



Стратегия антикоагулянтной терапии у пожилых пациентов: баланс эффективности и безопасности

Морозова Т. Е., Аракелянц А. А., Ших Н. В., Герцог А. А.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
(Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Аннотация

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее распространённое нарушение сердечного ритма в клинической практике, ассоциированное с высоким риском смерти от инсульта и тромбоэмболических осложнений, для профилактики которых проводится антикоагулянтная терапия. Риск возникновения ФП увеличивается с возрастом. Ведение пожилых больных с ФП всегда представляет трудности для клиницистов ввиду необходимости постоянного соотношения рисков тромбоэмболических осложнений и возможных кровотечений, связанных с их профилактикой. Тем не менее абсолютное большинство исследований показало, что кровотечение возникает не потому, что пациент принимает антикоагулянт в подобранной терапевтической дозе, а вследствие того, что у пациента имеется субстрат кровотечения. Помимо этого, необходимо учитывать возможные возрастные изменения фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств, их опасные комбинации и взаимодействия. Ещё один вопрос, который возникает у клиницистов: тактика отмены антикоагулянтной терапии у пожилых пациентов в связи с предстоящим инвазивным исследованием или оперативным вмешательством. В статье изложены алгоритмы, которые дают ответы клиницистам на все поставленные вопросы.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий; антикоагулянтная терапия; пожилой пациент; кровотечения; пероральные антикоагулянты; дабигатран; ривароксабан; апиксабан

Для цитирования: Морозова Т. Е., Аракелянц А. А., Ших Н. В., Герцог А. А. Стратегия антикоагулянтной терапии у пожилых пациентов: баланс эффективности и безопасности. *Качественная клиническая практика*. 2025;(4):38–47. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-GCP-0003>. EDN: HKNRNR.

Поступила: 23.10.2025. **В доработанном виде:** 25.11.2025. **Принята к печати:** 12.12.2025. **Опубликована:** 25.12.2025

Anticoagulant therapy strategy in elderly patients: balancing efficacy and safety

Tatiana E. Morozova, Amalia A. Arakelyants, Nadezhda V. Shikh, Anna A. Gertsog
Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Abstract

Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia in clinical practice and is associated with a high risk of death from stroke and thromboembolic complications, the prevention of which is achieved through anticoagulant therapy. The risk of AF increases with age. Managing elderly patients with AF always presents challenges for clinicians due to the need to constantly balance the risks of thromboembolic complications with the potential for bleeding associated with their prevention. However, most studies have shown that bleeding occurs not because the patient is taking an anticoagulant at the selected therapeutic dose, but because the patient has a bleeding substrate. Furthermore, it is necessary to consider possible age-related changes in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs, as well as their dangerous combinations and interactions. Another question that arises for clinicians is the strategy for discontinuing anticoagulant therapy in elderly patients due to upcoming invasive examinations or surgery. The article presents algorithms that provide answers to all the questions posed to clinicians.

Keywords: atrial fibrillation; anticoagulant therapy; elderly patient; bleeding; oral anticoagulants; dabigatran; rivaroxaban; apixaban

For citation: Morozova TE, Arakelyants AA, Shikh NV, Gertsog AA. Anticoagulant therapy strategy in elderly patients: balancing efficacy and safety. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika = Good Clinical Practice*. 2025;(4):38–47. (In Russ.). <https://doi.org/10.37489/2588-0519-GCP-0003>. EDN: HKNRNR.

Received: 23.10.2025. **Revision received:** 25.11.2025. **Accepted:** 12.12.2025. **Published:** 25.12.2025.

Введение / Introduction

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее распространённое нарушение сердечного ритма в клинической практике, ассоциированное с высоким риском смерти от инсульта и тромбоэмболических осложнений, для профилактики которых проводится антикоагулянтная терапия. Риск возникновения ФП увеличивается с возрастом, и её распространённость у лиц в возрасте до 55 лет составляет менее 0,1%, а у пациентов старше 80 лет превышает 10% [1, 2]. При этом именно в когорте пожилых пациентов отмечается наибольший риск инсульта и тромбоэмболических осложнений на фоне ФП, причём как постоянной, так и персистирующей и пароксизмальной формы. Без надлежащей терапии ФП ассоциирована с 2-кратным увеличением смертности у женщин, 1,5 — кратным — у мужчин и 5-кратным риском развития инсульта и явлений тромбоэмболии [3]. ФП приводит к расширению полости и нарушению сократительной функции левого предсердия, а отсутствие полноценной систолы предсердий приводит к замедлению кровотока в ушке левого предсердия, что способствует образованию там тромбов с последующим риском тромбоэмболических осложнений.

Для профилактики инсульта и тромбоэмболических осложнений используют пероральные антикоагулянты: антагонист витамина К — варфарин и так называемые новые антикоагулянты — пероральные антикоагулянты прямого действия (ПОАК): ингибитор тромбина дабигатрана этексилат и ингибиторы фактора Ха ривароксабан, апиксабан и эдоксабан.

