів з ФП [1]. Як відомо, поширеність ФП становить 1–2% серед всього населення. При цьому 20% серед них з часом може потребуватися проведення черезшкірних серцево-судинних втручань [6]. Вже сьогодні в Європі нараховується близько 1–2 млн пацієнтів з ФП, що приймають пероральні антикоагулянти (ОАК), яким показано проведення черезшкірного коронарного втручання (ЧКВ), як правило – разом зі стентуванням [8]. У хворих з ФП може виникати гострий коронарний синдром (ГКС) – нестабільна стенокардія/інфаркт міокарда (ІМ) без стійкої елевації сегмента ST, ІМ з елевацією сегмента ST. Такі хворі повинні отримувати переважно протягом року подвійну антиагрегантну терапію (ацетилсаліцилова кислота та інгібітори P2Y₁₂ рецепторів – тікагрелор або прасугрел, або клопідогрель). Вказана терапія є сучасним стандартом ведення даних пацієнтів з метою зниження ризику повторних ішемічних подій [9]. Тому проблема застосування антитромботичної терапії у пацієнтів з поєднаною патологією ГКС та ФП є надзвичайно актуальною, особливо у пацієнтів, які мають високий ризик смертності. При використанні будь-якого антитромботичного середника у хворих даної категорії лікарі повинні прагнути збалансувати ризик розвитку ішемічного інсульту або іншого тромбоемболічного ускладнення, рецидиву ішемії міокарда або ІМ та/або тромбозу стента – з одного боку і кровотечею – з іншого.

Мета статті – більш детально ознайомити практикуючих лікарів з сучасними клінічними рекомендаціями, в яких було розглянуто ефективність та безпеку використання антитромботичної терапії при ФБ у пацієнтів з ГКС та/або яким планується проведення черезшкірних коронарних втручань.

У 2014 році робочою групою з тромбозів Європейського товариства кардіологів (ESC), Європейською асоціацією з порушення серцевого ритму (EHRA), Європейською асоціацією з черезшкірних кардіоваскулярних втручань (EAPCI) та Європейською асоціацією з невідкладної допомоги при захворюваннях серця (ACCA) за підтримки Товариства з порушення серцевого ритму (HRS) та Азійсько-Тихоокеанського товариства з порушення серцевого ритму (APHRS) було запропоновано новий консенсусний документ, присвячений проблемі антитромботичної терапії у пацієнтів з неклапанною ФП при розвитку у них ГКС та можливою необхідністю проведення черезшкірних коронарних втручань [5]. Його поява була зумовлена впровадженням в широку клінічну практику нових пероральних антикоагулянтів (НОАК) і нових поколінь стентів з лікарським покриттям, які можуть бути менш тромбогенними.

На теперішній час є дані про те, що застосування ОАК та антиагрегантів здатне попередити інсульт, тромбоз стентів та повторні коронарні події, пов'язані з ФП. Однак положення щодо антитромботичної терапії, про які йдеться в цьому документі, головним чином базуються на консенсусі експертів та/або сформульовані на основі екстраполяції даних про пацієнтів із синусним ритмом,

обсерваційних досліджень, а також незначної кількості менш масштабних контрольованих досліджень. Тобто, все ще існує об'єктивна необхідність проведення високоякісних контрольованих клінічних досліджень для визначення оптимальної антитромботичної терапії у таких хворих.

Крім того, в консенсусному документі розглядається проблема антитромботичної терапії лише у пацієнтів з неклапанною ФП та ФП, яка виникла за відсутності штучних механічних клапанів серця чи гемодинамічно значущого захворювання серця – мітрального стенозу. Також на теперішній час немає переконливих доказів того, що дія НОАК відрізняється від антагоністів вітаміну К (АВК) при ГКС або стентуванні. Однак принципова позиція полягає в тому, що терапію ОАК при ГКС і ФП слід продовжити. У пацієнтів з ГКС, у яких вперше виник епізод ФП і які приймають подвійну антиагрегантну терапію, слід розпочинати терапію ОАК з АВК (МНС 2,0–2,5) або НОАК.

