

## **ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ АНТИКОАГУЛЯНТОВ: КОМУ И ЗАЧЕМ?**

*Романова И. С., Мацкевич С. А., Врублевская Л. Ч.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, Минск*

К антикоагулянтам относятся препараты, которые предотвращают образование или рост тромбов (преимущественно в венозной системе). На практике такие препараты применяются с лечебной или профилактической целью. По механизму действия препараты удобно классифицировать на прямого (непосредственно после введения проявляется антикоагулянтный эффект) и непрямого (антикоагулянтный эффект проявляется через несколько часов, чаще через 48–72 часа после угнетения активности витамин К-зависимых факторов свертывания крови) действия. Препараты прямого действия классифицируются на парентеральные (нефракционированный гепарин (НФГ) и низкомолекулярные (НМГ) гепарины) и пероральные (дабигатран этексилат, ривароксабан, апиксабан — представлены препараты, зарегистрированные в Республике Беларусь; ПОАК). К препаратам непрямого действия относятся варфарин и фенилин. Рассмотрим несколько клинических ситуаций, при которых требуется длительный, а иногда и пожизненный прием антикоагулянтов.

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА): попадание в артерии малого круга кровообращения тромбов — эмболов, которые мигрировали из вен большого круга. Антикоагулянтная терапия (традиционно используется внутривенное введение НФГ под контролем АЧТВ (активированного частичного тромбопластинового времени)) в лечебных дозах рекомендуется пациентам с ТЭЛА высокого риска для поддержки реперфузионных вмешательств, снижения риска рецидива ТЭЛА и предотвращения прогрессирования венозного тромбоза. НМГ или фондапаринукс натрия при отсутствии противопоказаний рекомендуются пациентам с ТЭЛА промежуточного и низкого риска как предпочтительные перед НФГ в качестве парентеральной терапии. Также для пациентов с ТЭЛА промежуточного и низкого риска можно рассмотреть назначение ПОАК. При принятии решения о возможности применения ПОАК рекомендуется учитывать клиренс креатинина. ПОАК не рекомендуются пациентам с ТЭЛА с тяжелой хронической болезнью почек, во время беременности, грудного вскармливания, пациентам с антифосфолипидным синдромом (АФС). В данном случае временный совместный прием варфарина и парентеральных антикоагулянтов в течении 3–5 дней до достижения показателя международного нормализованного отношения 2,0–3,0 проводится в начале подбора дозы варфарина. Антикоагулянтная терапия острого эпизода ТЭЛА рекомендуется всем пациентам в течение как минимум 3 месяцев (для пациентов с ТЭЛА на фоне онкологического заболевания — 6 месяцев). Продленное лечение следует рассмотреть при АФС, активном раке, рецидиве ТЭЛА в отсутствии крупного фактора риска принимая во внимание риски кровотечений и предпочтения пациента.

Для пациентов с постоянной формой фибрилляцией предсердий длительное применение антикоагулянтов направлено на профилактику ишемического инсульта. У мужчин с баллом 2 и больше и женщин 3 балла по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc в качестве терапии первой линии могут быть рассмотрены антикоагулянты прямого действия как парентеральные, так и ПОАК (механические клапаны сердца, митральный стеноз средней и тяжелой степени — являются исключением для ПОАК; в данном случае препаратом выбора является варфарин). Продолжение лечения варфарином вместо перехода на ПОАК может быть рассмотрено у пациентов в возрасте  $\geq 75$  лет со стабильным уровнем МНО в терапевтическом диапазоне и с полипрагмазией для предотвращения избыточного риска кровотечения.

Для пациентов с острым тромбозом глубоких вен (ТГВ) применение антикоагулянтов является жизнеспасующей технологией наряду с эластической компрессией. В стационарных условиях антикоагулянтная терапия проводится всем пациентам с ТГВ (при отсутствии медицинских противопоказаний). После 5 суток введения НМГ/НФГ, начиная с 6-х суток, возможно применение варфарина (под контролем МНО) или дабигатрана этексилата (150 мг 2 раза в сутки) не менее 3-х месяцев. В качестве монотерапии ТГВ возможно применение ПОАК с первых суток заболевания: ривароксабан (15 мг 2 раза в сутки, затем 20 мг 1 раза в сутки не менее 3-х месяцев или апиксабан 10 мг 2 раза в сутки 7 дней, затем 5 мг 2 раза в сутки не менее 3-х месяцев).

Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений у госпитализированных пациентов хирургического профиля проводится согласно шкале Каприни (Caprini Risk Assessment Model): количество баллов 3–4 (умеренный риск: длительность применения антикоагулянтов (НМГ/НФГ) рекомендуется не менее 7–10 дней), количество баллов 5 и выше (высокий и очень высокий: применение антикоагулянтов (НМГ/НФГ) по меньшей мере до 4 недель).

Таким образом, антикоагулянты нашли широкое применение в клинической практике. Выбор конкретного препарата и тактика назначения зависят от конкретной клинической ситуации и факторов пациента.