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов (ESC) по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий от 2024 г., Американской Ассоциации сердца/ Американского общества кардиологов/ Общества специалистов по нарушениям ритма серд-

ца (AHA/ACC/HRS) от 2025 г., препаратами выбора для профилактики тромбоэмболических осложнений у пожилых пациентов с неклапанной ФП являются дабигатрана этексилат, ривароксабан, апиксабан, эдоксабан [4, 5].

Принципы фармакотерапии у лиц пожилого возраста / Principles of pharmacotherapy in the elderly

Назначение того или иного ЛС у лиц пожилого возраста возможно только после всестороннего анализа его воздействия на организм, соблюдая определённые принципы. В частности, перед назначением любых ЛС пациентам пожилого и старческого возраста, независимо от показаний, рекомендуется провести скрининг на старческую астению, оценить функциональный статус и наличие гериатрических синдромов.

При назначении ЛС и выборе режима дозирования пациентам пожилого и старческого возраста необходимо учитывать возможные возрастные изменения фармакокинетики и фармакодинамики ЛС. Также пожилой возраст считают фактором риска опасных взаимодействий ЛС, комбинировать ЛС у таких больных следует с особой осторожностью и тщательностью [6].

Алгоритм антикоагулянтной терапии при ФП / Algorithm for anticoagulant therapy in atrial fibrillation

В настоящее время клиницистам предложен алгоритм назначения антикоагулянтной терапии, согласно которому первый шаг в принятии решения — выявление основных показаний к назначению антикоагулянтной терапии [7, 8]. Для этого необходимо рассчитать риск инсульта и тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc (табл. 1).

Таблица 1

Шкала CHA₂DS₂-VASc. Оценка риска инсульта, транзиторной ишемической атаки и тромбоэмболических осложнений

Table 1

CHA₂DS₂-VASc. Assessment of the risk of stroke, transient ischemic attack and thromboembolic complications

Обозначения	Критерии	Баллы
C/Congestive heart failure	Хроническая сердечная недостаточность	1
H/Hypertension	АД в состоянии покоя >140/90 мм рт. ст. по крайней мере, при двух повторных измерениях или текущая антигипертензивная терапия	1
A2/Age	Возраст ≥75 лет	2

Обозначения	Критерии	Баллы
D/Diabetes mellitus	Гликемия натощак (≥ 7 ммоль/л) или сахароснижающая терапия	1
S2/Stroke	Инсульт, транзиторная ишемическая атака или тромбоэмболия в анамнезе	2
V/Vascular disease	Сосудистые заболевания (поражение периферических артерий, инфаркт миокарда, атеросклероз)	1
A/Age	Возраст 65–74 года	1
Sc/Sex category	Женский пол	1

После подсчёта количества баллов и выявления этиологии ФП (клапанная/неклапанная) необходимо определиться с назначением антикоагулянтной терапии. Значение индекса по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 2 баллов определяет показания к назначению антикоагулянтов. Очевидно, что всем больным с ФП, независимо от пола и других факторов риска, достигшим возраста 75 лет, антикоагулянтная терапия должна быть рекомендована. В целом, у пожилых па-

циентов количество баллов по шкале CHA2DS2-VASc имеет тенденцию к увеличению как за счёт возраста, так и присоединения новых заболеваний, повышающих риск инсульта.

Пероральные антикоагулянты прямого действия — основной класс лекарственных средств (ЛС) для профилактики инсульта и тромбоэмболических осложнений у пожилых пациентов с неклапанной ФП.



Рис. 1. Общий алгоритм назначения антикоагулянтной терапии
Fig. 1. General algorithm for prescribing anticoagulant therapy

Однако в случае, если фибрилляция предсердий развивается на фоне существующего умеренного/тяжёлого митрального стеноза или протезированных механических клапанов сердца, терапия варфарином под контролем международного нормализованного отношения (МНО) предпочтительна. Применение варфарина обосновано также у пациентов с тя-

жёлым и терминальным поражением почек в связи с тем, что варфарин не имеет почечного пути выведения.

В остальных случаях препаратами выбора остаются ПОАК.

Общий алгоритм назначения антикоагулянтной терапии представлен на рис. 1.

Стратегия антикоагулянтной терапии у пожилых пациентов с ФП / Anticoagulant therapy strategy in elderly patients with atrial fibrillation

Несмотря на то что антикоагулянтная терапия рассматривается во всём мире как обязательный компонент лечения пациентов с ФП в связи с существенным снижением риска инсульта, системных эмболий и смерти, в реальной практике тактика назначения оральных антикоагулянтов пациентам старческого возраста (старше 75 лет) очень осторожная: примерно 50% пациентов с ФП ≥ 75 лет её не получают даже в отсутствии противопоказаний [9, 10].