В першу чергу, зупинимося на основних загальних консенсусних рекомендаціях щодо ведення пацієнтів з ФП та ГКС та/або таких, яким здійснено ЧКВ/стентування.

1. У пацієнтів з ФП ризик інсульту слід оцінювати за шкалою CHA₂DS₂-VASc [3, 4], а геморагічний ризик – за шкалою HAS-BLED [3, 7]. Стратифікація ризику розглядається як динамічний процес і має проводитися регулярно через певні інтервали часу протягом року (клас I, рівень доказів С).

Шкалу HAS-BLED слід використовувати для виявлення пацієнтів з потенційним ризиком кровотеч, а також вона має допомагати ідентифікувати та провести корекцію потенційно оборотних чинників ризику кровотечі (наприклад, неконтрольована артеріальна гіпертензія, лабільний показник МНС, супутній прийом ацетилсаліцилової кислоти [АСК] чи нестероїдних протизапальних препаратів [НПЗП], зловживання алкоголем) (I, С). Стратифікацію ризику при ГКС слід проводити за шкалою GRACE, як зазначено у відповідних документах (I, С).

2. У випадку застосування НОАК у комбінації з клопідогрелем і/або АСК в низькій дозі можна розглянути мінімальні дозування, що використовуються для профілактики інсульту при ФП (а саме дабігатран 110 мг двічі на добу, ривароксабан 15 мг на добу або епіксабан 2,5 мг двічі на добу) (IIb, С).

3. Пацієнтам з ФП та стабільною ІХС (за відсутності жодної гострої ішемічної події або повторної ревазуляризації впродовж більше одного року) слід призначати лише ОАК (а саме АВК або НОАК – дабігатран, ривароксабан, апіксабан) на невизначено тривалий час (IIa, B).

4. При підборі дози АВК рекомендований адекватний контроль антикоагулянтної терапії, при цьому часовий терапевтичний інтервал (ЧТІ) має становити >70% (I, A).

5. У випадку застосування ОАК в комбінації з клопідогрелем та/або низькою дозою АСК слід ретельно контролювати дозування АВК, при цьому цільове значення МНС має становити 2,0–2,5 (IIa, С).

6. Для мінімізації ризику локальної кровотечі залежно від досвіду та преференції хірурга може розглядатися проведення коронарографії/втручання через променевий доступ (IIa, С).

7. У пацієнтів з низьким ризиком кровотечі (HAS-BLED 0–2 бали) нові покоління стентів з лікарським покриттям (DES) мають переваги перед металічними стентами (BMS) (IIb, С).

8. Нові інгібітори рецепторів P2Y₁₂ (prasugrel та ікагрелор) не слід використовувати в складі потрійної терапії у пацієнтів з ФП (III, С).

9. Гастропротекція інгібіторами протонної помпи (ІПП) доцільна у пацієнтів, які приймають ОАК з антиагрегантами (IIa, С).

Основні критерії, за якими пацієнтів з ФП зі стабільною ІХС та ГКС, яким проведено ЧКВ/стентування відносять до певної схеми використання антитромботичних препаратів, – це, перш за все, ризик кровотечі та ризик інсульту. Зокрема, виділено два варіанти геморагічного ризику, а саме: низький/помірний (HAS-BLED 0–2) та високий (HAS-BLED ≥3). Відповідно, кожен із цих варіантів геморагічного ризику, в свою чергу, має по два варіанти ризику інсульту: помірний (1 бал за шкалою CHA₂DS₂-VASc у чоловіків) та високий (CHA₂DS₂-VASc ≥2). Таким чином, у стратегії антитромботичної терапії після стентування коронарних артерій у пацієнтів з ФП (як зі стабільною ІХС, так і з ГКС) умовно виділяють чотири тактичні схеми.

