Особенности назначения НОАК у коморбидных пациентов: как достичь баланса эффективности и безопасности у сложного пациента

Лебедева Анастасия Юрьевна

заместитель главного внештатного специалиста кардиолога г. Москва, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ»

Раскрытие интересов

- **ЛЕБЕДЕВА АНАСТАСИЯ ЮРЬЕВНА**

- Заместитель главного врача по медицинской части ГКБ им. И.В. Давыдовского

- Профессор кафедры госпитальной терапии №1 Лечебного факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова
- Профессор кафедры кардиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова

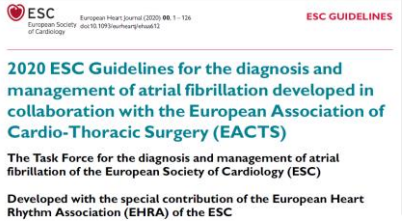
- Заместитель главного внештатного специалиста кардиолога Департамента здравоохранения г. Москвы.

- Гонорары от чтения лекций:
    - AstraZeneca
    - Bayer
    - Sanofi
    - Janssen
    - Boeringer Ingelheim
    - Pfizer
    - Servier
    - Amgen
    - Novartis

Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 28.12.2017) "Об обращении лекарственных средств"

Безопасность лекарственного средства - *характеристика лекарственного средства, основанная на сравнительном анализе его* ***эффективности*** *и* ***риска*** *причинения вреда здоровью;*

Глава 1 Статья 4 Пункт 23


ESC European Heart Journal (2020) 00, 1 – 126 doi:10.1093/eurheartj/ehaa612

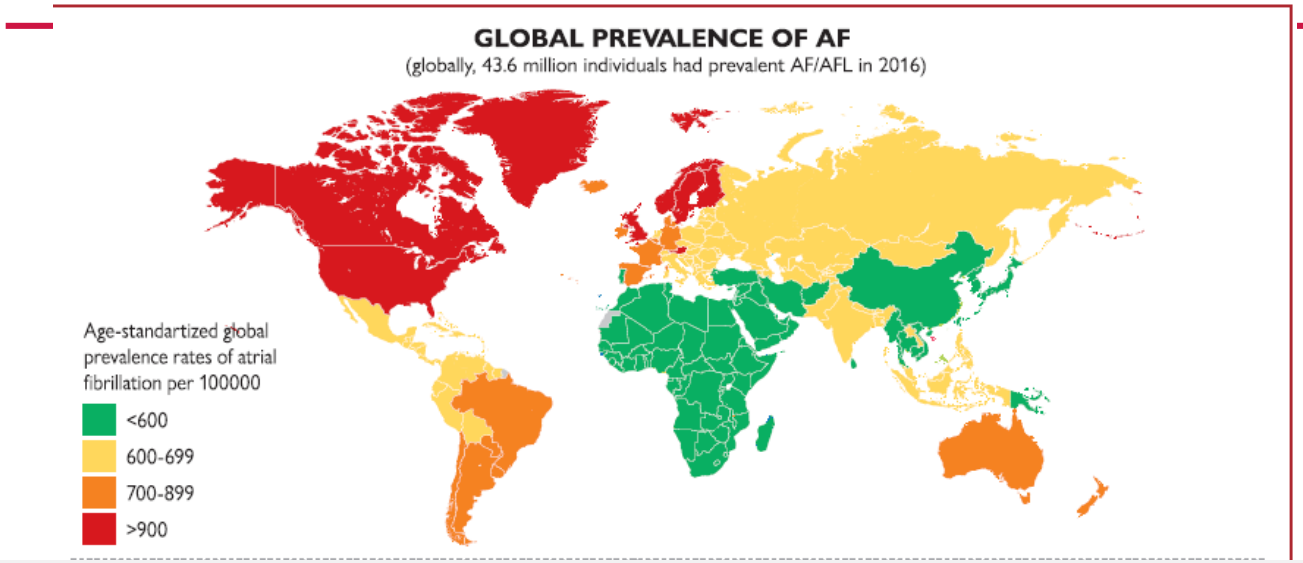
ESC GUIDELINES

2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC

Эпидемиология ФП



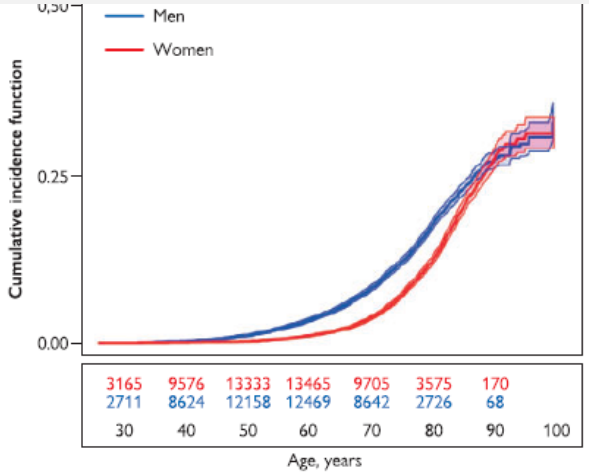
43,6 миллионов человек в мире страдают ФП.

В России на 100.000 человек ФП у 600-699 (показатель, стандартизированный по возрасту)

ФП чаще у мужчин

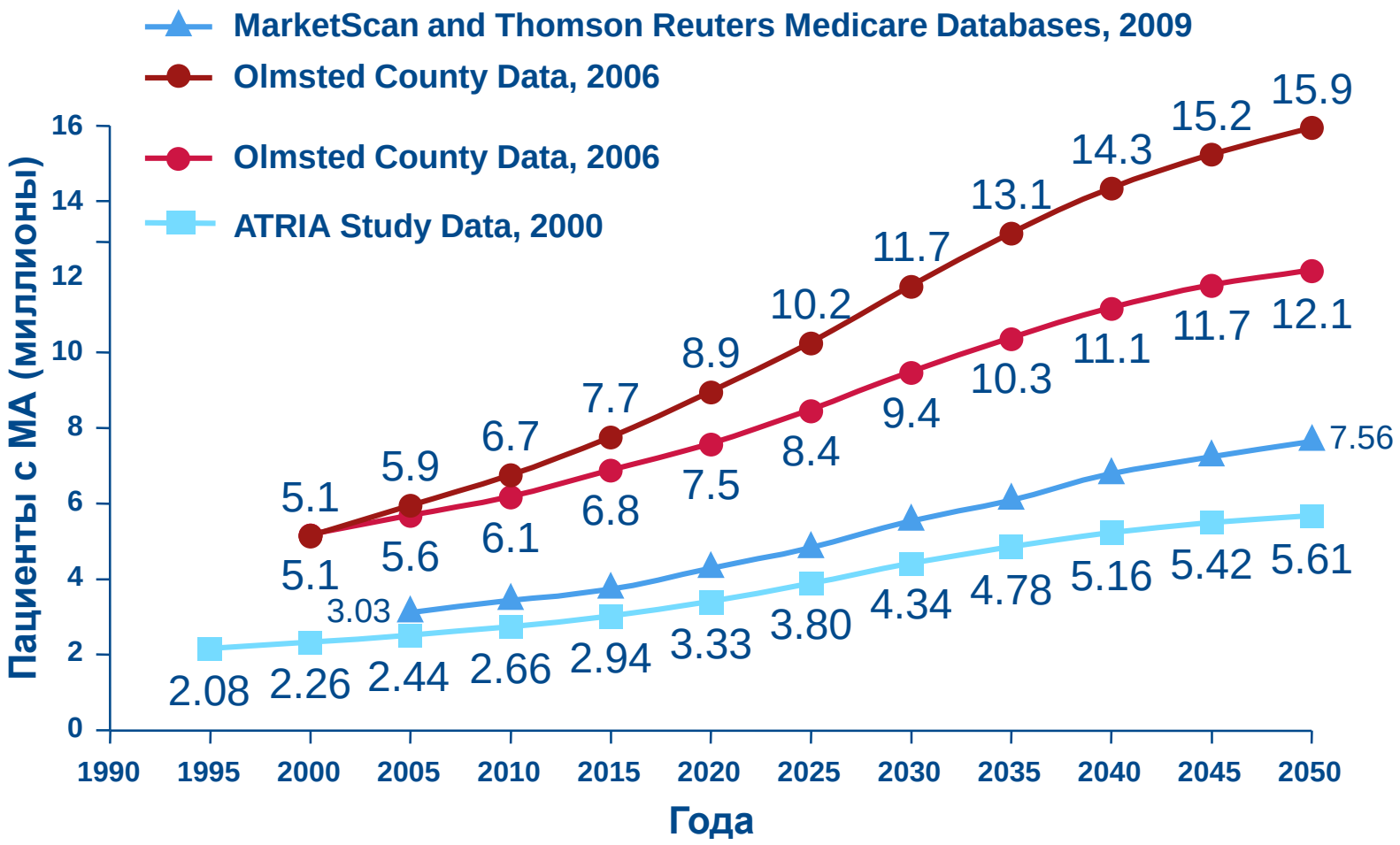
Риск развития ФП в течение жизни – у 1 из 3-х человек!

of European ancestry
at index age of 55 years
37.0% (34.3% to 39.6%)



European Heart Journal (2020) **00**, 1 – 126
doi:10.1093/eurheartj/ehaa612

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ К 2050 ГОДУ



ATRIA = Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation.

Go AS, et al. *JAMA*. 2001;285(18):2370–2375. Miyasaka Y, et al. *Circulation*. 2006;114:119–125. Naccarelli GV, et al. *Am J Cardiol*. 2009;104(11):1534–1539.

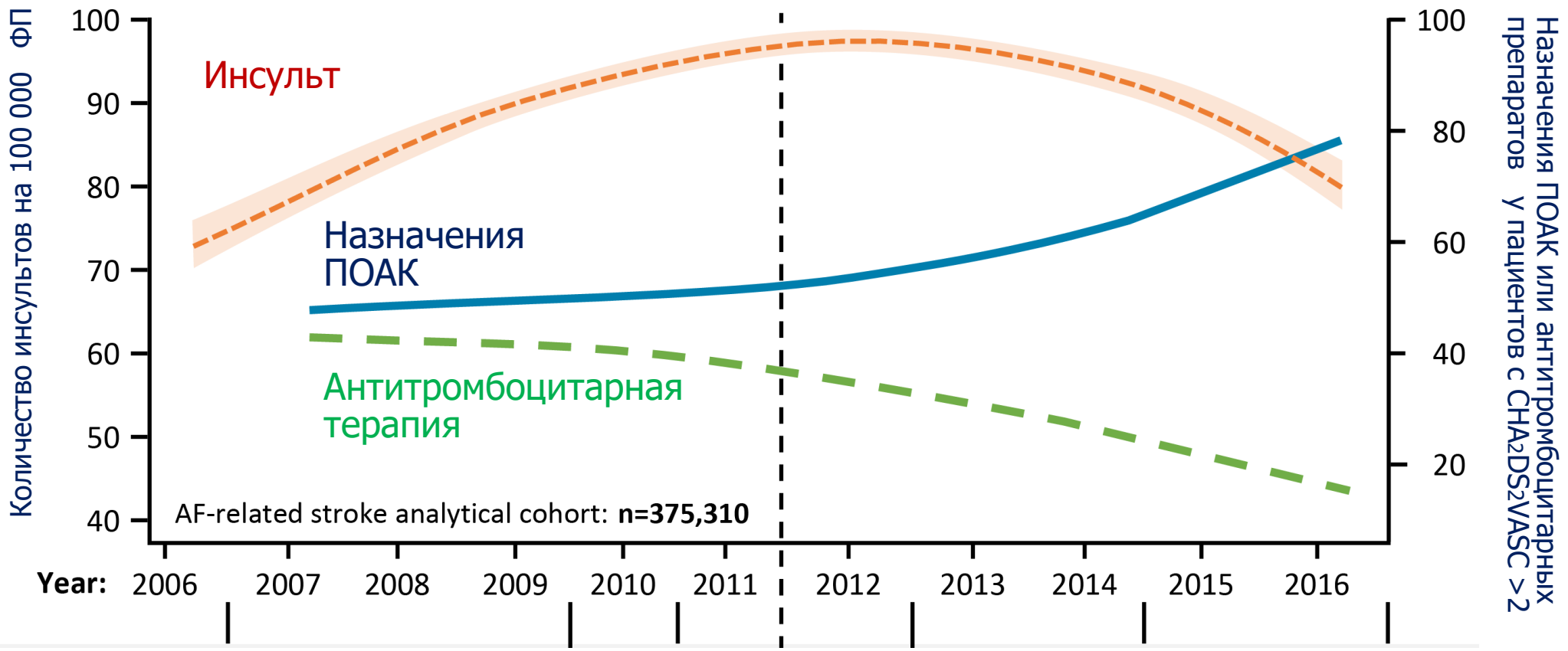
Статистика смертности в РФ по данным Росстат