Основной причиной отказа от назначения антикоагулянтов пожилым пациентам считается неблагоприятное соотношение риска и пользы, которое, по мнению некоторых врачей, заключается в том, что эффект антикоагулянтов в отношении предотвращения инсульта и системных эмболий нивелируется высоким риском кровотечений.

Поэтому следующим важным шагом становится оценка риска кровотечений у пациентов с ФП, получающих антикоагулянтную терапию. Для этой цели применяется шкала HAS-BLED, которая обладает высокой предсказательной ценностью (табл. 2.)

Риск геморрагических осложнений возрастает от 1,02% в год при 1 балле до 12,5% при сумме баллов > 5 [11]. Важно понимать, что расчётный высокий риск кровотечений не должен являться единственным и абсолютным ограничением к назначению антикоагулянтов у пациентов с ФП, и превышение уровня > 3 баллов не является сигналом к отмене терапии [12]. Пациенты с количеством баллов > 3 требуют осторожного подхода, регулярного наблюдения, более частого контроля МНО и проведения мероприятий по коррекции потенциально обратимых факторов риска кровотечений [7, 13]. Шкала HAS-BLED позволяет не просто оценивать риск кровотечений, она заставляет задуматься о корригируемых факторах риска кровотечений.

Таблица 2

Шкала HAS-BLED. Оценка риска кровотечений

Table 2

HAS-BLED scale. Assessment of bleeding risk

Обозначения	Критерии	Баллы
H/Hypertension	Систолическое АД > 160 мм рт. ст.	1
A/Abnormal liver function and/or renal disease	Повышение билирубина более чем в 2 раза в сочетании с повышением активности АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы в 3 раза и более и/или креатинин ≥ 200 мкмоль/л, хронический диализ, трансплантация почек	1 или 2
S/Stroke History	Инсульт	1
B/Bleeding	Кровотечение в анамнезе или геморрагический диатез, анемия	1
L/Labile INR	Нестабильное/высокое МНО или недостаточное ($< 60\%$) время пребывания в целевом диапазоне	1
E/Elderly	Пожилый возраст (> 65 лет)	1
D/Drugs or alcohol excess	Приём антиагрегационных средств, НПВС, злоупотребление алкоголем	1 или 2

В последних рекомендациях Европейского общества кардиологов эксперты посчитали целесообразным заменить шкалу на факторы риска, разделив их на модифицируемые, немодифицируемые и условно модифицируемые (табл. 3).

То есть, прежде всего, необходимо направить усилия на выявление модифицируемых и потенциально модифицируемых факторов риска кровотечений с целью более пристального наблюдения за пожилым пациентом с учётом его коморбидных заболеваний, состояния гемостаза, полипрагматии и взаимодействия лекарственных препара-

тов. Поэтому до назначения антикоагулянтов рекомендовано провести тщательное обследование пациента, направленное на исключение анемии, тромбоцитопении, нарушения функции печени и почек (определение уровня креатинина крови с расчётом клиренса креатинина для исключения хронической болезни почек), а также выявление потенциальных источников кровотечений. После валидации пациента в соответствии с факторами риска рекомендовано предпринять усилия для устранения модифицируемых и условно модифицируемых факторов.

Модифицируемые, немодифицируемые и условно модифицируемые факторы риска кровотечений

Table 3

Modifiable, non-modifiable, and conditionally modifiable risk factors for bleeding

Модифицируемые факторы риска	Немодифицируемые факторы риска	Потенциально модифицируемые факторы риска
<ul style="list-style-type: none"> • АГ (систолическое АД >160 мм рт. ст.) • Лабильное МНО — <60% времени в терапевтическом диапазоне • НПВС / антиагреганты • 8 порций алкоголя в неделю 	<ul style="list-style-type: none"> • Возраст >65 лет • Тяжёлое кровотечение в анамнезе • Инсульт в анамнезе • Гемодиализ / трансплантация почки • Цирроз печени • Онкологические заболевания • Генетические факторы (CYP2C9, VKORC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Анемия • Почечная или печёночная недостаточность • Тромбоцитопения

Наличие трёх немодифицируемых факторов риска у больных с фибрилляцией предсердий предполагает высокий риск развития кровотечений [4].

Особое внимание следует обращать на пациентов очень пожилого возраста, старше 90 лет с ФП. Данная категория пациентов недостаточно представлена в РКИ, но в ряде клинических исследований было показано, что у лиц старше 90 лет риск ишемического инсульта выше при наличии ФП, что сохранялось даже в скорректированной модели смертности как конкурирующего риска по сравнению с пациентами без ФП. И для пациентов старше 90 лет пероральные антикоагулянты также должны рассматриваться в качестве средства тромбопрофилактики, при этом ПОАК являются более предпочтительным вариантом выбора [14].