Принциповий момент всіх тактичних схем ведення пацієнтів з ФП та стабільною ІХС або ГКС після ЧКВ – рекомендація починати лікування з потрійної антитромботичної терапії (ОАК, АСК 75–100 мг на добу, клопідогрель 75 мг на добу), яка, зрозуміло, суттєво збільшує ризик геморагічних ускладнень, хоча достовірно попереджає повторні ішемічні події. Тривалість потрійної терапії має бути якомога коротша і визначається, насамперед, геморагічним ризиком (HAS-BLED).

Антитромботична терапія у пацієнтів зі стабільною ІХС та ФП, яким проведено ЧКВ/стентування

Більшості пацієнтам зі стабільною ІХС та ФП, яким проведено ЧКВ/стентування, доцільним є призначення потрійної терапії протягом щонайменше 4 тижнів (IIa, С) (табл. 1). Однак якщо геморагічний ризик у цих пацієнтів низький (HAS-BLED 0–2), тривалість потрійної терапії може подовжуватися до 6 місяців (IIa, С). Наступний крок у лікуванні таких пацієнтів – слід рекомендувати тривалий прийом (до 12 місяців) ОАК та клопідогрелю 75 мг на добу (або як альтернатива клопідогрелю – АСК 75 мг на добу) (IIa, С), а після 12 місяців – довічно монотерапію ОАК (НОАК або АВК) (I, B). В окремих випадках (наприклад, стенозування стовбура лівої коронарної артерії, проксимальної біфуркації, повторні ІМ тощо) після 12 місяців може розглядатися комбінація ОАК і одного з антиагрегантів (перевага надається клопідогрелю 75 мг на добу або як альтернатива – АСК 75–100 мг на добу) (IIb, С).

Наголосимо, що у пацієнтів цієї категорії можуть бути певні особливості призначення антитромботичної терапії. Так, у пацієнтів з низьким геморагічним ризиком (HAS-BLED 0–2) та помірним ризиком інсульту (CHA₂DS₂-VASc = 1) та у пацієнтів високим геморагічним ризиком (HAS-BLED ≥3) та високим ризиком інсульту (CHA₂DS₂-VASc ≥2) комбінація ОАК та клопідогрелю або подвійна антитромбоцитарна терапія (АСК 75–100 мг на добу та клопідогрель 75 мг на добу) можуть розглядатись як альтернативні до потрійної терапії (IIa, С). Тобто, тут спрацьовує правило безпеки щодо антитромботичної терапії – пацієнти зі стабільною ІХС та ФП з низьким та помірним ризиком кровотечі та інсульту або навпаки – високим ризиком кровотечі та інсульту можуть обійтись

Таблиця 1. Рекомендована стратегія антитромбоцитарної терапії після стентування коронарних артерій у пацієнтів з фібриляцією передсердь та стабільною ішемічною хворобою серця

Геморагічний ризик	Ризик інсульту	Рекомендації
Низький або помірний (HAS-BLED 0–2)	Помірний (CHA ₂ DS ₂ -VASc = 1 у чоловіків)	Впродовж принаймні 4 тижнів (не довше 6 місяців): потрійна терапія OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу ¹
		До 12 місяців: OAK + клопідогрель 75 мг на добу (або як альтернатива – АСК 75–100 мг на добу) ²
		Довічно: OAK ³
	Високий (CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2)	Впродовж принаймні 4 тижнів (не довше 6 місяців): потрійна терапія OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу ⁴
		До 12 місяців: OAK + клопідогрель 75 мг на добу (або як альтернатива – АСК 75–100 мг на добу)
		Довічно: OAK ³
Високий (HAS-BLED ≥ 3)	Помірний (CHA ₂ DS ₂ -VASc = 1 у чоловіків)	12 місяців: OAK та клопідогрель 75 мг на добу ²
		Довічно: OAK ³
	Високий (CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2)	4 тижні: потрійна терапія OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу ¹
		До 12 місяців: OAK + клопідогрель 75 мг на добу (або як альтернатива – АСК 75–100 мг на добу)
		Довічно: OAK ³