Росстат подразделяет статистику по болезням системы кровообращения:

- ИБС – 28,4 %
- цереброваскулярные болезни (в том числе **инсульт**) – 14,4 % всех смертей

https://rosinfostat.ru/smertnost/

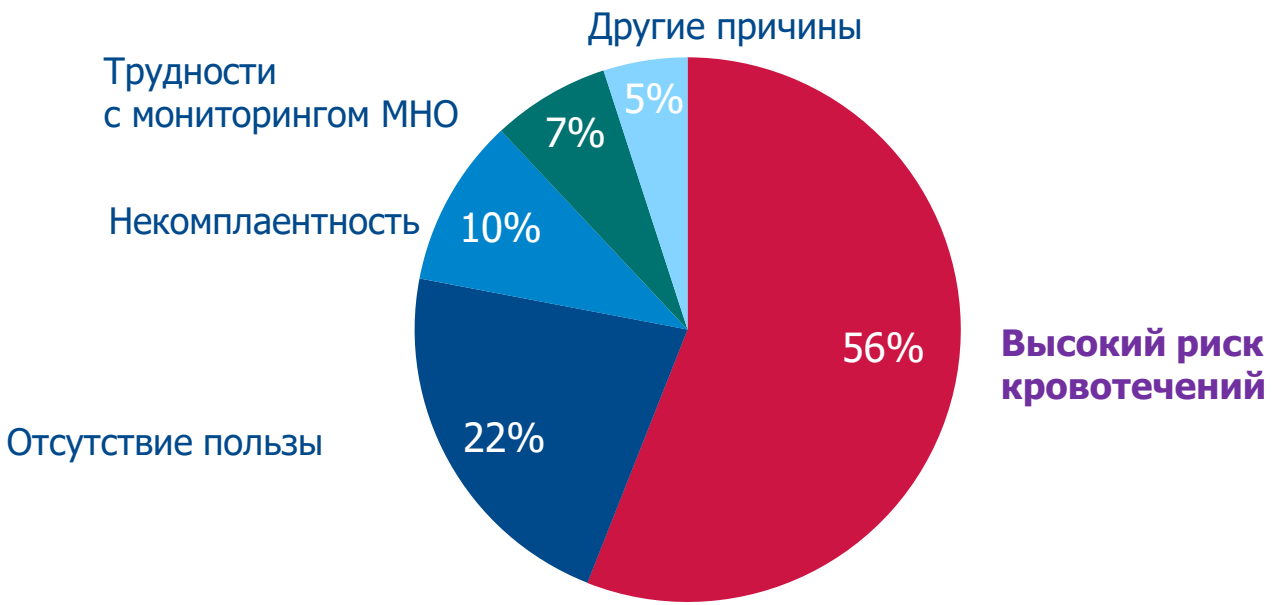
10-летнее исследование госпитализации по поводу инсульта, ассоциированного с ФП: опыт Великобритании



ПОАК - лицензирование и практическое применение

Cowan JC, et al. Eur Heart J 2018;39:2975–83.

Боязнь геморрагических осложнений – одна из основных причин не назначения антагонистов витамина К в клинической практике



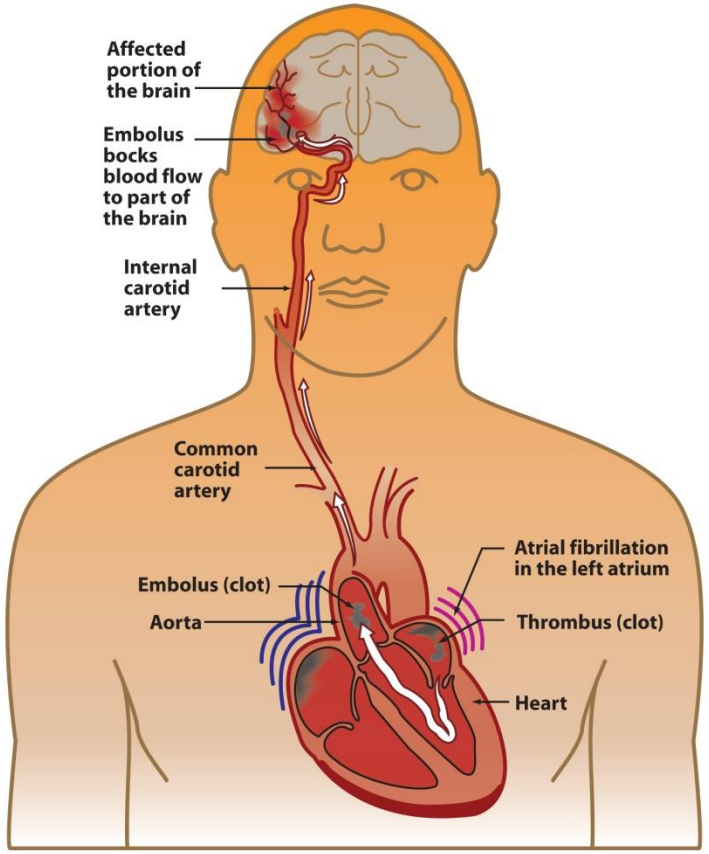
Моноцентровое исследование (n=103) причин не назначения ОАК (до выхода НОАК на рынок)

МНО = международное нормализованное отношение; НОАК – новый оральный антикоагулянт; ОАК – оральный антикоагулянт , Pereira-da-Silva T et al. ESC 2012; Poster 1566.

Boehringer Ingelheim

Инсульт – частое и самое разрушительное осложнение ФП

- Частота инсульта при ФП - 5% в год
- ФП – независимый фактор риска для инсульта
  - ~ в 5 раз повышает риск инсульта
  - ~15-30% от общего числа инсультов вызвано ФП
- Риск инсульта сохраняется и при бессимптомной ФП



Fuster V, et al. *Circulation.* 2006;114:e257-e354.
Wolf PA, et al. *Stroke*. 1991;22:983-988.
Page RL, et al. *Circulation.* 2003;107:1141-1145.
Hart RG, et al. *J Am Coll Cardiol*. 2000;35:183-187.
Hannon N et al. Cerebrovasc Dis 2010;29:43–49

Ишемический vs. Геморрагический инсульт

- Ишемический[1–4]
  - Вызван обструкцией кровеносного сосуда, снабжающего головной мозг
    - Тромб может сформироваться непосредственно в кровеносном сосуде или доставлен из другого отдела, например, из левого желудочка у пациентов с ФП
- Геморрагический[1–4]
  - Вызван разрывом ослабленного сосуда и приводит к кровотечению в или вокруг головного мозга
    - Внутримозговое кровотечение (кровоизлияние в мозг) – причины включают:
      - Артериальная Гипертензия
      - Аномалии кровеносных сосудов
      - Антитромботическая терапия
    - Субарахноидальное кровотечение (кровоизлияние в пространство между головным мозгом и черепом) – обычно вызвано мозговой аневризмой

1. http://www.strokeassociation.org; 2. http://www.theuniversityhospital.com/stroke/types.htm; 3. Bath PMW et al. BMJ 2000;320:920; 4. Donnan G et al. Lancet 2008;371:1612-1623.

Ишемический инсульт при ФП может привести к стойкой утрате трудоспособности или смерти

Последствия первого ишемического инсульта у пациентов высокого риска при ФП (n=597)

Gladstone DJ et al. Stroke 2009;40:235–40

ВЧК – самое опасное осложнение антитромботической терапии

- ВЧК может угрожать жизни[1]
- Традиционные антитромботические препараты повышают риск ВЧК*:[1]
  - АСК повышает риск на 40%
  - Варфарин удваивает риск (МНО 2.0–3.0; частота 0.3–0.6%/г)
  - Варфарин также повышает тяжесть ВЧК[2]

* В сравнении с плацебо
АСК – ацетилсалициловая кислота; ВЧК – внутричерепное кровотечение; МНО – международное нормализованное отношение
1. Hart RG et al. Stroke 2005;36:1588–93; **2**. Fang MC et al. Stroke 2012;43:1795–9

Цели для терапии антикоагулянтами при ФП

Профилактика ишемического инсульта

Уменьшить геморрагические инсульты (снизить риск ВЧК)