Особенности выбора отдельных ПОАК у пожилых пациентов / Features of the selection of individual direct oral anticoagulants in elderly patients

При выборе ПОАК у пожилых больных следует ориентироваться на Критерии Бирса 2023 года, в которых выделены 5 категорий ЛС в зависимости от потенциального риска [15]:

- лекарственные средства, применение которых потенциально нежелательно у пациентов в возрасте ≥65 лет,
- лекарственные средства, потенциально не рекомендованные для применения у пациентов в возрасте ≥65 лет при определённых заболеваниях или синдромах, поскольку могут вызвать ухудшение их течения,
- лекарственные средства, которые у пациентов в возрасте ≥65 лет следует применять с осторожностью,

- лекарственные средства, применение которых потенциально нежелательно у пациентов в возрасте ≥65 лет в связи с риском возникновения клинически значимых межлекарственных взаимодействий, в результате которых возможно ухудшение течения заболеваний или синдромов,
- лекарственные средства, применения которых следует избегать или снижать дозировку при различных уровнях функции почек у пациентов в возрасте ≥65 лет.

К категории препаратов, применение которых потенциально нежелательно у пациентов в возрасте ≥65 лет, из ПОАК относится ривароксабан в дозах, используемых для длительного лечения венозной тромбоэмболии (ВТЭ) или неклапанной ФП, который имеет более высокий риск большого кровотечения и кровотечения из ЖКТ у пожилых людей, чем другие ПОАК, особенно чем апиксабан [16].

К третьей категории относится дабигатран, который имеет повышенный риск развития желудочно-кишечного кровотечения по сравнению с варфарином (по данным параллельных клинических исследований) [17], а также повышенный риск развития желудочно-кишечного кровотечения и большого кровотечения по сравнению с апиксабаном (по данным обсервационных исследований и метаанализов) у пожилых пациентов при длительном лечении неклапанной ФП или ВТЭ [18]. Его у пациентов в возрасте ≥65 лет следует применять с осторожностью.

У пожилых пациентов относительно безопасным считается применение апиксабана в связи с низким риском больших кровотечений, хорошей переносимостью, меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов и высокой приверженностью к лечению [19].

При выборе ПОАК и дозы необходимо обращать особое внимание на функцию почек (5-я категория

критериев Бирса). Так, для дабигатрана следует учитывать отсутствие доказательств эффективности и безопасности у пациентов с клиренсом креатинина (КлК) <30 мл/мин. Для пациентов с КлК 15–30 мл/мин необходимо определять дозу ЛС на основании фармакокинетических данных. Также следует избегать его назначения при КлК <30 мл/мин. и проводить коррекцию дозы при КлК >30 мл/мин и при наличии межлекарственных взаимодействий [20].

Для ривароксабана отсутствуют доказательства эффективности и безопасности у пациентов с КлК <15 мл/мин; ограниченные данные для пациентов с КлК 15–30 мл/мин. Рекомендуется не назначать его при КлК <15 мл/мин. или снизить дозу при КлК 15–50 мл/мин, а также придерживаться рекомендаций производителя, в которых указана доза в зависимости от показаний к применению [21].

Аналогичные рекомендации в отношении эдоксабана.

В соответствии со STOPP критериями обновлённой версии, все ПОАК и прямые ингибиторы тромбина, и ингибиторы фактора Ха, наряду с антитромбоцитарными ЛС и антагонистами витамина К, относятся к числу потенциально не рекомендованных ЛС для использования у пациентов в возрасте 65 лет и старше, при значительном риске «большого» кровотечения, то есть неконтролируемой тяжёлой АГ, геморрагическом диатезе, недавнем нетипичном спонтанном кровотечении (высокий риск кровотечения) [22].

Особое внимание следует обращать на потенциально опасные межлекарственные взаимодействия ПОАК (рис. 2).

Так, прямой ингибитор тромбина, например, дабигатрана этексилат нельзя назначать в комбинации с дилтиаземом или верапамилом из-за повышенного риска кровотечения при снижении функции почек [23].

Прямые антикоагулянты			
Апиксабан	Дабигатран	Эдоксабан	Ривароксабан
Исключите по возможности:			
карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал, рифампицин, ритонавир, итраконазол, кетоконазол	дронедарон, карбамазепин, фенитоин, рифампицин, ритонавир, итраконазол, циклоспорин, глекапревир/пибрентасвир, такролимус	карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал, рифампицин, ритонавир	дронедарон, карбамазепин, фенитоин, фенобарбитал, рифампицин, ритонавир, итраконазол, кетоконазол, вориконазол, позаконазол
Избегайте или снизьте дозу апиксабана при другой терапии с межлекарственным взаимодействием:	Отложите приём препарата и/или скорректируйте дозу:	Избегайте или снизьте дозу:	Избегайте при другой терапии с межлекарственным взаимодействием:
		дронедарон	
позаконазол, вориконазол, ингибиторы протеаз, апалутамид, энзалутамид, ингибиторы тирозинкиназ	амиодарон, тикагрелор, верапамил, хинидин, кларитромицин, позаконазол	Избегайте или снизьте дозу эдоксабана при другой терапии с межлекарственным взаимодействием:	ингибиторы протеаз, ингибиторы тирозинкиназ
		циклоспорин, итраконазол, кетоконазол, эритромицин	С осторожностью при нарушении функции почек:
Снизьте употребление:			
грейпфрутовый сок, зверобой			