Примітки: ¹ – комбінація OAK та клопідогрель 75 мг на добу або подвійна антитромбоцитарна терапія (АСК 75–100 мг на добу та клопідогрель 75 мг на добу) можуть розглядатись як альтернативні; ² – подвійна антиагрегантна терапія у складі АСК 75–100 мг на добу і клопідогрель 75 мг на добу може розглядатись як альтернатива; ³ – як монотерапія або комбінація з одним антиагрегантом лише в окремих випадках (наприклад, стентування стовбура лівої коронарної артерії, проксимальної біфуркації, повторні інфаркти міокарда); ⁴ – комбінація OAK і клопідогрель 75 мг на добу може розглядатись як альтернатива. OAK – пероральні антикоагулянти, АСК – ацетилсаліцилова кислота.

без потрійної терапії після проведеного ЧКВ/стентування, а отримувати лише подвійну OAK і антиагрегант чи подвійну антитромбоцитарну (АСК і клопідогрель) терапію.

Антиромботична терапія у пацієнтів з ГКС та ФП, яким проведено ЧКВ/стентування

Важливо зазначити, що пацієнти з ГКС мають вищий ризик інсульту або повторного ІМ, ніж стабільні пацієнти з ФП та ІХС. Тому тривалість агресивної антиромботичної терапії при ГКС подовжена.

Стратегія антиромботичної терапії у пацієнтів з ФП та ГКС після стентування коронарних артерій визначається, насамперед, геморагічним ризиком (за шкалою HAS-BLED). Якщо геморагічний ризик низький або помірний (HAS-BLED 0–2 бали), тривалість потрійної терапії (OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу) – до 6 місяців незалежно від типу стента (IIa, C) (табл. 2). Однак якщо у цих пацієнтів ризик кровотечі високий (HAS-BLED ≥ 3), тривалість потрійної терапії (OAK + АСК 75–100 мг на добу

Таблиця 2. Рекомендована стратегія антиромбоцитарної терапії після стентування коронарних артерій у пацієнтів з фібриляцією передсердь та гострим коронарним синдромом

Геморагічний ризик	Ризик інсульту	Рекомендації	
Низький або помірний (HAS-BLED 0–2)	Помірний (CHA ₂ DS ₂ -VASc = 1 у чоловіків)	6 місяців: потрійна терапія OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу	
		До 12 місяців: OAK + клопідогрель 75 мг на добу (або як альтернатива – АСК 75–100 мг на добу)	
		Довічно: OAK ¹	
	Високий (CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2)	6 місяців: потрійна терапія OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу ²	
		До 12 місяців: OAK + клопідогрель 75 мг на добу (або як альтернатива АСК 75–100 мг на добу)	
		Довічно: OAK ¹	
Високий (HAS-BLED ≥ 3)	Помірний (CHA ₂ DS ₂ -VASc = 1 у чоловіків)	4 тижні: потрійна терапія OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу ²	
		До 12 місяців: OAK + клопідогрель 75 мг на добу (або як альтернатива – АСК 75–100 мг на добу)	
			Довічно: OAK ¹
	Високий (CHA ₂ DS ₂ -VASc ≥ 2)	4 тижні: потрійна терапія OAK + АСК 75–100 мг на добу + клопідогрель 75 мг на добу ²	
До 12 місяців: OAK + клопідогрель 75 мг на добу (або як альтернатива – АСК 75–100 мг на добу)			
		Довічно: OAK ¹	

Примітки: ¹ – як монотерапія або комбінація з одним антиагрегантом лише в окремих випадках (наприклад, стентування стовбура лівої коронарної артерії, проксимальної біфуркації, повторні інфаркти міокарда); ² – комбінація OAK і клопідогрелю 75 мг на добу може розглядатись як альтернатива. OAK – пероральні антикоагулянти, АСК – ацетилсаліцилова кислота.