ВЧК – внутричерепное кровотечение

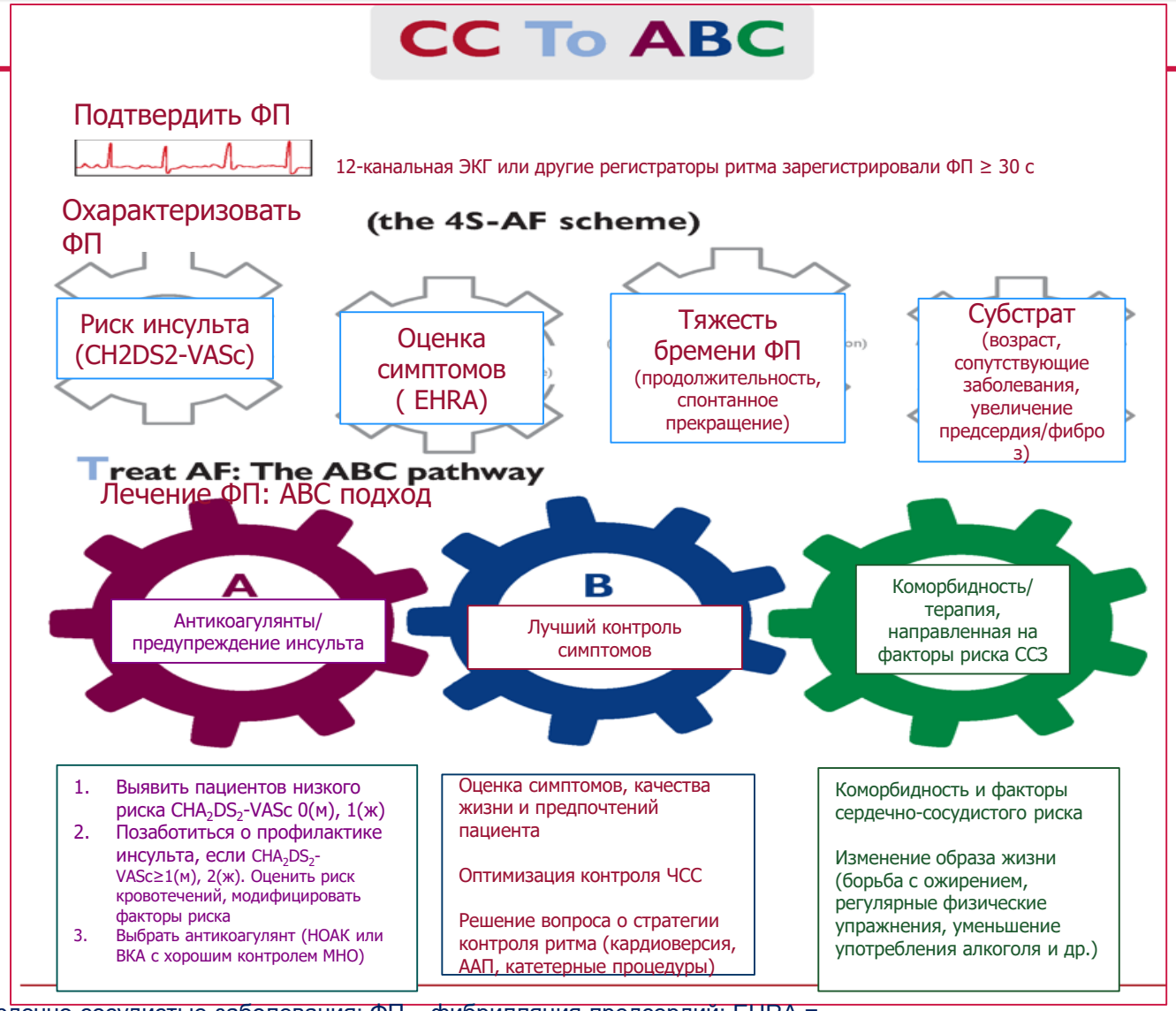
Рекомендации ESC по диагностике и лечению фибрилляции предсердий, разработанные в сотрудничестве с Европейской ассоциацией кардио-торакальной хирургии (EACTS)

Рабочая группа по диагностике и лечению фибрилляции предсердий Европейского общества кардиологов (ESC)
Разработано при особом участии Европейской ассоциации сердечного ритма (EHRA) ESC

Стратегия терапии ФП

ШагN°1

Антикоагулянты/ предупреждение инсульта



ААП – антиаритмические препараты; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ФП – фибрилляция предсердий; EHRA = European Heart Rhythm Association

Eur Heart J, ehaa612, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612

Рекомендации ESC по диагностике и лечению фибрилляции предсердий, разработанные в сотрудничестве с Европейской ассоциацией кардио-торакальной хирургии (EACTS)

Рабочая группа по диагностике и лечению фибрилляции предсердий Европейского общества кардиологов (ESC)

Разработано при особом участии Европейской ассоциации сердечного ритма (EHRA) ESC

European Heart Journal (2020) 00, 1126 ESC GUIDELINES doi:10.1093/eurheartj/ehaa612

Рекомендации ESC по диагностике и лечению фибрилляции предсердий, разработанные в сотрудничестве с Европейской ассоциацией кардио-торакальной хирургии (EACTS)
Рабочая группа по диагностике и лечению фибрилляции предсердий Европейского общества кардиологов (ESC)
Разработано при особом участии Европейской ассоциации сердечного ритма (EHRA) ESC

Рекомендации	Класс	Уровень
Для профилактики инсульта у пациентов с ФП, которые подходят под критерии назначения ОАК, рекомендуется использовать НОАК, а не АВК (за исключением пациентов с механическими сердечными клапанами или митральным стенозом средней и тяжелой степени).	I	A
Для оценки риска инсульта рекомендуется подход, основанный на факторах риска, с использованием шкалы риска инсульта CHA2DS2-VASc, необходимо выявить пациентов с низким уровнем инсульта (показатель CHA2DS2-VASc = 0 баллов у мужчин, или 1 балл у женщин), которым не следует назначать антитромботическую терапию.	I	A
ОАК рекомендуются для профилактики инсульта у пациентов с ФП с CHA2DS2-VASc ≥2 балла у мужчин или ≥ 3 балла у женщин.	I	A
ОАК следует рассмотреть для профилактики инсульта у пациентов с ФП и с CHA2DS2-VASc 1 балл у мужчин или 2 балла у женщин. Лечение следует подбирать индивидуально, исходя из клинической выгоды, учета ценностей и предпочтений пациента	IIa	B
Для оценки риска кровотечений рекомендуется использовать официальную структурированную оценку риска кровотечений на основе оценок риска, чтобы помочь идентифицировать немодифицируемые и учитывать модифицируемые факторы риска кровотечения у всех пациентов с ФП и для выявления пациентов с потенциально высоким риском кровотечения, кого следует запланировать для раннего и более частого клинического осмотра и последующего наблюдения.	I	B

European Heart Journal (2020) 00, 1-126 doi:10.1093/eurheartj/ehaa612

Безопасность и эффективность разных НОАК в профилактике инсульта у пациентов с ФП

Препарат	Дабигатран 150/110 мг	Апиксабан 5/2.5 мг	Ривароксабан 20/15 мг
Исследование	RE-LY	ARISTOTLE	ROCKET AF
РКИ: большие кровотечения vs варфарин[1–4]	↓ 15%	↓ 31%	Не значимо
РКИ: инсульты/СЭ vs варфарин[1–4]	↓ 26%	↓ 21%	Не значимо
Внутричерепные кровотечения vs варфарин[1–4]	↓ 72%	↓ 58%	↓ 33%
Наличие специфического антагониста	✓	✗	✗

Выбор – это не всегда сложно

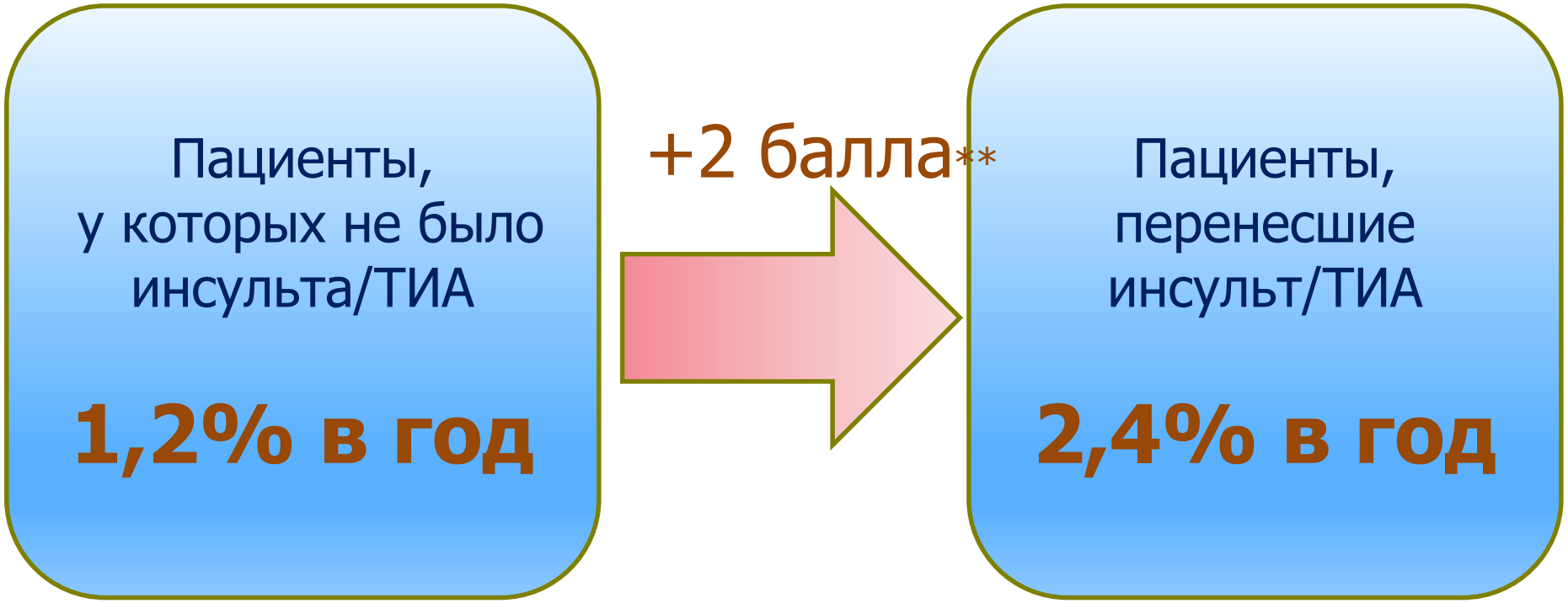
Прямые сравнительные исследования НОАК не проводились

HC Diener et al Lancet Neurol 2010; 9: 1157–63; Connolly Stuart et al; N Engl J Med 2009;361:1139-51, Patel M et al; N Engl J Med 2011;365:883-91; C. Granger et al; N Engl J Med 2011;365:981-92, Easton J et al; Lancet Neurol 2012; 11: 503–11, Hankey G et al; Lancet Neurol 2012; 11: 315–22

Риск повторного инсульта увеличивается в 15 раз после перенесенного инсульта*

*Описывается риск инсульта в общей популяции без привязки к фибрилляции предсердий. Stroke. 1994 Feb;25(2):333-7.