Рис. 2. Потенциальные межлекарственные взаимодействия пероральных антикоагулянтов прямого действия (адаптировано из Van Gelder IC, et al. 2024)

Fig. 2. Potential drug-drug interactions of direct oral anticoagulants (adapted from Van Gelder IC, et al. 2024)

Также повышенный риск кровотечений может иметь место при сочетании любого представителя класса ПОАК с ингибиторами Р-гликопротеина, такими как амиодарон, азитромицин, карведилол, циклоспорин, дронедазон, итраконазол, кетоконазол, макролиды, хинин, ранолозин, тамоксифен, тикагрелор, верапамил [23].

Одновременный приём рифампицина (по 600 мг/сут) сопровождается снижением экспозиции дабигатрана на 66% [24].

**Тактика антикоагулянтной терапии перед хирургическим вмешательством /
Anticoagulant therapy before surgery**

Важный вопрос, который зачастую должны решать врачи стационаров, — это правила отмены антикоагулянтной терапии перед тем или иным хирургическим вмешательством.

Все плановые хирургические вмешательства по риску кровотечений условно можно подразделить на три группы (табл. 4).

Таблица 4

Риск кровотечений при плановых хирургических вмешательствах

Table 4

Risk of bleeding during elective surgery

Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск
<ul style="list-style-type: none"> — Малые стоматологические вмешательства: • удаление 1–3 зубов • операции на пародонте • вскрытие абсцесса • установка имплантата — Эндоскопические процедуры без биопсии или резекции — Малые дерматологические вмешательства — Малые офтальмологические вмешательства: операции по поводу катаракты или глаукомы — Вскрытие абсцессов мягких тканей 	<ul style="list-style-type: none"> — Радиочастотная абляция — Имплантация электростимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов — Эндоскопия с выполнением биопсии — Биопсия предстательной железы или мочевого пузыря 	<ul style="list-style-type: none"> — Сердечно-сосудистые и торакальные вмешательства — Абдоминальная хирургия и хирургия полости таза — Нейрохирургические вмешательства — Биопсия печени/почки — Трансуретральная резекция предстательной железы — Большие хирургические вмешательства с обширным повреждением тканей — Большие ортопедические операции — Ударно-волновая литотрипсия

Терапия варфарином и ПОАК не должна прерываться при операциях с низким риском кровотечений [25]. В то же время умеренный и высокий риск требуют отмены антикоагулянтной терапии. Но нельзя забывать о расчёте периоперационного риска тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП. Для этой категории пациентов отмена антикоагулянтной терапии может привести к серьёзным тромбоэмболическим осложнениям.

Высокий периоперационный риск у пациентов с ФП характерен для пациентов, имеющих количество баллов по шкале CHA2DS2 — VASc >4 при наличии искусственных клапанов, эпизодов тромбоэмболии в пределах последних 3-х месяцев. Для этих пациентов рекомендуется следующая схема:

- за 5 дней до операции — отмена варфарина;
- на 3-й и 2-й день до операции — мост — терапия низкомолекулярными (НМГ) или нефракционированными (НФГ) гепаринами;

- в день накануне операции — контроль МНО;
- после операции — возобновление терапии варфарином [25].

При умеренном риске тромбозов (пациенты с ФП и количеством баллов по шкале CHA2DS2-VASc — 3–4 балла) рекомендуется следующая схема:

- за 5 дней до операции — отмена варфарина;
- мост — терапия гепаринами не требуется;
- за 1 день до операции обязателен мониторинг МНО;
- после операции — возобновление терапии [25].

В отличие от варфарина, применение ПОАК более предсказуемо, имеет чётко очерченные границы, поэтому в большинстве случаев переход на гепарины перед операцией не требуется.

Стандартно при нормальном клиренсе креатинина и умеренном геморрагическом риске опера-

тивного вмешательства рекомендуется прекратить терапию дабигатраном, ривароксабаном, апиксабаном за 24 часа до операции, при высоком геморрагическом риске — прекратить не менее чем за 48 часов. Мост-терапия гепаринами не требуется. Если у пациента имеется снижение клиренса креатинина, то сроки отмены увеличиваются на 24 и 48 часов соответственно [24]. Возобновлять приём ПОАК имеет смысл через 1–2 дня после операции, учитывая факт, что пик активности лекарственного вещества приходится уже на 2-й час после приёма.