+ клопідогрель 75 мг на добу) обмежена 4 тижнями (IIa, C) або без переконливих доказів ефективності може розглядатись як альтернативна початкова подвійна терапія у складі OAK (HOAK або ABK) і клопідогрелю 75 мг на добу (IIb, C).

Продовження антиромботичної терапії у пацієнтів з ГКС та ФП подібне до стратегії, яка використовувалась у пацієнтів зі стабільною ІХС та ФП. Тобто до 12 місяців – подвійна терапія (OAK + клопідогрель 75 мг на добу або як альтернатива клопідогрелю – АСК 75 мг на добу) (IIa, C), а після 12 місяців застосовується монотерапія – OAK довічно (I, B). В окремих випадках (наприклад, стенозування стовбура лівої коронарної артерії, проксимальної біфуркації, повторні ІМ тощо) після 12 місяців може розглядатись комбінація OAK і одного з антиагрегантів (IIb, C).

У нових спільних європейських та азійсько-тихоокеанських рекомендація [5] стратегія комбінування OAK з антиромбоцитарними препаратами у пацієнтів з ФП після стентування коронарних артерій зображена не лише в таблиці, а також у вигляді рисунку. Кольоровий рисунок сприяє більш досконалому вивченню та практичному використанню цієї непрості схеми комбінованого антиромботичного лікування. В стратегії рекомендують здійснити практикуючому лікарю чотири кроки з метою вибору