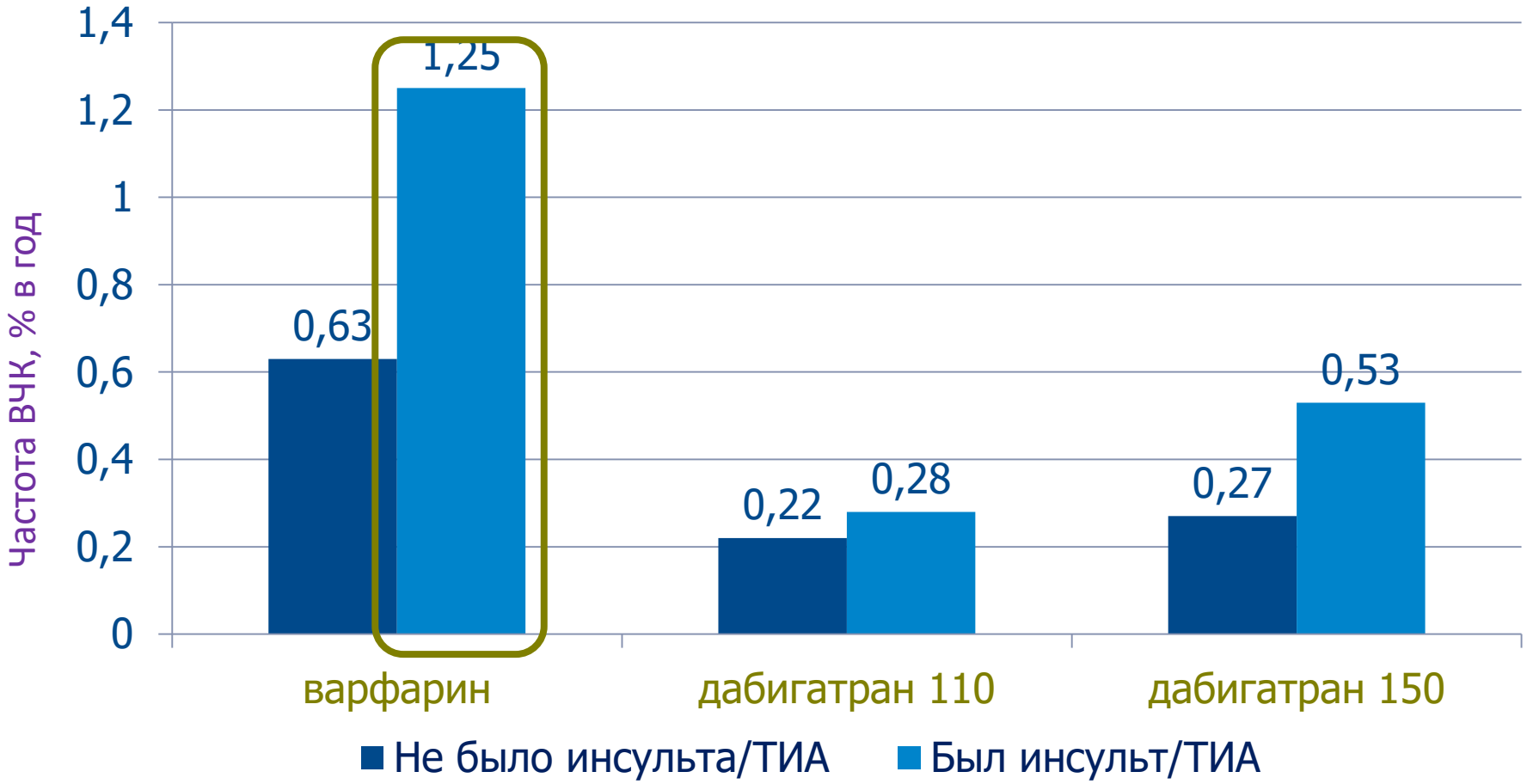
RE-LY: риск инсульта/СЭ повышен у пациентов, перенесших инсульт/ТИА*



- *- В сравнении с пациентами, у которых не было инсульта/ТИА
- ** - по шкале CHA_2DS_2-VASc

HC Diener et al Lancet Neurol 2010; 9: 1157–63

RE-LY: у пациентов с инсультом/ТИА в анамнезе повышен риск внутричерепных кровотечений



* В сравнении с пациентами без инсульта/ТИА в анамнезе

HC Diener et al Lancet Neurol 2010; 9: 1157–63

Тактика инициации антикоагулянтной терапии после ишемического инсульта

NIHSS – National Institute of Health Stroke Scale, указаны сроки инициации антикоагулянтной терапии после инсульта, Heidbuchel H et al. Europace (2015) 17, 1467–1507

Прадакса 150 мг 2 р/с- единственный ПОАК, превзошедший варфарин в снижении риска ишемического инсульта у пациентов с ФП#

Прадакса* 150 мг 2 р/с	Прадакса 110 мг 2 р/с	Ривароксабан	Апиксабан*
24%	=	=	=
ОР 0,76 (95% ДИ 0.59–0.98)	ОР 1,13 (95% ДИ 0.89–1.40)	ОР 0,94 (95% ДИ 0.75–1.17)	ОР 0,92 (95% ДИ 0.74–1.13)

Прямые сравнительные рандомизированные исследования ПОАК не проводились

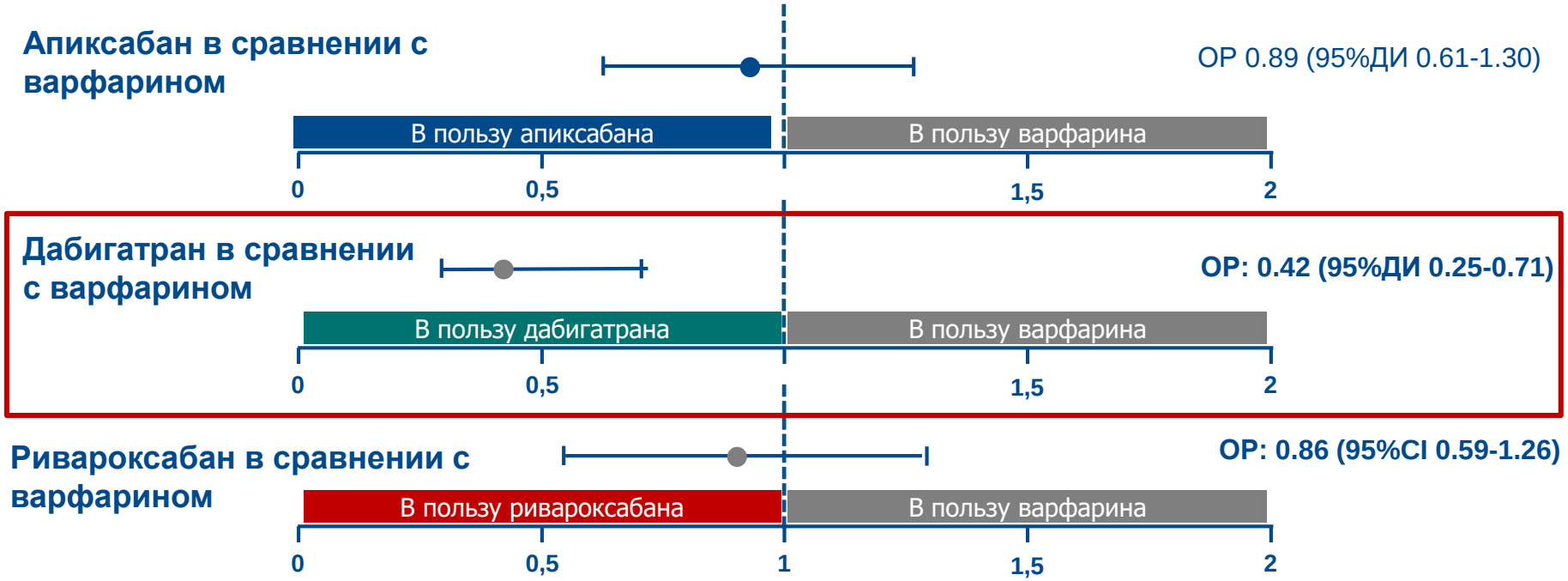
*- ишемические или неуточненные инсульты

ОР – отношение рисков, ДИ- доверительный интервал, ПОАК- прямые оральные антикоагулянты, ФП- фибрилляция предсердий, # - Kirchhof P et al; European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehw210

Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009;361:1139–51; Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010;363:1875–6;
Patel MR et al. N Engl J Med 2011;365:883–91; Granger C et al. N Engl J Med 2011;365:981–92; Pradaxa; EU, SmpC, доступно по ссылке http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000829/WC500041059.pdf доступ по ссылке 11.02.19

Клиническая практика: меньший риск кровотечений на дабигатране в сравнении с варфарином у пациентов с ФП, перенесших инсульт.

Первичная конечная точка безопасности:
Обращение за медицинской помощью
по поводу кровотечения

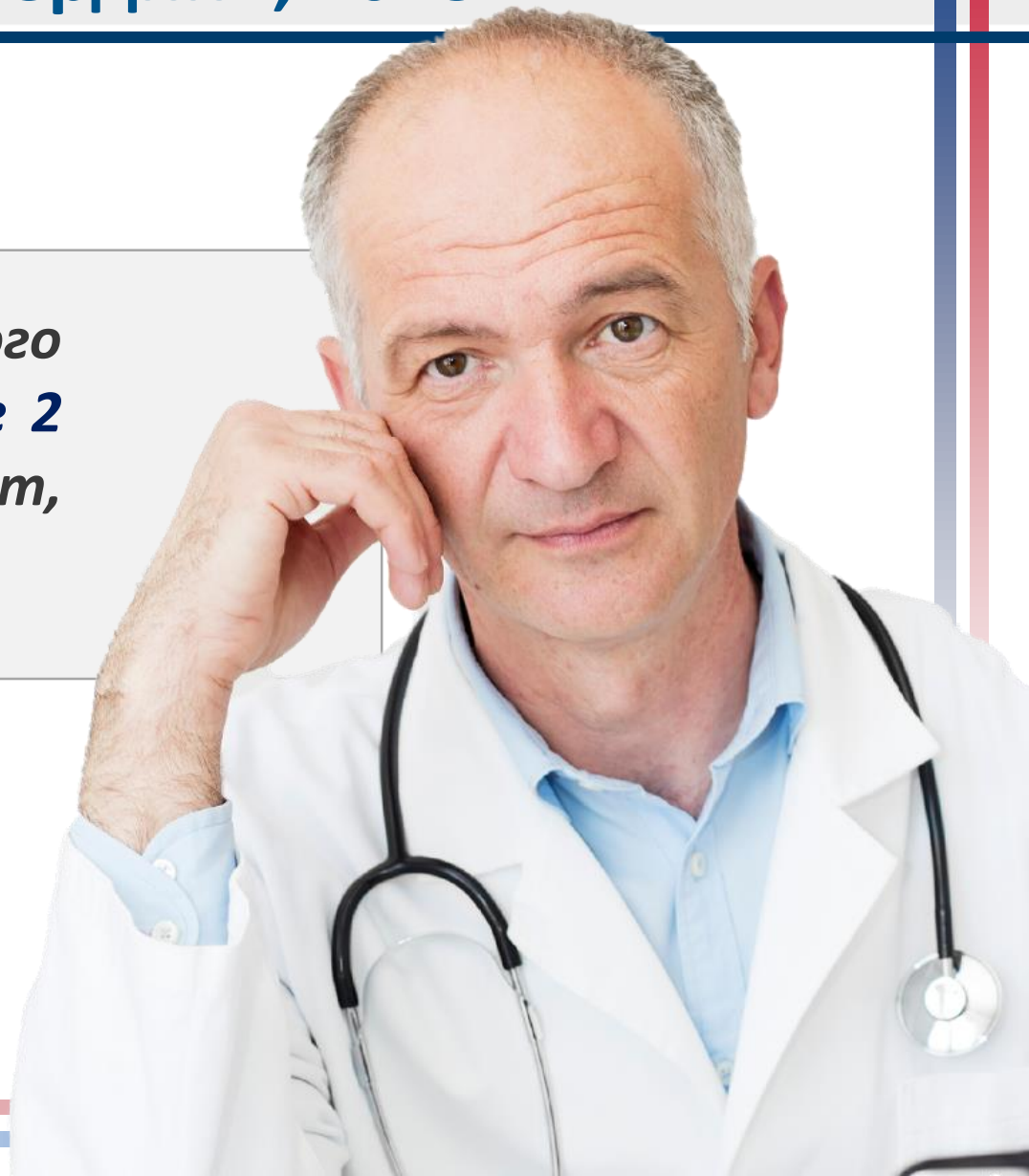


Пациенты с ФП, перенесшие ишемический инсульт, которым назначены апиксабан (1,358 пациентов); дабигатран (953 пациента); ривароксабан (1,199 пациентов); варфарин (2,982 пациента)

- Для нейтрализации влияния посторонних факторов на результат анализа использован методов IPTW (взвешивание в соответствии с обратной вероятностью назначенного лечения), результат следует интерпретировать с учетом ограничений, присущих ретроспективным анализам, Nielsen et al; представлено на ACC 2018; доступно по ссылке
- http://ativsoftware.com/appinfo.php?page=Session&project=ACC18&server=ep70.eventpilot.us&id=P39926