Заключение / Conclusion

Таким образом, пожилые пациенты с ФП — это популяция одновременно высокого риска инсульта и эмболических осложнений и высокого риска осложнений антикоагулянтной терапии — кровотечений. Ведение этих пациентов должно осуществляться по шкалам расчёта риска тромбоэмболических осложнений (CHA₂DS₂-VASc), риска кровотечений (шкала HAS-BLED), а также с учётом выявленных факторов риска кровотечений и возможностью их коррекции. Соблюдение этих условий позволит сде-

лать терапию антикоагулянтами безопасной и эффективной.

Пожилым пациентам с ФП с количеством баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 для профилактики инсульта и системных эмболий должна быть обязательно рекомендована антикоагулянтная терапия.

Проведение обязательной оценки риска кровотечений по шкале HAS-BLED. Превышение уровня >3 баллов не является сигналом к отмене терапии. Риск инсульта у пожилых пациентов с ФП значительно превосходит потенциальные риски кровотечений, которых опасаются врачи и пациенты. Баллы по шкале HAS-BLED должны стать не просто констатацией риска кровотечений, а важным шагом к оценке и выявлению модифицируемых и потенциально модифицируемых факторов риска кровотечений с возможностью их устранения.

Любая вынужденная отмена антикоагулянтной терапии перед плановым оперативным вмешательством должна начинаться с оценки объёма данного вмешательства с позиций соответствующего ему риска кровотечений. При этом должен учитываться периоперационный риск тромбоэмболических осложнений, который и будет определяющим в тактике отмены антикоагулянтной терапии.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов

Все авторы внесли существенный вклад в подготовку работы, прочли и одобрили финальную версию статьи перед публикацией.

Финансирование

Работа выполнялась без спонсорской поддержки.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Морозова Татьяна Евгеньевна — д. м. н., профессор, зав. кафедрой общей врачебной практики Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

e-mail: morozova_t_e@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3748-8180>

РИНЦ SPIN-код: 7917-1951

ADDITIONAL INFORMATION

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interest.

Authors' participation

All authors made significant contributions to the preparation of the work and read and approved the final version of the article before publication.

Funding

The work was carried out without any sponsorship.

ABOUT THE AUTHORS

Tatiana E. Morozova — Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of General Medical Practice at the Institute of Professional Education Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

e-mail: morozova_t_e@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3748-8180>

RSCI SPIN-code: 7917-1951

Аракелянц Амалия Ашотовна — к. м. н., доцент кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку

e-mail: arakelyants_a_a@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1243-2471>

РИНЦ SPIN-код: 4990-6008

Ших Надежда Валерьевна — к. м. н., доцент кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

e-mail: shikh_n_v@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0087-1848>

РИНЦ SPIN-код: 4950-7164

Герцог Анна Алексеевна — к. м. н., ассистент кафедры общей врачебной практики Института профессионального образования ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

e-mail: gertsog_a_a@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3324-5472>

РИНЦ SPIN-код: 7538-3299

Amalia A. Arakelyants — PhD, Cand. Sci. (Med), Associate Professor of the Department of General Medical Practice at the Institute of Professional Education, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

Corresponding author

e-mail: arakelyants_a_a@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1243-2471>

RSCI SPIN-code: 4990-6008

Nadezhda V. Shikh — PhD, Cand. Sci. (Med), Associate Professor of the Department of General Medical Practice at the Institute of Professional Education, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

e-mail: shikh_n_v@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0087-1848>

RSCI SPIN-code: 4950-7164

Anna A. Gertsog — PhD, Cand. Sci. (Med), Assistant Professor of General Medical Practice at the Institute of Professional Education, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russian Federation

e-mail: gertsog_a_a@staff.sechenov.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3324-5472>

RSCI SPIN-code: 7538-3299

Список литературы / References

1. Schnabel RB, Yin X, Gona P, et al. 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet*. 2015 Jul 11;386(9989):154-62. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61774-8.
2. Дружилов М. А., Кузнецова Т. Ю. Фибрилляция предсердий у лиц старческого возраста и долгожителей: ретроспективный анализ клинического портрета пациентов с применением технологий искусственного интеллекта. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2023;22(7):3606. [Druzhilov MA, Kuznetsova TYu. Atrial fibrillation in the elderly and long-livers: a retrospective analysis of the clinical profile of patients using artificial intelligence. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2023;22(7):3606. (In Russ.)]. doi: 10.15829/1728-8800-2023-3606. EDN DCYTQX.
3. Ардашев А.В., Беленков Ю.Н., Матюкевич М.Ч., Снежицкий В.А. Фибрилляция предсердий и смертность: прогностические факторы и терапевтические стратегии. *Кардиология*. 2021;61(2):91-98. [Ardashev AV, Belenkov YuN, Matushekevich MCh, Snezhitskiy VA. Atrial Fibrillation and Mortality: Prognostic Factors and Direction of Prevention. *Kardiologiya*. 2021;61(2):91-98. (In Russ.)]. doi: org/10.18087/cardio.2021.2.n1348.
4. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, et al; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J*. 2024 Sep 29;45(36):3314-3414. doi: 10.1093/eurheartj/ehae176.
5. Joglar JA, Chung MK, Armbruster AL, et al; Peer Review Committee Members. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024 Jan 2;149(1):e1-e156. doi: 10.1161/CIR.0000000000001193.
6. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста / Д. А. Сычев, О. Н. Ткачева, Ю. В. Котовская, И. П. Малая. – М.: Издательство ООО «КОНГРЕССХИМ» – 2024. – 124 с. [Pharmacotherapy in the Elderly and Senile / DA Sychev, ON Tkacheva, YuV Kotovskaya, IP Malaya. Moscow: Publishing House "KONGRESSKHIM" LLC, 2024. (In Russ.)]. ISBN 978-5-6052709-2-8
7. Анти тромботическая терапия в шкалах и алгоритмах Третьи совместные клинические рекомендации Национального научного общества воспаления и Российского научного медицинского общества терапевтов, утверждены в качестве клинических национальных рекомендаций на XV Национальном конгрессе терапевтов 2020 г., для врачей общей практики, кардиологов, неврологов и специалистов других профилей, клинические рекомендации для врачей / [Ломакин Н.В. и др.]. — Москва : ООО "Рекламное агентство "Ре Медиа", 2020. — 187. [Antithrombotic therapy in scales and algorithms. Third joint clinical guidelines of the National Scientific Society of Inflammation and the Russian Scientific Medical Society of Therapists, approved as clinical national guidelines at the XV National Congress of Therapists in 2020, for general practitioners, cardiologists, neurologists, and specialists of other profiles, clinical guidelines for doctors. Lomakin N.V. et al. Moscow: Re Media Advertising Agency LLC, 2020. (In Russ.)]. ISBN 978-5-6042468-9-4.
8. Моисеев С.В. Какие шкалы должен использовать кардиолог у пациентов с фибрилляцией предсердий? Что нового? *Клиническая фармакология и терапия*. 2020;29(4):5-16 [Moiseev SV. Which scores should use cardiologist to predict outcomes in patients with nonvalvular atrial fibrillation? *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya*. *Clin Pharmacol Ther*. 2020; 29(4):5-16 (In Russ.)]. doi: 10.32756/0869-5490-2020-4-5-16.
9. Дружилов М.А., Дружилова О.Ю., Кузнецова Т.Ю., Гаврилов Д.В. Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий и высоким риске тромбоэмболических осложнений в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году. *Российский кардиологический*