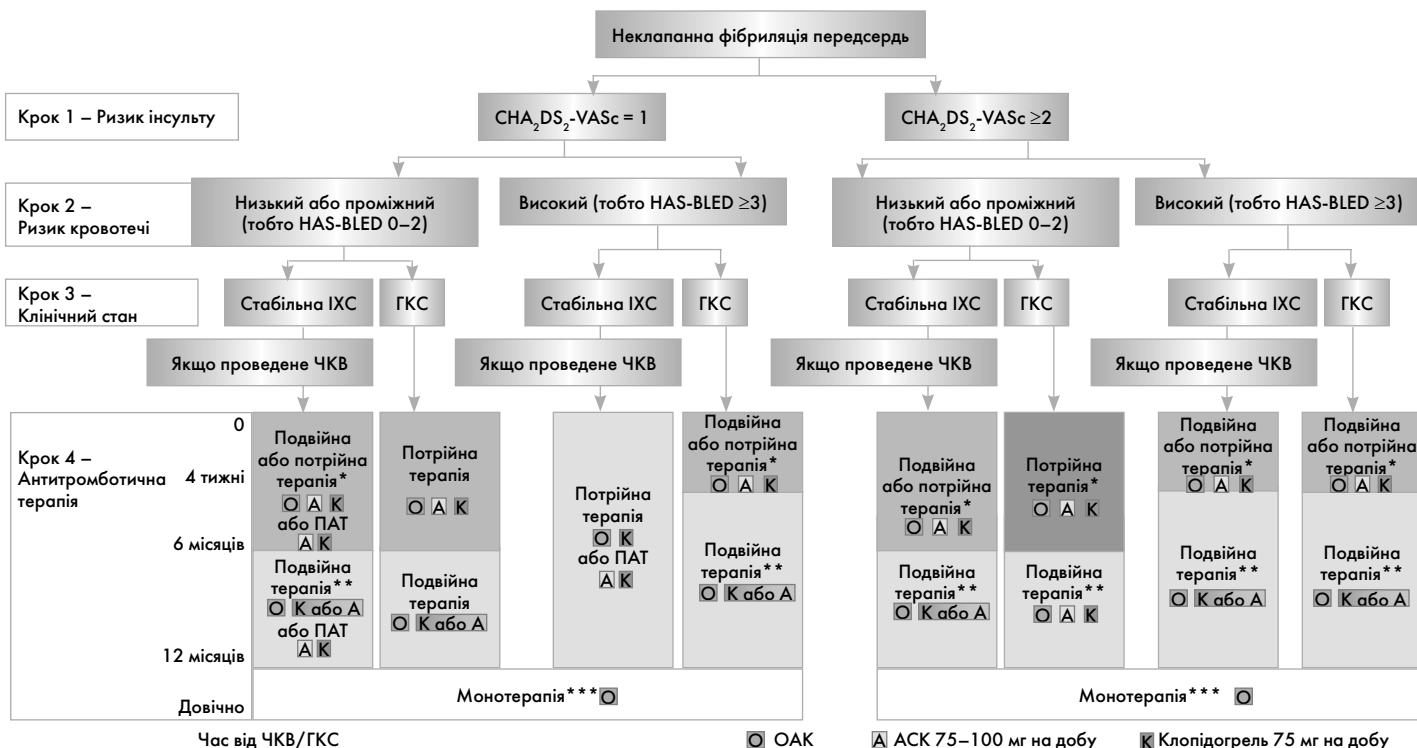


Рис. 1. Стратегія комбінування пероральних антикоагулянтів з антитромбоцитарними препаратами у пацієнтів з фібриляцією передсердь після стентування коронарних артерій

Примітки: * – у деяких пацієнтів можливо є подвійна терапія у складі ОАК та клопідогрелю; ** – призначення АСК як альтернативи клопідогрелю можна розглядати у пацієнтів, які приймають подвійну терапію (тобто ОАК та один антиагрегант); *** – призначення подвійної терапії у складі ОАК та антиагреганта (АСК і клопідогрель) можна розглядати у пацієнтів з дуже високим ризиком коронарних подій. ОАК – пероральний антикоагулянт, ІХС – ішемічна хвороба серця, ГКС – гострий коронарний синдром, ЧКВ – черешкірне коронарне втручання.

Таблиця 3. Заплановані або триваючі дослідження з використання нових пероральних антикоагулянтів у хворих з фібриляцією передсердь, яким планується проведення черешкірного коронарного втручання

	RE-DUAL PCI	PIONEER AF-PCI	EVOLVE AF-PCI	AAA
Статус	Проводиться	Проводиться	Планується	Планується
Тип дослідження	Відкрите рандомізоване	Відкрите рандомізоване	Відкрите рандомізоване	Відкрите рандомізоване
Досліджувана молекула	ДАБІГАТРАН	РИВОРОКСАБАН	ЕДОКСАБАН	АПІКСАБАН
Характеристика пацієнтів	8520 пацієнтів з ФП, яким планується проведення ЧКВ	2169 пацієнтів з ФП, яким планується проведення ЧКВ	3500 пацієнтів з ФП, яким планується проведення ЧКВ	4500 пацієнтів з ФП, яким планується проведення ЧКВ
Тривалість	30 місяців	12 місяців	12 місяців	6 місяців
Досліджувана група	1) Дабігатран 110 мг 2 рази на добу + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу або тікагрелор 90 мг 2 рази на добу 2) Дабігатран 150 мг 2 рази на добу + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу або тікагрелор 90 мг 2 рази на добу	Ривороксабан 15 мг (або 10 мг для пацієнтів з середнім ступенем ниркової недостатності) 1 раз на добу + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу або тікагрелор 90 мг 2 рази на добу або прасургрель 10 мг 1 раз на добу	Едоксабан 60 мг (або 30 мг для пацієнтів з кліренсом креатиніну <50 мл/хв або масою тіла <60 кг) 1 раз на добу + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу або тікагрелор 90 мг 2 рази на добу або прасургрель 10 мг 1 раз на добу	Апіксабан 5 мг (або 2,5 мг для категорії пацієнтів з масою тіла <60 кг, віком >80 років, креатинін сироватки крові >1,5 мг/дл) 2 рази на добу + клопідогрель 75 мг
Контрольна група	Варфарин + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу або тікагрелор 90 мг 2 рази на добу + АСК <100 мг	Варфарин + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу або тікагрелор 90 мг 2 рази на добу або прасургрель 10 мг 1 раз на добу + АСК <100 мг	Варфарин + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу або тікагрелор 90 мг 2 рази на добу або прасургрель 10 мг 1 раз на добу + АСК <100 мг	Варфарин + клопідогрель 75 мг 1 раз на добу
Первинні кінцеві точки	Смерть або первинні тромботичні події (інфаркт міокарда, інсульт, системні емболії)			Смерть або первинні тромботичні події (інфаркт міокарда, інсульт, системні емболії, тромбоз стента)
Первинні безпечні точки	Великі кровотечі	Великі і малі кровотечі	Великі і малі кровотечі	Великі і малі кровотечі