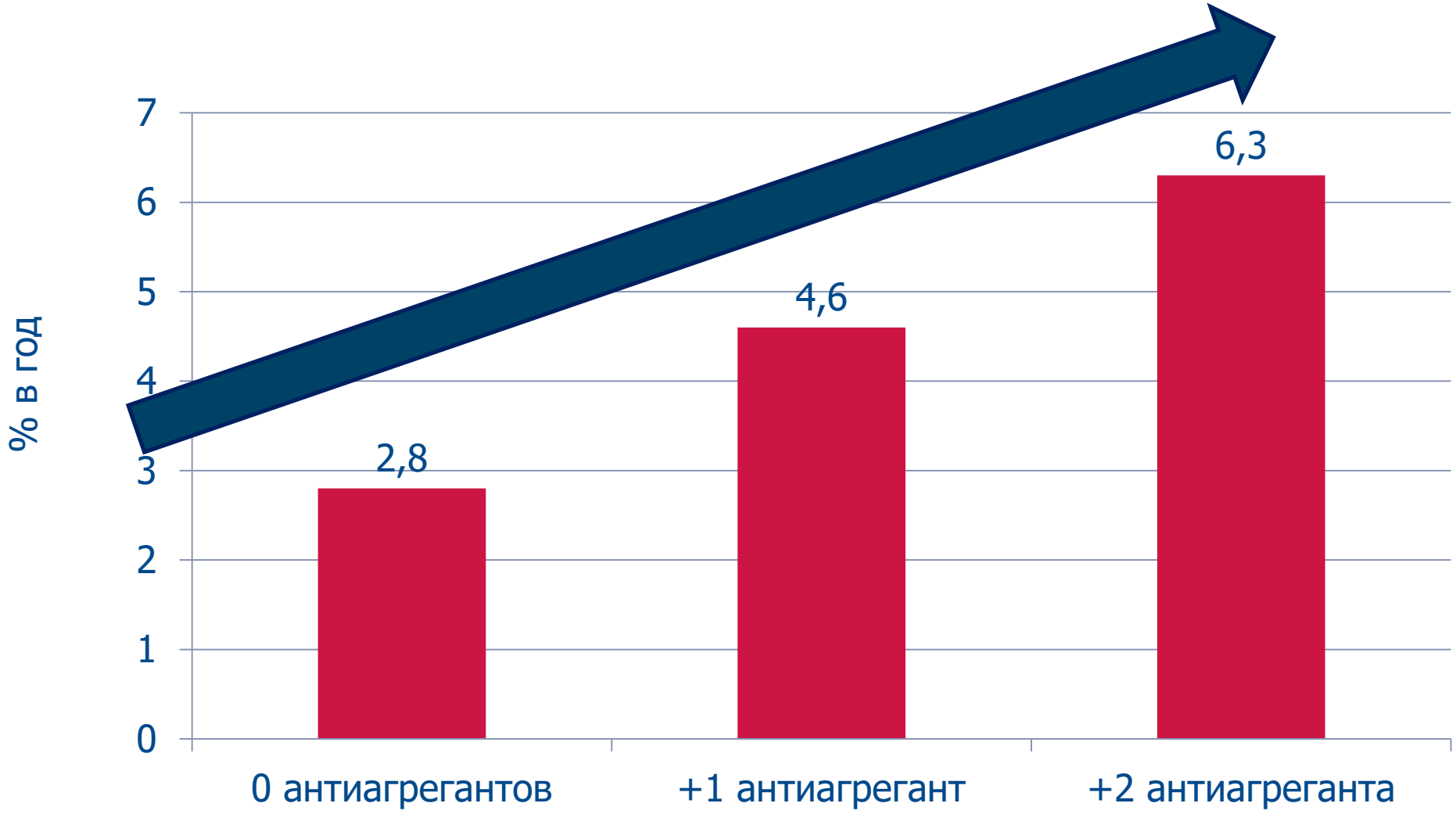
Рекомендации CHEST: «Антитромботическая терапия при фибрилляции предсердий», 2018

«Пациентам с высоким риском ишемического инсульта рекомендуется Дабигатран 150 мг 2 раза в сутки, как единственный препарат, превзошедший по эффективности варфарин»



CHEST – Американская ассоциация торакальных врачей
Lip GY et al; CHEST 2018; 154(5):1121-1201

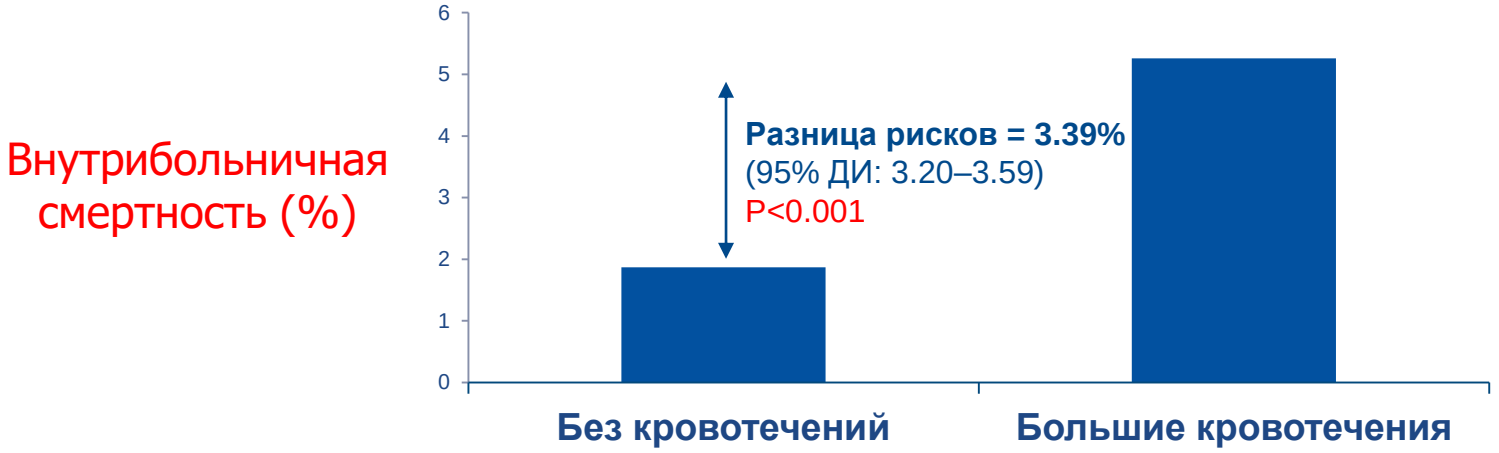
Частота больших кровотечений возрастает при добавлении к ОАК антиагрегантов



Dans A et al; Circulation. 2013;127: 634-640.;

У пациентов, которым выполняется ЧКВ, развитие больших кровотечений ассоциировано с повышением внутригоспитальной смертности независимо от локализации кровотечения

Регистр CathPCI: анализ данных по 3.3 миллионам процедур ЧКВ (2004–11):

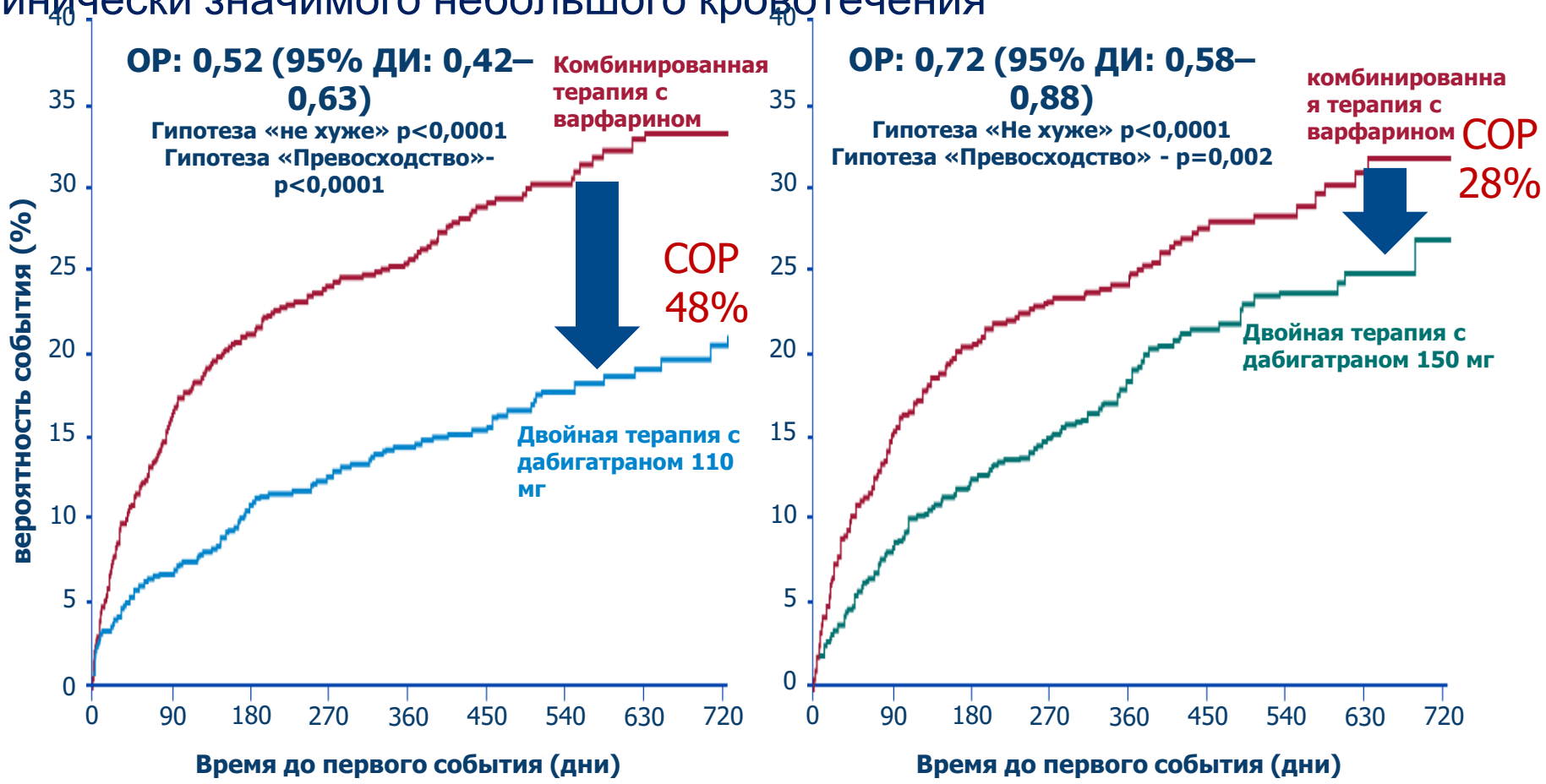


Возможность управления рисками кровотечений у пациентов, получающих комбинированную антитромботическую терапию, имеет большое значение для улучшения исходов лечения пациентов

- Chhatriwalla et al. JAMA 2013

RE-DUAL PCI: дабигатран 150 мг 2 раза в сутки – меньший риск кровотечений в составе двойной антитромботической терапии в сравнении с комбинированной терапией варфарином у пациентов с ФП после стентирования коронарных артерий