- журнал. 2025;30(6):6273. [Druzhirov MA, Druzhirova OYu, Kuznetsova TYu, Gavrillov DV. Anticoagulant therapy for atrial fibrillation and high risk of thromboembolic events in certain Russian regions in 2023. *Russian Journal of Cardiology*. 2025;30(6):6273. (In Russ.). doi: 10.15829/1560-4071-2025-6273. EDN: WCJDKF.
10. Шляхто Е.В., Виллевалде С.В., Ежов А.В., и др. Клинический портрет пациента с фибрилляцией предсердий в Российской Федерации в зависимости от антитромботической терапии. Результаты II фазы глобального регистра GLORIA-AF. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(11):4179. [Shlyakhto EV, Villevalde SV, Ezhov AV, et al. Clinical performance of the atrial fibrillation in the Russian population depending on the antithrombotic therapy: findings from the GLORIA-AF registry phase 2. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(11):4179. (In Russ.). doi: 10.15829/1560-4071-2020-4179.
 11. Ревিশвили А.Ш., Сулимов В.А. Фибрилляция и трепетание предсердий. *КАРДИОЛОГИЯ: новости, мнения, обучение*. 2022;Том 10 №4(31):62-79. [Revishvili ASH, Sulimov VA. Atrial fibrillation and flutter. *KARDIOLOGIYA: novosti, mneniya, obucheniye*. 2020; 10, 4 (31), 2022 (In Russ.)].
 12. Бернс С.А., Барбараш О.Л. Как нивелировать риск кровотечений на фоне приема антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий? *Consilium Medicum*. 2022;24(1):36-41. [Berns SA, Barbarash OL. How to level the risk of bleeding while taking anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Consilium Medicum*. 2022;24(1):36-41. (In Russ.). doi: 10.26442/20751753.2022.1.20147.
 13. Gao X, Cai X, Yang Y, et al. Diagnostic Accuracy of the HAS-BLED Bleeding Score in VKA- or DOAC-Treated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Cardiovasc Med*. 2021 Nov 22;8:757087. doi: 10.3389/fcvm.2021.757087.
 14. Chao TF, Liu CJ, Lin YJ, et al. Oral Anticoagulation in Very Elderly Patients With Atrial Fibrillation: A Nationwide Cohort Study. *Circulation*. 2018 Jul 3;138(1):37-47. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031658.
 15. Сычев Д.А., Черняева М.С., Рожкова М.А., Воробьева А.Е. Потенциально не рекомендованные лекарственные средства для применения у пациентов пожилого возраста: критерии Бирса (рекомендации Американского гериатрического общества 2023 г.). *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2024;12(3):253-267. [Sychev DA, Cherniaeva MS, Rozhkova MA, Vorobyova AE. Potentially Inappropriate Medications for Use in Older Adults: Beers Criteria (2023 American Geriatrics Society Guidelines). *Safety and Risk of Pharmacotherapy*. 2024;12(3):253-267. (In Russ.). doi: 10.30895/2312-7821-2024-420.
 16. Grymonprez M, Steurbaut S, De Backer TL, et al. Effectiveness and Safety of Oral Anticoagulants in Older Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Pharmacol*. 2020 Sep 9; 11:583311. doi: 10.3389/fphar.2020.583311.
 17. Lip GYH, Keshishian AV, Kang AL, et al. Oral anticoagulants for nonvalvular atrial fibrillation in frail elderly patients: insights from the ARISTOTRAPHANES study. *J Intern Med*. 2021 Jan;289(1):42-52. doi: 10.1111/joim.13140.
 18. Кропачева Е.С., Панченко Е.П. Место дабигатрана в лечении больных фибрилляцией предсердий в свете современных рекомендаций. *Атеротромбоз*. 2023;13(1):36-45. [Kropacheva ES, Panchenko EP. The place of dabigatran in the treatment of patients with atrial fibrillation in the light of modern recommendations. *Atherothrombosis*. 2023;13(1):36-45. (In Russ.). doi: 10.21518/at2023-00.
 19. Воробьева Н.М., Ткачёва О.Н. Пожилой пациент с фибрилляцией предсердий: как повысить безопасность антикоагулянтной терапии? *Доктор.Ру*. 2019;10(165):16-22. [Vorobyeva NM, Tkacheva ON. An Elderly Patient with Atrial Fibrillation: Ways to Enhance Safety of Anticoagulant Therapy. *Doctor.Ru*. 2019;10(165):16-22. (In Russ.). doi: 10.31550/1727-2378-2019-165-10-16-22.
 20. Шляхто Е. В., Баранова Е. И., Ионин В. А. Анти тромботическая терапия при фибрилляции предсердий и коморбидной патологии — как выбрать оптимальное решение? *Российский кардиологический журнал*. 2021;26(12):4801. [Shlyakhto EV, Baranova EI, Ionin VA. Antithrombotic therapy for atrial fibrillation and comorbidities — how to choose the optimal solution? *Russian Journal of Cardiology*. 2021;26(12):4801. (In Russ.). doi: 10.15829/1560-4071-2021-4801.
 21. Liu P. A comparative study of the clinical benefits of rivaroxaban and dabigatran in patients with nonvalvular atrial fibrillation with high bleeding risk. *Front Cardiovasc Med*. 2024 Sep 17;11:1445970. doi: 10.3389/fcvm.2024.1445970.
 22. Рунихина Н.К., Черняева М.С., Малая И.П., и др. STOPP/START критерии версия 3. Обновленный инструмент для борьбы с полипрагмазией у гериатрических пациентов. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2023;4(16):273-288. [Runikhina NK, Cherniaeva MS, Malaya IP, et al. Enhanced STOPP/START Criteria: A Tool for Managing Polypharmacy in Older Population. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2023;4(16):273-288. (In Russ.). doi: 10.37586/2686-8636-4-2023-273-288.
 23. Гиляревский С.Р. Клинически значимые лекарственные взаимодействия прямых пероральных антикоагулянтов: современное состояние вопроса. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(3):332-341. [Gilyarevsky SR. Clinically Significant Drug Interactions for Direct Oral Anticoagulants: State of the Art. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2022;18(3):332-341. (In Russ.). doi: 10.20996/1819-64462022-05-02.
 24. Wiggins BS, Dixon DL, Neyens RR, et al. Select Drug-Drug Interactions With Direct Oral Anticoagulants: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Mar 24;75(11):1341-1350. doi: 10.1016/j.jacc.2019.12.068.
 25. Джиоева О.Н., Рогожкина Е.А., Драпкина О.М. Периоперационное ведение пациентов, получающих анти тромботическую терапию, в схемах и алгоритмах. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2022;18(6):717-726. [Dzhioeva ON, Rogozhkina EA, Drapkina OM. Perioperative Management of Patients Receiving Antithrombotic Therapy in Schemes and Algorithms. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2022;18(6):717-726. (In Russ.). doi: 10.20996/1819-6446-2022-12-12.