Примітки: ФП – фібриляція передсердь, ЧКВ – черешкірне коронарне втручання, АСК – ацетилсаліцилова кислота.

оптимальної комбінованої антиагрегантної та антикоагулянтної терапії (рисуюнок). Зокрема, на першому кроці (step 1) виділяють групу пацієнтів з низьким ($CHA_2DS_2-VASc = 1$) та групу з високим ($CHA_2DS_2-VASc \geq 2$) ризиком інсульту. На другому кроці (step 2) визначають ризик кровотечі за шкалою HAS-BLED. Для цього у кожній із виділених на першому кроці двох груп визначають низький/середній ризик ($HAS-BLED 0-2$) та високий ризик ($HAS-BLED \geq 3$). На третьому кроці (step 3) у кожній із 4 підгруп за визначеним ризиком кровотечі виділяють пацієнтів згідно з клінічною нозологією – стабільну ІХС та ГКС. На 4 кроці (step 4) наводиться конкретна антитромботична терапія та термін її проведення. Для кроку 4 фоновий колір та його градієнти відображають інтенсивність антитромботичної терапії (наприклад, темний фоновий колір від-повідає високої інтенсивності, світлий фоновий колір – низької інтенсивності). Суцільні квадрати містять рекомендовані препа-рати, пунктирні квадрати містять можливі препарати (на розсуд клініциста).

Оскільки на даний момент немає досліджень про поєднання НОАК з антиагрегантами, теоретично вважається, що їх мінімальні терапевтичні дози можуть застосовуватися з антиагрегантами (II, V). Ймовірно, ситуація з призначенням НОАК у пацієнтів з ФП та ГКС після стентування буде остаточно визначена після закінчення досліджень з використання всіх на теперішній час зареєстрованих молекул – RE-DUAL-PCI (дабігатран), PIONEER AF-PCI (риварокса-бан), EVOLVE AF-PCI (едоксабан), AAA (епіксабан) (табл. 3) [2].

Таким чином, в консенсусному європейсько-азійсько-тихоокеанському документі 2014 року стратегія комбінованої антитромботичної терапії у пацієнтів з ФП, стабільною ІХС та ГКС після стентування коронарних артерій визначається, в першу чергу, геморагічним ризиком (за шкалою HAS-BLED) та ризиком інсульту (за шкалою $CHA_2DS_2-VASc \geq 2$). Розпочинати профілак-тику інсульту та повторних коронарних подій рекомендовано в більшості випадків з потрібної антитромбоцитарної терапії, яка включає ОАК та два антитромбоцитарні препарати (АСК та клопідогрель). Тривалість такої терапії визначається клінічною ситуацією – стабільна ІХС чи ГКС. Переважно при ФП та стабільній ІХС тривалість початкової потрібної терапії стано-вить 4 тижнів, а при ФП та ГКС – 6 місяців. У деяких пацієнтів з дуже високим ризиком коронарних подій або високим ризиком кро-вотечі як альтернатива потрібній терапії може розглядатися призначення подвійної антитромботичної терапії у складі ОАК і клопідогрелью або подвійної антиагрегантної терапії (АСК та клопідогрель), або тривалість потрібної антитромботичної терапії може бути обмежена терміном до 4 тижнів (наприклад, пацієнти з ГКС).