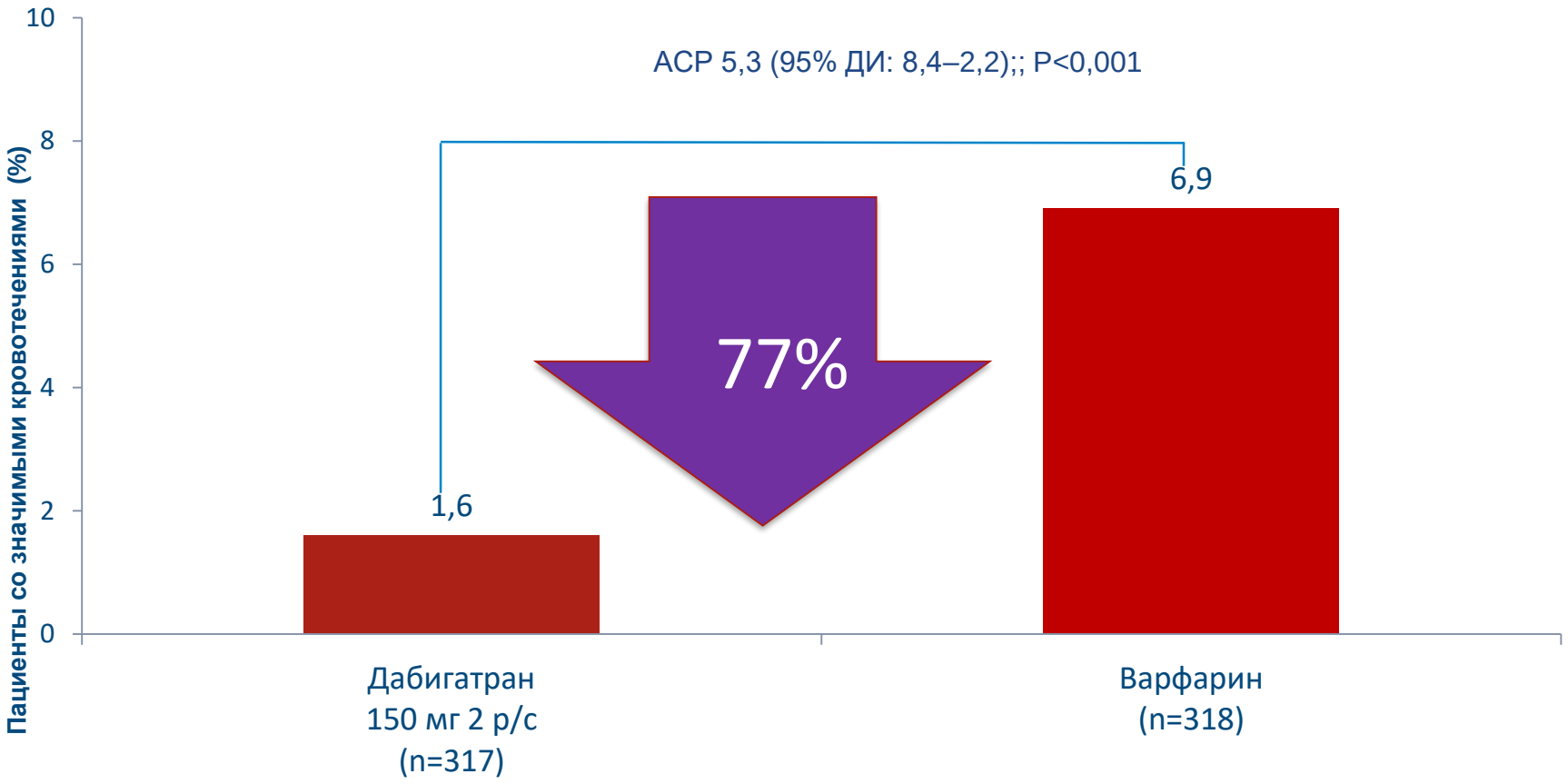
Первичная конечная точка: время до развития первого большого или клинически значимого небольшого кровотечения



Двойная терапия с дабигатраном = дабигатран + 1 ингибитор P2Y12 рецепторов, Комбинированная терапия с варфарином = варфарин + 1 ингибитор P2Y12 рецепторов (минимум 6 мес) + АСК до 1-3 месяцев

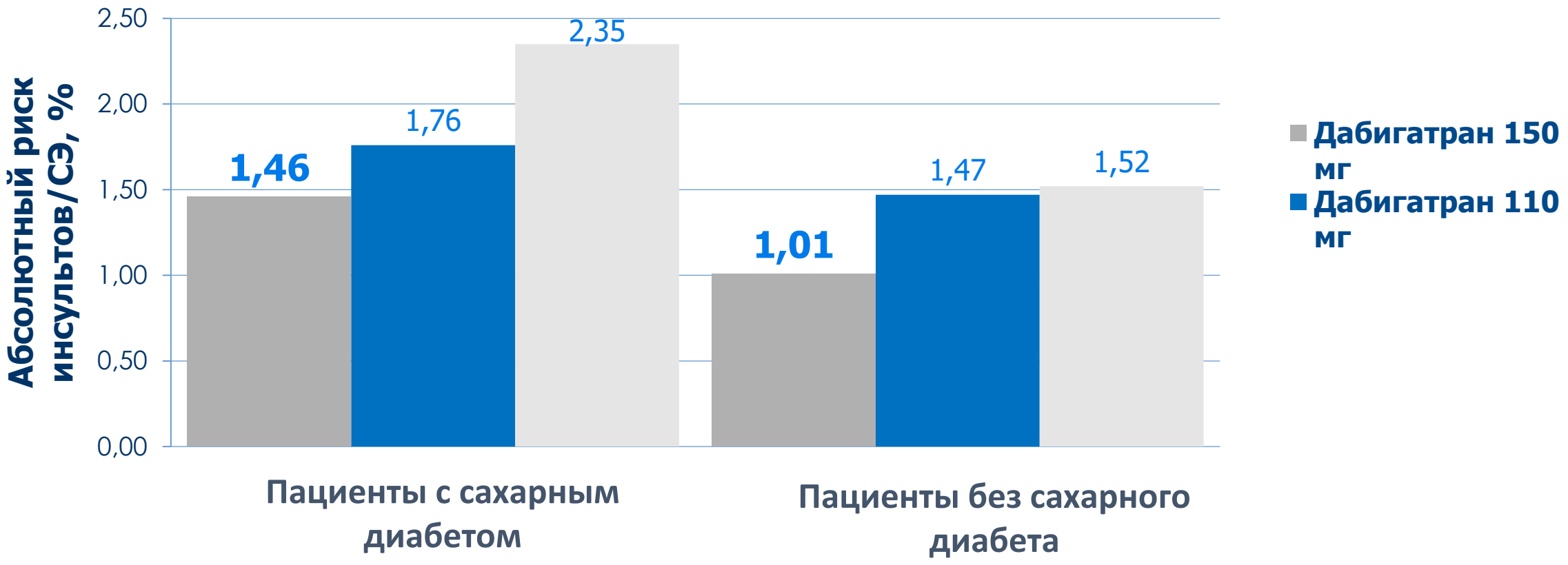
- СОР – снижение относительного риска, ОР – относительный риск, ДИ – доверительный интервал
- Cannon CP et al. N Engl J Med 2017;doi: 10.1056/NEJMoa1708454

RE-CIRCUIT™: снижение риска значимых кровотечений при выполнении катетерной абляции на фоне непрерывной терапии Дабигатраном 150 мг 2р/с по сравнению с варфарином



* Результаты основаны на количестве явлений, а не на количестве пациентов; † Один пациент перенес два подтвержденных ЗК ISTH; ЗК во время абляции и в течение 2 месяцев после абляции; АСР - абсолютное снижение риска; ЗК - значимое кровотечение; в стрелке приведено значение СОР - снижение относительного риска; Calkins et al. N Engl J Med 2017

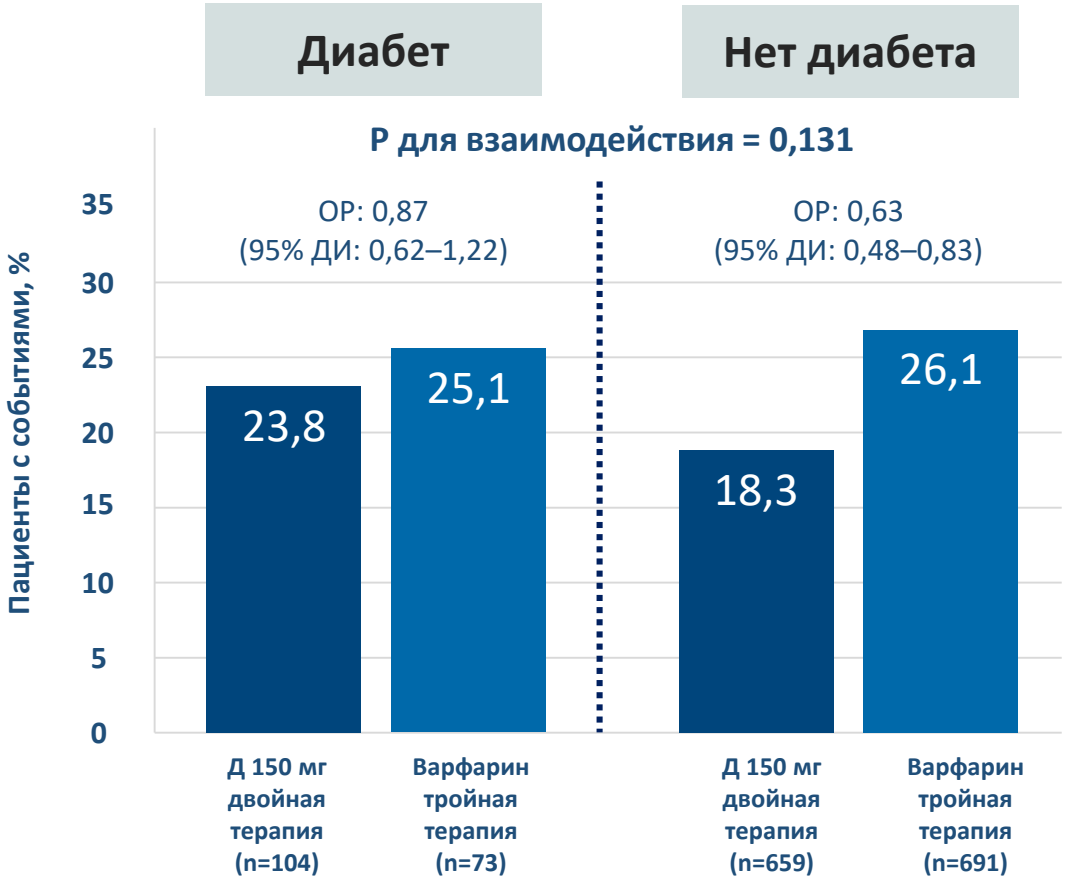
Пациенты с ФП и СД имеют большее снижение абсолютного риска эмболических событий* в год при лечении препаратом Прадакса® по сравнению с варфарином

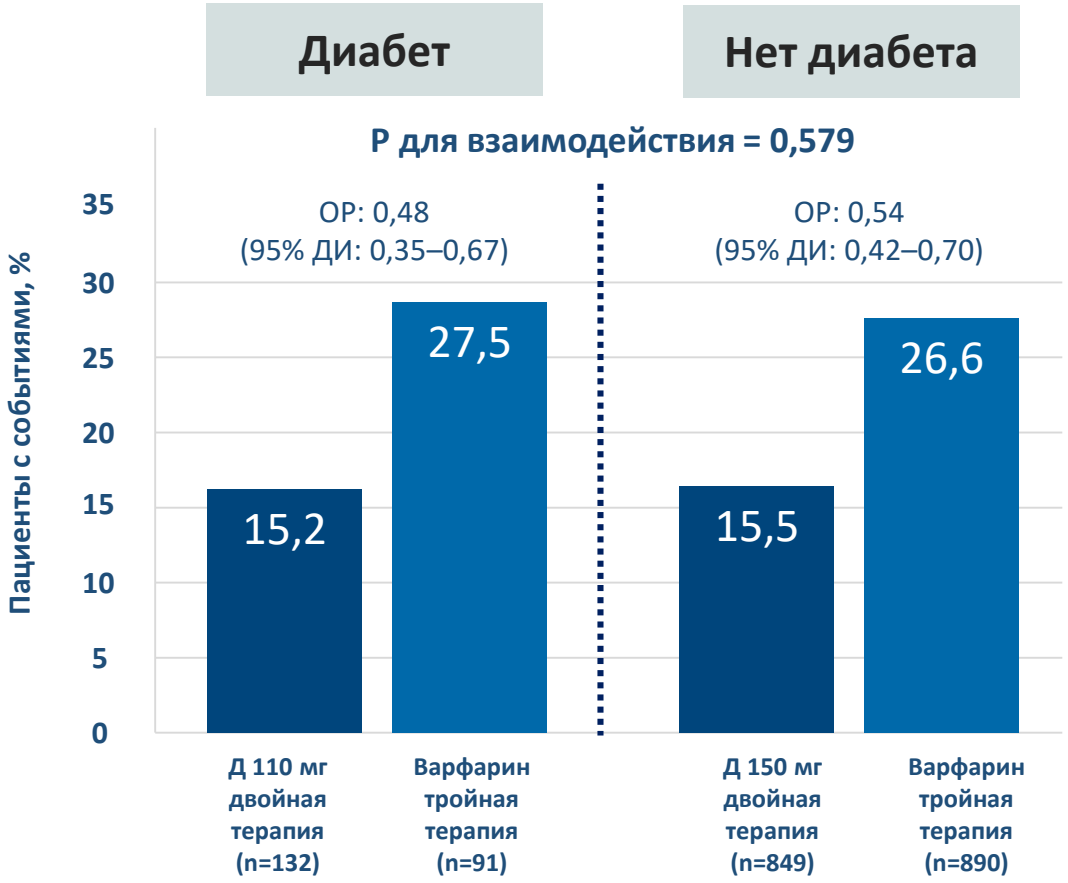


*инсульты и системные эмболии

M. Brambatti et al; International Journal of Cardiology, 196 (2015): 127–131

Благоприятный профиль безопасности Прадаксы в двойной терапии сохраняется у пациентов с сахарным диабетом и без него по сравнению с комбинированной терапией варфарином у пациентов после ЧКВ





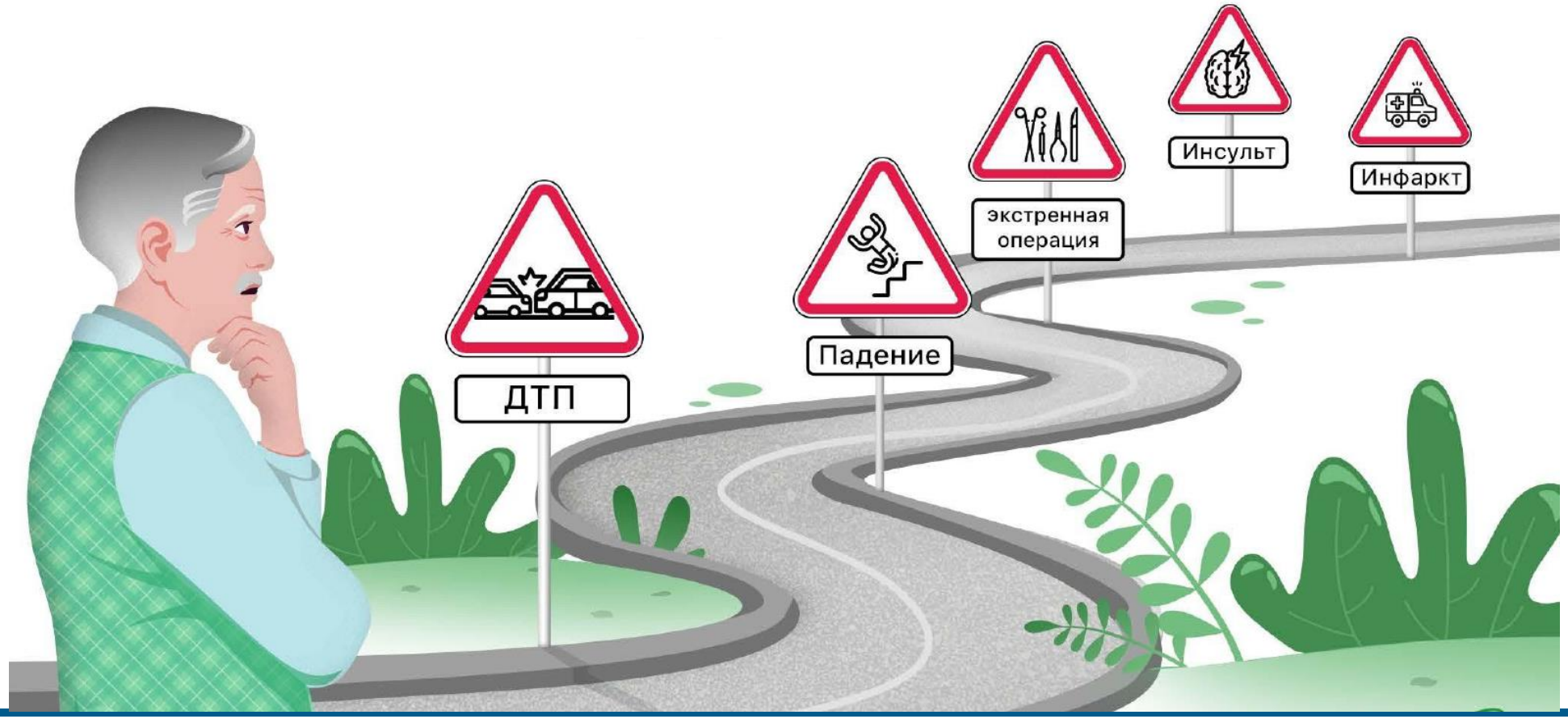
* Большие и клинически значимые небольшие по классификации международного общества по тромбозу и гемостазу
Д150мг – Дабигатран 150 мг 2 р/с; Д110мг – Дабигатран 110 мг 2 р/с; ОР, относительный риск, ДИ, доверительный интервал
Oldgren et al. Presented at AHA 2017; Nov. 14th 2017, Anaheim, California

Профиль эффективности и безопасности препарата Прадакса® в сравнении с варфарином не зависит от наличия ХСН, а также ФК, ФВЛЖ и КК при наличии ХСН

Инсульты/СЭ		Большие кровотечения		Сердечно-сосудистая смертность		Внутричерепные кровотечения	
Дабигатран 150 мг	Дабигатран 110 мг	Дабигатран 150 мг	Дабигатран 110 мг	Дабигатран 150 мг	Дабигатран 110 мг	Дабигатран 150 мг	Дабигатран 110 мг
↓ 35 %	= СОПОСТАВИМО	= СОПОСТАВИМО	↓ 20 %	↓ 15 %	= СОПОСТАВИМО	↓ 60 %	↓ 69 %

ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка, ФК – функциональный класс, КК – клиренс креатинина
↓ - снижение относительного риска на дабигатране в сравнении с варфарином, = риски на дабигатране и варфарине сопоставимы, представлены результаты анализа подгрупп в исследовании RE-LY; Цифры снижения относительного риска следует интерпретировать с осторожностью,
J. Ferreira et al; European Journal of Heart Failure (2013) 15, 1053–1061, Connolly Stuart et al; N Engl J Med 2009;361:1139-51

На пути пациента, принимающего антикоагулянты, могут случиться неотложные ситуации



Boehringer Ingelheim

ЮНТНАЯ АКАДЕМИЯ

При выборе препарата для длительного (пожизненного) приема, надо помнить о том, что каждому пациенту может потребоваться экстренная медицинская помощь

Высокий риск по травматизму:
-пожилые пациенты
-активные пациенты

Пациенты с риском экстренного хирургического вмешательства

Планируемая катетерная абляция на фоне непрерывной терапии ОАК

Пациенты с ИБС (риск экстренного АКШ, стентирование с последующей тройной/двойной терапией)

Пациенты с высоким риском ишемического инсульта

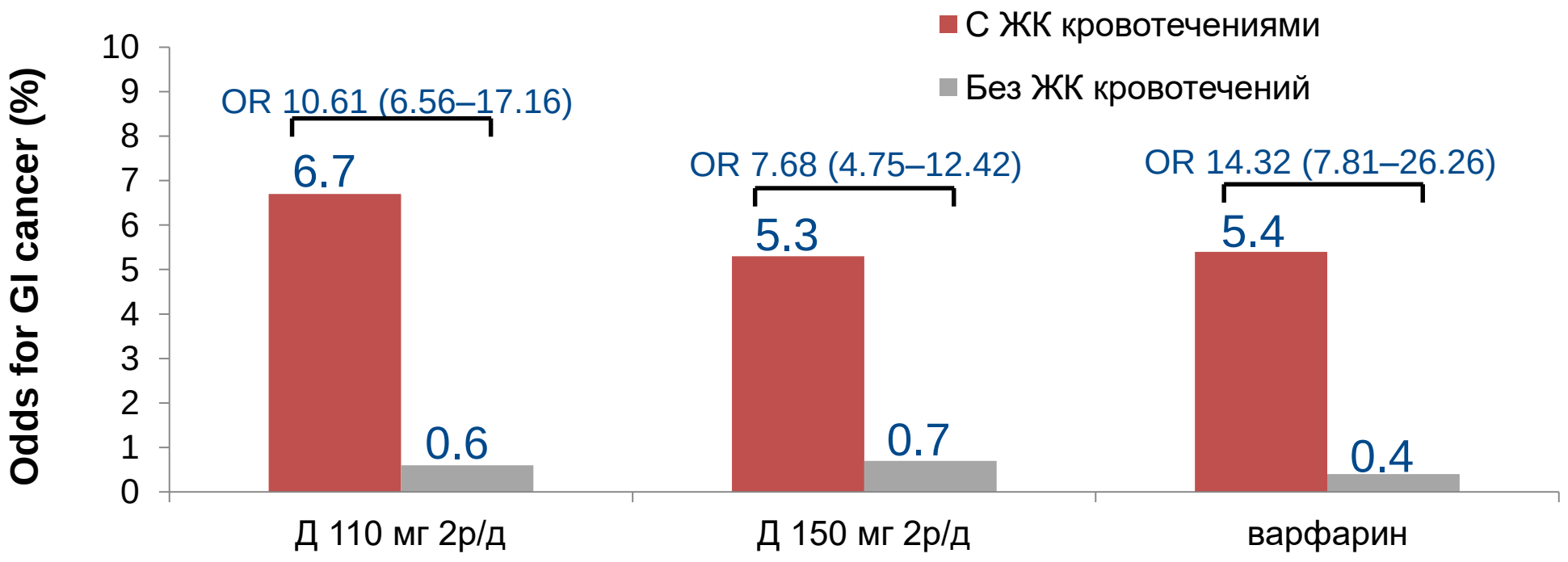
Пациенты с высоким риском кровотечений

Когда пациенту потребуется экстренная помощь, то его не защитит «низкая доза» или «более низкая частота всех кровотечений» по данным РКИ.
Своевременную и качественную хирургическую помощь поможет оказать только экстренная нейтрализация эффекта антикоагулянта

Boehringer Ingelheim

Ревишвили А.Ш., Шляхто Е.В., Замятин М.Н. и др. // Вестник аритмологии, 2018, №92, с. 59-72

Связанное с ОАС кровотечение ЖКТ, может представлять собой признак существующего злокачественного новообразования ЖКТ



ЖК кровотечения могут определить рак ЖКТ на ранней стадии

Необходим рутинный скрининг ЖК кровотечений у пациентов, ПОАК

- Analysis of GI bleeding and GI cancer events from RE-LY®; any GI bleeding as reported in www.clinicaltrials.gov for RE-LY®
- 1. Clemens A et al. Ann Med 2014

Каковы подходы к выполнению неотложных хирургических вмешательств/процедур у пациента, получающего НОАК?

- Raval et al; Circulation. 2017;135:e604–e633

Анализ 5 наблюдательных исследований[2–6] включивших 4208 пациентов с переломами бедренной кости (721 летальный исход)

Раннее выполнение вмешательства * - это

19%
снижение

Общей смертности
(ОР: 0.81; 95% ДИ: 0.68–0.96; P=0.01)

*понятие раннее хирургическое вмешательство варьирует в различных исследованиях(<24 часа,[2–4] <48 часов,[5] или <72 часов[6])
Объединенный анализ скорректированных отношений шансов или отношений риска для смертности,

1. Simunovic N et al. CMAJ 2010; 182:1609–16, 2. Beringer TR et al. Ulster Med J 1996;65:32–8, 3. Orosz GM et al. JAMA 2004;291:1738–43 4. Smektala R et al. BMC Musculoskel Disord 2008;9:171,
5. Rae HC et al. ANZ J Surg 2007;77:889–91, 6. Zuckerman JD et al. J Bone Joint Surg Am 1995;77:1551–6

Неспецифические методы нейтрализации эффектов НОАК.

Неактивированные концентраты протромбинового комплекса (содержат II, VII, XI и X факторы свертывания) – Протромплекс 600, Октаплекс

Активированные концентраты протромбинового комплекса (содержат неактивированные II, IX и X факторы и активированный VII фактор) – Фейба

Рекомбинантный VII а фактор

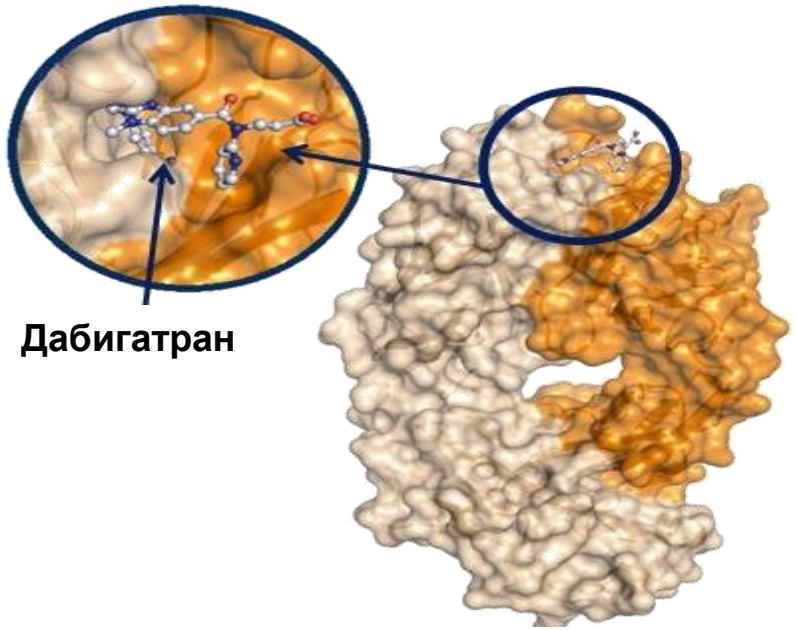
Гемодиализ (для дабигатрана)

Активированный уголь
(если последняя доза НОАК – 2-4 часа назад)

Эффективность и безопасность применения для нейтрализации НОАК не доказана в клинических исследованиях

- Eikelboom et al; British Journal of Anaesthesia; 2018; 10.1016/j.bja.2017.11.082

Дабигатран – единственный ПОАК, для которого в РФ зарегистрирован специфический антагонист



- Гуманизированный фрагмент (Fab) моноклонального антитела к дабигатрану
- Связывающая активность идаруцизумаба для дабигатрана в ~300 раз выше, чем у дабигатрана для тромбина, что приводит к практически необратимому связыванию
- В/в введение, мгновенное начало действия
- Отсутствие собственной прокоагулянтной или антикоагулянтной активности
- Короткий период полувыведения

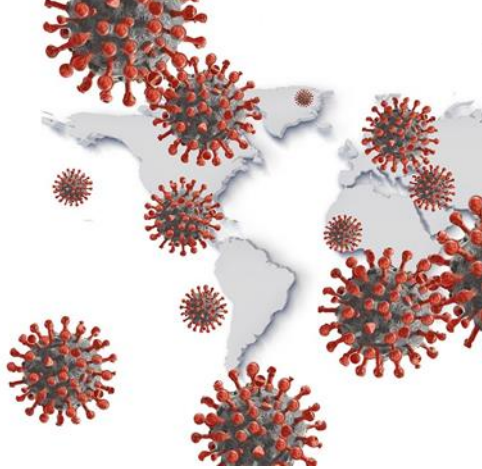
Идаруцизумаб позволяет выполнить специфическую нейтрализацию антикоагулянтного эффекта дабигатрана:

- при необходимости выполнения экстренного хирургического вмешательства или неотложной процедуры;
- при жизнеугрожающем или неконтролируемом кровотечении.

Boehringer Ingelheim

Schiele et al. Blood 2013;121:3554–62, Stangier et al. OR 320; представлено на ISTH 2015, Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Праксбайнд, ЛП № 005017, Schmohl et al. Thromb Haemost 2017;117:269–76; 3. www.grls.rosminzdrav.ru, дата доступа 01.12.2019

COVD 19 и ФП



- *Нарушение свертывающей системы, вызванное SARS-CoV-2 инфекция, по-видимому, увеличивает риск тромбоэмболии у пациентов с ФП, хотя это требует дальнейшего исследования и проверки*
- *Острая инфекция SARS-CoV-2 может повысить риск развития ФП и способствуют развитию протромботического состояния. Потенциальное развитие отдаленных осложнений, включая развитие сердечной аритмии у выживших после COVID-19, остается неизвестным.*
- *Как и в острой фазе инфекции COVID-19, повышается предрасположенность к ФП и вероятно ухудшение существующей ФП, использование персональных электрокардиограмм, а также дистанционное мониторинг (телеконсультации) может оптимизировать уход за пациентами с ФП и с высоким риском развития ФП.*

- *Терапия АВК с необходимостью регулярного контроля МНО может способствовать распространению инфекции. Хотя данные о эффекты VKA у пациентов с COVID-19 отсутствуют, дефицит витамина К можно предположить, что связано с худшим исходом COVID-19.*

В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID НЕОБХОДИМО ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ЛП НА СРОК 3-6 МЕСЯЦЕВ

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы

"ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМЕНИ И.В. ДАВЫДОВСКОГО
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВОООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ"

(ГБУЗ "ГКБ им. И.В. Давыдовского ДЗМ")

109240, г. Москва, ул. Яузская, д. 11
тел. 8 (495) 915 36 48; т/факс 8 (495) 915 30 42

_____ № _____

На №_____ от _____

**Главным врачам
амбулаторно-поликлинического
звена по списку**

Уважаемые коллеги!

С целью предупреждения распространения новой инфекции COVID 19 для обеспечения категорий граждан, указанных в Приказе ДЗМ №920 от 23.10.2019 года «Об утверждении порядка дополнительного лекарственного обеспечения граждан, имеющих место жительства в городе Москве, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями» прошу обеспечить единовременную выдачу лекарственных препаратов на срок 3-6 месяцев.

**Главный внештатный специалист
по кардиологии ДЗМ** **Е.Ю. Васильева**

ЛП – лекарственный препарат

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ПРИКАЗ

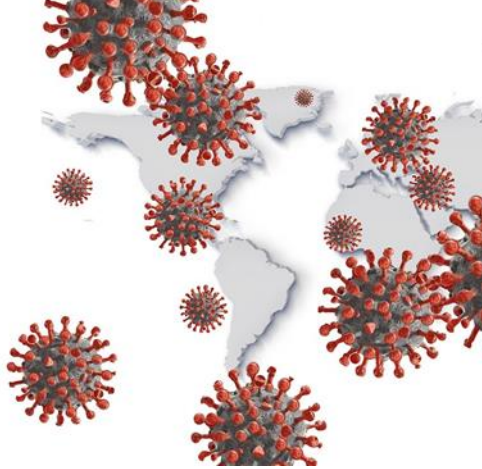
«01» 10 2020г. № 1131

О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 11 сентября 2020 года № 1035 для обеспечения лекарственной терапией больных с COVID-19 в амбулаторных условиях и на дому

к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 01.10.2020 № 1131

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от 11 сентября 2020 года № 1035

Порядок организации амбулаторной медицинской помощи (на дому) и в медицинских организациях пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом, новой коронавирусной инфекцией COVID-19, внебольничной пневмонией в сезоне 2020-2021 гг.



Лекарственная терапия:

1. *Легкое течение – противовирусная и жаропонижающая терапия*
2. *Средне тяжелое течение – противовирусная, жаропонижающая и антикоагулянтная терапия*

Антикоагулянтная терапия – ривароксабан 10мг/сут, дабигатран 75 мг 2 р/сут, апиксабан – 2, 5 мг 2р/ сут

Ривароксабан, Дабигатран, Апиксабан не назначаются пациентам в анамнезе при недавнем внутреннем кровотечении любой локализации. С осторожностью и под контролем креатинина назначаются пациентам с заболеваниями почек

Причины включения всех НОАК

- Нет достоверных данных (РКИ)по эффективности и безопасности применения какого либо антикоагулянта при COVID 19
- Пациенты с COVID 19 могли уже принимать антикоагулянтную терапию по основному заболеванию (ФП, ТГВ, ТЭЛА)

- Нет оснований для смены антикоагулянтной терапии у уже получавших ее, более того, это может привести к повышению риска тромбоэмболических осложнений
- В рекомендациях по терапии COVID 19 необходимо наличие всех видов антикоагулянтной терапии, пока не будет доказано превосходство каких либо определенных препаратов
- Важно повысить количество пациентов с ФП получающих антикоагулянтную терапию, с целью возможного снижения тяжести течения инфекционного процесса

Спасибо

Лебедева Анастасия Юрьевна

Boehringer Ingelheim