У подальшому слід перейти на тривалий (до 12 місяців) прийом ОАК та клопідогрелью (або як альтернатива – АСК), а після року тривала антитромботична терапія ОАК рекомендована всім пацієнтам з ФП та стабільною ІХС або ГКС після проведення ЧКВ.

В консенсусному документі зазначено, що теоретично можна замість АВК використовувати нові ОАК, хоча їх істинну доцільність та ефективність слід підтвердити рядом запланованих або триваючих дотепер досліджень.

Список використаної літератури

1. Camm A.J., Lip G.Y., De Caterina R. et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation-developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association // *Europace*. – 2012. – Vol. 14. – P. 1385–1413.
2. Capodanno D., Lip G., Windecker S. et al. Triple antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients with acute coronary syndromes or undergoing percutaneous coronary intervention or transcatheter aortic valve replacement // *EuroIntervention*. – 2015. – Vol. 10. – P. 1015–1021.
3. Lane D.A., Lip G.Y.H. Use of The CHA_2DS_2-VASc and HAS-BLED scores to aid decision making for thromboprophylaxis in non-valvular atrial fibrillation // *Circulation*. – 2012. – Vol. 126. – P. 860–865.
4. Lip G.Y., Nieuwlaar R., Pisters R. et al. Refining clinical risk Stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation // *Chest*. – 2010. – Vol. 137. – P. 263–272.
5. 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.
6. Lip G.Y., Larocche C., Dan G.A. et al. A prospective survey in European Society of Cardiology member countries of atrial fibrillation management: baseline results of EURObservational Research Programme Atrial Fibrillation (EORP-AF) Pilot General RegiSTry // *Europace*. – 2014. – Vol. 16. – P. 308–319.
7. PiSTers R., Lane D.A., Nieuwlaar R. et al. Anovel user-friendly core (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation:the Euro Heart Survey // *CheST*. – 2010. – Vol. 138. – P. 1093–1100.
8. Potpara T.S., Lip G.Y., Dagres N. et al. Management of acute coronary syndrome in patients with non-valvular atrial fibrillation: results of the European Heart Rhythm Association Survey // *Europace*. – 2014. – Vol. 16. – P. 293–298.
9. Steg P.G., James S.K., Atar D. et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation // *Eur. Heart J.* – 2012. – Vol. 33. – P. 2569–2619.

Резюме

Стратегія антитромботическої терапії у больних с фибрилляцией предсердий и стабильной ишемической болезнью сердца или острым коронарным синдромом после стентирования коронарных артерий

В.А. Скибчик¹, Ю.П. Мелень², Я.В. Скибчик³

¹Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

²Львовская клиническая больница скорой медицинской помощи

³Институт сердца МЗ Украины, Киев

В статье рассматриваются современные подходы к антитромботической терапии при фибрилляции предсердий у пациентов с острым коронарным синдромом и/или которым планируется проведение чрескожных коронарных вмешательств/стентирования. Рассмотрено также место в этой стратегии новых пероральных антикоагулянтов, антагонистов витамина К и антиагрегантов.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, стабильная ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, новые пероральные антикоагулянты, антагонисты витамина К, ацетилсалициловая кислота, клопидогрель

Summary

The Antithrombotic Therapy Strategy in Patients with Atrial Fibrillation and Stable Coronary Disease or Acute Coronary Syndrome after Coronary Arteries Stenting

V.A. Skybchych¹, Y.P. Melen², Y.V. Skybchych³

¹Danylo Halytsky Lviv National Medical University

²Lviv emergency clinical hospital

³Kyiv Heart Center

The article discusses innovational approaches to the antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and acute coronary syndrome and / or those with a planned percutaneous coronary intervention/stenting. The consideration of the place in the strategy of new oral anticoagulants, vitamin K antagonists and antiplatelet agents was completed in the article.

Keywords: atrial fibrillation, stable coronary artery disease, acute coronary syndrome, a new oral anticoagulants, vitamin K antagonists, aspirin, clopidogre

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів./