

НОЧЬ, УЛИЦА, ФОНАРЬ, АПТЕКА

Долгая дорога от постановки диагноза до получения нужного препарата

В последние годы каждый работающий в медицине человек сталкивался с огромной лавиной информации. Пришлось освоить массу сведений юридической, финансовой, информационной направленности. Но мало кто обратил внимание в нашем обществе на тот огромный поток данных чисто профессионального плана, который обрушился на людей медицинских специальностей. Ведь помимо нормативных и финансовых документов, с которыми приходится иметь дело медикам в своей деятельности, несказанно вырос и объём профессиональной медицинской информации. Это и новые лекарства - нередко десятки препаратов в рамках одной специальности с принципиально другим механизмом действия; и названия многочисленных разновидностей средств, воспроизводящих уже известные препараты под другими наименованиями; и новейшие сведения о механизмах болезней. Для пациента источником этих ценных, а подчас и жизненно важных знаний традиционно является врач. Однако дорога от постановки верного диагноза до получения нужного препарата порой становится для больного очень тернистой. В сложное время, ознаменовавшееся бурной интенсификацией врачебного процесса, пациент элементарно недополучает необходимых сведений о назначаемом препарате и его особенностях. Кроме этого, современное законодательство требует использования «так называемого» МНН (международного непатентованного названия) лекарственного средства, под которым может скрываться не один десяток воспроизведённых препаратов с разной степенью доказанной эффективности. В этой истории специалист аптеки является последним форпостом на пути к выздоровлению пациента. Он как никто другой, должен хорошо знать ответы на все вопросы, потому что к нему ежеминутно обращаются люди, для которых провизор или фармацевт - последний, кто может исчерпывающе ответить на все вопросы и помочь сделать верный выбор. И ладно, если вопрос только в цене. От этого выбора зависит здоровье, а иногда жизнь.



Нередки вопросы о побочных эффектах медикаментов, противопоказаниях к приему, лекарственных взаимодействиях. Об этом пациент может и не спросить, но работник аптеки должен быть готовым дать нужную квалифицированную информацию. Для этого необходимо владеть огромным объемом знаний. Ведь не существует педиатрических, неврологических, желудочно-кишечных, глазных или дерматологических аптек. Провизор и фармацевт ежедневно сталкиваются с необходимостью владения знаниями по препаратам, предназначенным для лечения самых различных нозологий.



К сожалению, далеко не всегда в цепочке врач

- провизор - больной существуют тесные связи, помогающие обеспечить должное качество и безопасность терапии. Именно поэтому экспертами Анти тромботического Форума было принято решение инициировать новый образовательный проект не только с участием практикующих врачей, но и со специалистами аптек. Мы полагаем, что такое взаимодействие работников аптечной сети и ведущих экспертов в области анти тромботической терапии поможет последним не захлебнуться в информационном потоке, легче ориентироваться в современных проблемах фармакотерапии основных сосудистых заболеваний. И главное - помогать пациенту делать правильный выбор.



На сегодняшний день очевидно, что анти тромботические препараты имеют наиважнейшее значение в лечении больных не только в условиях стационара, когда больной находится в острой стадии заболевания, но и в последующем - при длительном амбулаторном лечении. Анти тромботическая терапия играет значимую роль в лечении острого коронарного синдрома (инфаркт миокарда), ишемического инсульта и его профилактики, при фибрилляции предсердий, артериальном и венозном тромбозе конечностей, после операции аорто-коронарного шунтирования или стентирования коронарных артерий больных стабильной стенокардией. От правильного применения анти тромботических препаратов зависят исходы лечения наших больных. Именно строгое выполнение лечебных предписаний, заинтересованное участие больного в проводимом лечении является важным фактором успеха терапии. Аптека выступает одним из конечных звеньев в сложной цепочке врач - провизор - больной.

Аптека выступает одним из конечных звеньев в сложной цепочке врач - провизор - больной

В последние годы в медицине и аптечном деле остро встала информационная проблема, возникшая из-за появления на рынке большого количества генерических форм препаратов. Это чрезвычайно важно при проведении анти тромботической терапии, где медикаменты имеют особенности действия, не всегда позволяющие спокойно заменять одно средство другим, не уделяя должного внимания таким переходам. Бывает и так, что замена одного препарата на другой на этапе покупки просто недопустима. Но и пропусков в проводимой терапии не должно быть. Ведь имеется много наблюдений, когда пропуск в приеме анти тромботического препарата приводил к серьезному осложнению лечения (например, вскоре после эндоваскулярного вмешательства).



В ряде случаев пропуски в терапии несут угрозу смерти больного. Особенностью анти тромботи-

ческого лечения является и то, что, в отличие от антиагрегантов или антиаритмических средств, лечение антиагрегантами и антикоагулянтами не сказывается на секундном самочувствии больного. Однако их неверное использование может привести к внезапной катастрофе.

Совсем недавно Министерством здравоохранения РФ был выпущен приказ №647н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики», который предъявляет новые требования к квалификации фармацевтических работников, повышает требования к знаниям о лекарственных препаратах, в том числе воспроизведенных или взаимозаменяемых, умению предоставить сравнительную информацию по лекарственным средствам и ценам.

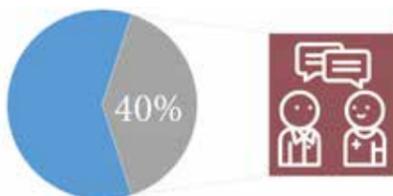
Эксперты Анти тромботического Форума в 2017 году уже проводили встречи со специалистами аптек - провизорами и фармацевтами. Такие мероприятия состоялись в Калининграде, Перми, Екатеринбурге, Воронеже. В Перми собравшиеся провизоры и фармацевты оценили встречу как «приобретение огромного и незабываемого опыта» и «место получения содержательной и полезной информации». А фармацевты одной из аптек написали: «Мы получили уникальную возможность ощутить свою причастность к борьбе за жизнь больного».

«Мы получили уникальную возможность ощутить свою причастность к борьбе за жизнь больного»

Фармацевты, слушатели Форума

Участники встречи в Калининграде отметили, что им нередко приходится сталкиваться с некомпетентными назначениями, разобраться с которыми помогают подобные встречи. Эти мероприятия подтвердили мнение, что врачи и провизоры, нисколько не подменяя друг друга, могут улучшать конечный итог своей деятельности - качество жизни обращающихся к ним пациентов. Совершенно очевидно, что подготовленность провизора, представляющего покупателю лекарственные препараты, может быть легко оценена пациентом.

Недавно нами был проведен опрос населения, проходившего ежегодный профилактический осмотр в нескольких поликлинических учреждениях Москвы. Это были люди с различным образовательным уровнем, различного возраста (от 23 до 82 лет), в основном работающие. Из числа 534 ответивших 37% признали наличие различных проблем со здоровьем, а 10% участников опроса сказали, что им приходится часто бывать на приеме у врача или они недавно побывали в стационаре. Среди вопросов, которые задавались, был и такой: «Как часто при покупке препаратов Вы полагаетесь на мнение сотрудника аптеки?» При этом были предложены 6 вариантов ответа - в 100%, в 80%, в 60%, в 40%, менее чем в 20%, никогда.



Любопытно, что 40% опрошенных в более чем половине случаев полностью полагаются на мнение работника аптеки при выборе препарата. Эти данные свидетельствуют о большой роли провизора и фармацевта в процессе оказания надлежащей медицинской помощи. От улучшения ситуации в этой области выиграет здоровье жителей нашей страны. Давайте работать вместе!

АНОНС МЕРОПРИЯТИЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОГО ФОРУМА НА 2018 ГОД



Воронеж
28 апреля



Екатеринбург
19 мая



Брянск
9 июня



Ульяновск
16 июня



Тула
23 июня



Новосибирск
15 сентября



Астрахань
22 сентября



Ижевск
29 сентября



Санкт-Петербург
6 октября



Томск
20 октября



Самара
27 октября



Владивосток
31 октября



Хабаровск
2 ноября



Иркутск
3 ноября



Нижний Новгород
10 ноября



Красноярск
17 ноября



Челябинск
24 ноября



Москва
8 декабря



Волгоград
15 декабря



Ростов-на-Дону
22 декабря

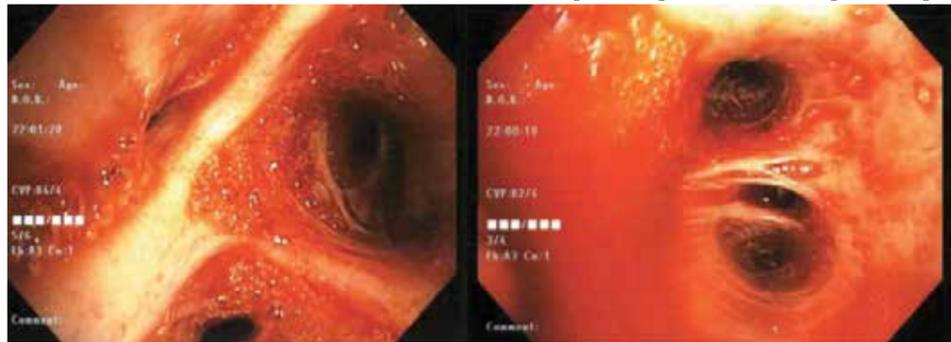
РЕДКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

Легочное альвеолярное кровотечение является редким осложнением двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ). Рассмотрен случай данного осложнения у 48-летнего мужчины, длительно страдавшего ИБС и неоднократно перенесшего процедуру имплантации коронарных стентов. До госпитализации больной длительно

находился на терапии аспирином (325 мг/день) и прасугрелом (10 мг/день). При поступлении в больницу были жалобы на одышку и кровохарканье. В связи с мышечно-скелетными болями больной ежедневно дополнительно принимал 325 мг аспирина. Другими НПВС он не пользовался. При осмотре наблюдалась картина остро-

го респираторного дистресса, дискомфорт. Отмечался кашель с мокротой и сгустками крови, потливость. При аускультации выслушивалось тахипное, двухсторонние хрипы. Сатурация составила 89%. Общий анализ крови и биохимические показатели не имели отклонений от нормы. Рентгеновское исследование легких не выявило патологических отклонений. При экстренной бронхоскопии было обнаружено большое количество крови, поступающей из альвеол. Принято решение об отмене аспирина и прасугрела, выполнен бронхиальный лаваж. После промывания бронхов физиологическим раствором поступление крови продолжалось. Было диагностировано диффузное альвеолярное кровотечение. Провели трансфузию тромбоцитарной массы. На протяжении 24 часов состояние больного постепенно стабилизировалось, кровохарканье прошло. В ходе дальнейшего обследования были исключены инфекция, васку-

лит, гиперкоагуляционные нарушения как возможные причины альвеолярного кровотечения. После стабилизации состояния больного выписали. Ему были назначены малые дозы (75-100 мг/день) аспирина. При амбулаторном осмотре через 6 месяцев жалоб не предъявлял, кровотечения не повторялись. Геморрагические осложнения не являются редкостью при применении ДАТТ. Большие кровотечения отмечаются примерно у 2% больных. Назначение вместе с прасугрелом большой дозы аспирина (325 мг/с) и эпизоды дополнительного его приема для обезболивания явились причиной кровотечения. Данное наблюдение иллюстрирует необходимость соблюдения осторожности при назначении новых антитромбоцитарных средств и аспирина, комбинирования с другими средствами, способными оказать влияние на процессы тромбообразования. Автор выступает за продолжительность ДАТТ не более года.

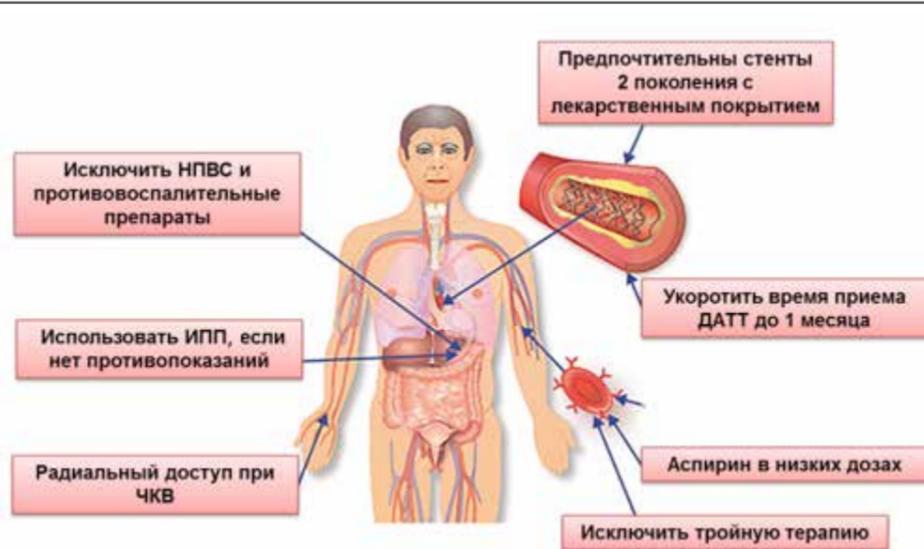


По материалам: Grondahl V. Pulmonary alveolar hemorrhage while on dual antiplatelet therapy. Clin Med Rev Case Rep., 2016; 3: 118-119
Подготовил А.Б. Сумароков

Тактика антитромбоцитарной терапии у больного с острым коронарным синдромом и тромбоцитопенией: клиническая головоломка

Терапия антитромбоцитарными препаратами, которая относится к фундаментальным принципам современного лечения острого коронарного синдрома, имеет свои особенности у больных с тромбоцитопенией (ТП). Данная проблема практически не нашла отражения в результатах контролируемых клинических исследований, в большинстве из которых тромбоцитопения рассматривалась как противопоказание к включению больных в группы. Исходно ТП (<150 тыс/мкл) обнаруживается примерно у 5% больных ОКС. Известно, что ТП у больного ОКС повышает риск как ишемических событий, так и кровотечений. Классификация ТП включает мягкую (снижение <150 тыс/мкл), умеренную (50 – 100 тыс/мкл) и тяжелую (менее 50 тыс/мкл) степень выраженности ТП. В случае поступления больного с ОКС и тяжелой ТП или кровотечением следует прекратить прием любых антиагрегантов, воздержаться от проведения коронарного эндоваскулярного вмешательства. При количестве тромбоцитов ≥ 50 тыс/мкл и отсутствии кровотечений проведение ангиопластики возможно, но двойную антитромбоцитарную терапию сокращают до 1 месяца с дальнейшим переводом на монотера-

пию клопидогрелом при параллельном применении ингибиторов протонной помпы (ИПП). Если показаний к проведению эндоваскулярного вмешательства нет, рекомендована монотерапия клопидогрелом и прием ИПП. В случае проведения эндоваскулярного лечения больным ОКС и ТП мягкой и умеренной степени тяжести предпочтение следует отдавать стентам с лекарственным покрытием второго поколения, а не голометаллическим. В сопутствующей терапии нежелательны нефракционированный гепарин и ингибиторы ГП IIb/IIIa. У больных стабильной ИБС с тяжелой ТП рекомендуется избегать эндоваскулярного лечения, а при умеренной ТП показана монотерапия клопидогрелом и ИПП. Если, несмотря на применение антиангинальных средств в максимально переносимых дозах боли сохраняются, можно рассмотреть имплантацию стента второго поколения с применением двойной антитромбоцитарной терапии 1 месяц с переходом на монотерапию клопидогрелом. При стабильной ИБС и ТП необходимо исключить применение сопутствующей терапии: нефракционированный гепарин, ингибиторы ГП IIb/IIIa, фуросемид, НПВС, антибиотики пенициллинового ряда. При умеренной ТП (≤ 100



тыс/мкл) у больных, которым не будет проводиться ангиопластика, возможна монотерапия клопидогрелом. Всем больным с ТП при использовании двойной антитромбоцитарной терапии

следует избегать назначения прасугрела и тикагрелора. Во время проведения эндоваскулярного лечения рекомендуется использовать радиальный доступ.

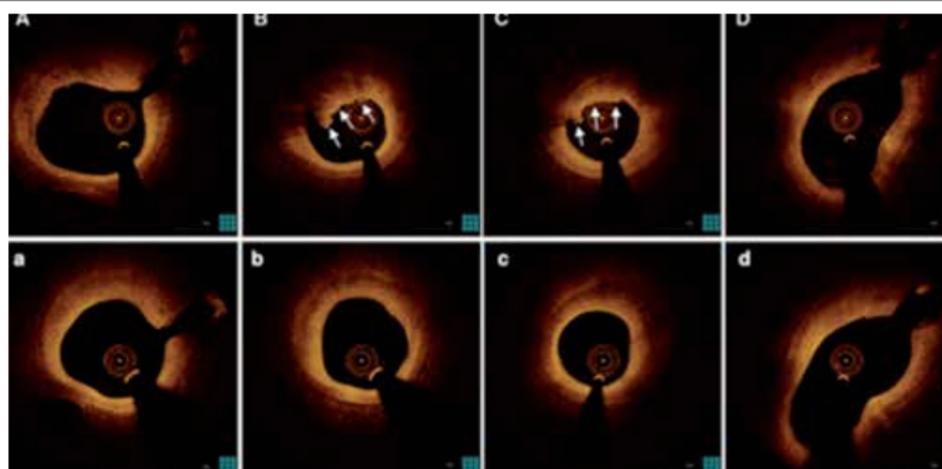
Источник: Mc Carthy C., Steg P., Bhatt D. The management of antiplatelet therapy in acute coronary syndrome patients with thrombocytopenia: a clinical conundrum. Eur heart J. 2017;38:3488-3492
Подготовил: А.Б. Сумароков

БЛЯШКУ МОЖНО РАЗГЛЯДЕТЬ

Эффективная антитромботическая терапия без стентирования: контроль эрозивной бляшки, основанный на данных внутрисосудистой оптической когерентной томографии (исследование EROSION).

Исследование EROSION выполнялось в Харбинском университете в течение 2 лет (2014-2016) и включило 405 больных острым коронарным синдромом (ОКС). Исследовали возможности антитромботической терапии в зависимости от характеристики атеросклеротической бляшки. ОКС, включая инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST, может быть вызван надрывом бляшки, ее эрозией либо кальцинатом. Надрыв бляшки является наиболее частой (примерно в 60%) причиной инфаркта, а эрозия встречается у 22-44% больных ОКС. Морфологически эрозии возникают над богатыми гладкомышечными клетками и протеогликанами бляшками в результате оголения покрывающего ее эндотелия. Визуализация с помощью оптической когерентной томографии (ОКТ) позволяет с высоким разрешением различать эрозию и надрыв бляшки, а также образующийся при этом тромб. Авторы предположили, что больные ОКС, у которых с помощью ОКТ выявлена эрозия, могут быть стабилизированы с помощью эффективной антитромботической терапии без имплантации стента. Больным ОКС (большинство из них имели ИМ с подъемом ST) проводили ангиографию, ОКТ, тромбэкстракцию. Эрозивные бляшки при исходной визуализации были выявлены у 25,4% больных. В случае обнаружения при ОКТ эрозии и остаточного стеноза менее 70% с кровотоком 3 степени по TIMI после тромбэкстракции, имплантацию стента не производили, ограничиваясь антитромбоцитарной терапией (аспирин+тикагрелор). В эту группу вошли 60 человек. У всех больных

с эрозивной бляшкой обнаружены тромбы (в 73,3% случаев – белые, в 26,7% – красные). Через месяц при второй визуализации бляшки с помощью ОКТ у 47 человек было установлено значительное, более чем на 50%, уменьшение объема тромба: с $3,7 \text{ мм}^3$ до $0,2 \text{ мм}^3$ (-94,2%), а у остальных он вообще не визуализировался. В ходе исследования неблагоприятные события наблюдались у 2 больных: один из них умер от желудочно-кишечного кровотечения, а второму потребовалось срочное чрескожное коронарное вмешательство. У остальных больных, получивших медикаментозное антитромботическое лечение без имплантации стента, не было отмечено больших коронарных осложнений (повторных ишемических событий, сосудистой смерти, необходимости реваскуляризации, инсульта, кровотечений). Исходно больные с достигнутым критерием эффекта и не достигшие его, не отличались по своим клиническим показателям. Для больных ОКС, возникшей в результате



тромбоза на фоне эрозивной бляшки, активное консервативное лечение антитромбоцитарными

препаратами без проведения стентирования может быть вариантом выбора.



www.dyslipid.org
ЛИПИДОЛОГИЯ от А до Я

АНОНС МЕРОПРИЯТИЙ ШКОЛ «ЛИПИДОЛОГИЯ ОТ А ДО Я» НА 2018 ГОД



Источник: Jia H., Dai J., Hou D., et al. Effective anti-thrombotic therapy without stenting: intravascular optical coherence tomography – based management in plaque erosion (the EROSION study). Eur Heart J. 2017;38(11):792-800 Подготовил А.Б. Сумароков

НОВОСТИ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ

ВЫДЕРЖКИ ИЗ РЕКОМЕНДАЦИЙ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ СОВМЕСТНО С ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ ТОРАКАЛЬНЫХ ХИРУРГОВ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДВОЙНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ

На конгрессе Европейского общества кардиологов (ESC) в Барселоне были доложены новые рекомендации по проведению двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ) у больных ИБС

Выбор ингибитора P2Y12 рецепторов при ОКС

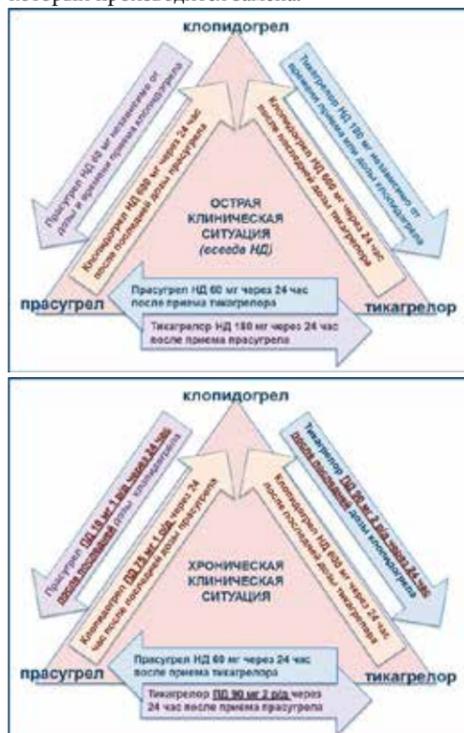
Больным ОКС в сочетании с ацетилсалициловой кислотой (АСК) рекомендован тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг, поддерживающая 90 мг/2 раза в сутки), в том числе ранее принимавшим клопидогрел, который при этом отменяется. Другим вариантом может служить прасутрел (нагрузочная доза 60 мг, поддерживающая 10 мг/сут), для ранее не принимавших ингибиторы P2Y12 рецепторов (I A). Исключением служат противопоказания и высокий риск кровотечений.

При выполнении ЧКВ больному ОКС в отсутствие рисков геморрагии назначается ДАТТ тикагрелор или прасутрел с АСК на срок 12 месяцев (I A) с повторной оценкой ее необходимости через год (IIb A). При высоком риске кровотечения оптимальная продолжительность ДАТТ сокращается до 6 месяцев, прасутрел не назначают (IIa B). При консервативном лечении ОКС назначается комбинация АСК и тикагрелор или АСК и клопидогрел на 12 месяцев (I A) с последующей ревизией ее сроков через год (IIb B).

Больному стабильной ИБС при выполнении ЧКВ в отсутствие высокого риска кровотечения назначается терапия АСК и клопидогрел (I A), с пересмотром тактики через 12 месяцев (IIb B). Тикагрелор больным стабильной ИБС обычно не показан. Однако при высоком ишемическом риске (высокий балл SYNTAX, тромбоз стента в анамнезе, локализация и число имплантированных стентов) и низком риске кровотечения (по шкале PRECISE-DAPT), применение тикагрелора или прасутрела возможно (IIb, C). В случае высокого геморрагического риска при стабильной ИБС предпочтение отдается АСК и клопидогрелу на срок 1 – 3 месяца (IIb C – IIa B). При консервативном лечении больным стабильной ИБС показана монотерапия АСК, назначение ДАТТ не показано.

Переход с одного ингибитора P2Y12 рецепторов на другой в ходе терапии ДАТТ

Между антиагрегантами, относящимися к ингибиторам P2Y12 рецепторов, существуют различия по их присоединению к месту действия, периоду полувыведения, скорости достижения максимального эффекта и его продолжительности. Все эти особенности учитываются при замене препаратов друг на друга в ходе ДАТТ. Необходимость в смене антиагрегантов обычно возникает из-за проблем, связанных с побочными эффектами или непереносимостью лекарства. В рекомендациях представлен алгоритм перехода с одного препарата на другой. Представлены различия при переключении в остром периоде (первый месяц) и в последующие сроки (хронический период). Отличия касаются применения нагрузочных доз препарата, на который производится замена.



Шкалы для выбора оптимальной продолжительности ДАТТ

В рекомендациях представлена новая шкала оценки риска геморрагии и укорочения применения ДАТТ PRECISE-DAPT. Предшествующая ей шкала DAPT предназначалась для решения вопроса целесообразности продолжения ДАТТ дольше года.

Принятие решения по данным шкалам основано на известном принципе балансирования между риском исхода, обусловленного ишемией (тромбоз стента, инфаркт, ишемический инсульт) и риском кровотечения на фоне ДАТТ.

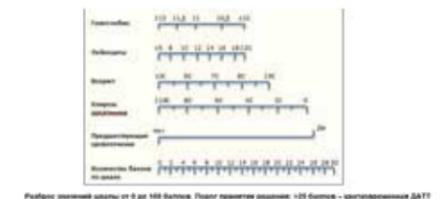


Рисунок 2. Шкала PRECISE-DAPT риска для принятия решения о длительности двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ)

Для оценки по шкале PRECISE-DAPT используется номограмма, в которой необходимо отметить значения каждого из пяти клинических показателей и провести вертикальную линию до оси «Количество баллов по шкале», чтобы определить количество баллов, соответствующее каждому клиническому показателю. Затем баллы, соответствующие каждому клиническому показателю, суммируются. Риск кровотечения может быть признан высоким, если сумма баллов превышает значение 25 пунктов.

Проведение общехирургических вмешательств у больных, получающих ДАТТ

Существующая практика показывает, что от 5 до 25% больных, прошедших имплантацию коронарного стента, сталкиваются в ближайшие пять лет с необходимостью проведения различных хирургических вмешательств. При направлении больного на оперативное вмешательство врачу следует оценить: 1) риск тромбоза стента в случае перерыва в проведении ДАТТ; 2) последствия возможной задержки хирургического вмешательства; 3) повышение риска интраоперационного кровотечения и угрозу его последствий в случае сохранения ДАТТ. Риски хирургических вмешательств делятся на три категории по уровню 30-дневной сердечной смертности или частоты инфаркта: менее 1% (низкий риск), 1-5% (промежуточный риск), выше 5% (группа высокого риска). При хирургических вмешательствах с низким риском кровоточивости следует стремиться к продолжению ДАТТ. При промежуточном риске следует сохранять терапию аспирином, прерывая, где можно, терапию клопидогрелом. У пациентов с высоким риском кровопотери, нуждающихся во вмешательстве на внутренних органах, реконструкции сосудов, нейрохирургических операциях, операциях на бронхиальном дереве, рекомендуется отмена ДАТТ с минимальным периодом без лекарств перед операцией. При невозможности переносов сроков операции отмену прасутрела проводят за 7 дней, клопидогрела за 5 дней, тикагрелора за 3 дня до операции. Время возобновления ДАТТ - от 1 суток до 4, в зависимости от рисков. В случае вынужденной операции и прерывания ДАТТ в течение первого месяца после имплантации стента может быть рекомендована стратегия неприменения кангрелора, тирофибана или эпифибатида, особенно если планируется эндоваскулярное вмешательство.



Плановые некардиохирургические операции

следует откладывать до окончания полного курса ДАТТ. В случае настоятельной необходимости хирургического лечения следует сохранять терапию аспирином. Исключение составляют вмешательства на интракраниальных артериях, трансуретральная простатэктомия, внутривитреальные вмешательства и операции с чрезвычайно высоким риском кровотечения.

Кровотечения и тактика ДАТТ

Кровотечение – это осложнение ДАТТ, внезапное развитие которого всегда должен учитывать врач любой специальности. При этом важно помнить, что необоснованное прекращение ДАТТ при малой его выраженности может навредить больному, осложниться тромбозом стента, усилением ишемии различных органов.

При незначительных (тривиальных) кровотечениях медикаментозных вмешательств или повторного осмотра врача обычно не требуется. К таким кровотечениям можно отнести кожные синяки, экхимозы, незначительные носовые кровотечения, небольшие кровоизлияния в склеру. Необходимо провести беседу с больным, убедить его в важности продолжения лечения, так как резкая отмена терапии несет опасность возрастания риска ишемических явлений. Можно ограничиться проверкой выполнения проводимого лечения, в том числе с применением ОАК, рекомендациями общего характера.



При малых кровотечениях, к которым относятся возобновляющееся носовое, небольшое генито-уринарное, значительное конъюнктивальное кровоизлияние, небольшое кровохарканье, которые не требуют госпитализации, следует продолжать ДАТТ, решить вопрос о возможности укорочения курса, замены одного из антиагрегантов на менее активный. В случае тройной терапии рассмотреть возможность перехода на двойную терапию, например, непрямой антикоагулянт и клопидогрел. Уточнить источник возникшего кровотечения – пептическая язва, геморриодальное сплетение, опухоль. При кровотечениях из верхних отделов ЖКТ – добавить ингибиторы протонной помпы (ИПП). Убедить больного продолжать лечение.



При больших кровотечениях умеренной выраженности (отмечается снижение гемоглобина на 3 г/дл и более, больной остается гемодинамически стабильным, трансфузия для крововосполнения не требуется) рекомендуется перейти от ДАТТ на монотерапию и ИПП, рассмотреть возможность укорочения курса, переход на менее активный антиагрегант (замена тикагрелора или прасутрела на клопидогрел).



У больных, получающих непрямые антикоагулянты, рассмотреть возможность краткосроч-

ного перерыва (кроме случаев с механическим протезом клапана), через неделю восстановить терапию с МНО 2,0-2,5 (при отсутствии наглядных показаний, например, механический протез клапана). При тройной терапии перейти на лечение клопидогрелом и антикоагулянтом. Назначить ИПП. Необходимо идентифицировать источник кровотечения. Больному указать на важность соблюдения лекарственного режима.

При тяжелом, жизненно угрожающем кровотечении (массивное генито-уринарное, из верхних отделов ЖКТ), приведшем к снижению гемоглобина более чем на 5 г/дл, показано прекращение ДАТТ и ОАК, прием ИПП при кровотечении из верхних отделов ЖКТ. При возобновлении ДАТТ – рассмотреть укорочение курса, переход на клопидогрел с



отказом от тикагрелора или прасутрела, особенно в случае рецидивов кровотечения. При гипотонии следует возместить объем крови жидкостями, рассмотреть инфузию тромбоцитарной массы, переливание эритроцитарной массы, внутривенные ИПП, срочное хирургическое или эндоскопическое лечение.

Основные положения данных рекомендаций:

1. ДАТТ снижает риск тромбоза стента, от острого до очень позднего. Риск кровотечений на фоне ДАТТ увеличивается пропорционально продолжительности ДАТТ как на протяжении первого года, так и в последующем.
2. Клопидогрел не назначается больным стабильной ИБС, принимающим оральные антикоагулянты. Этим же больным в случае острого инфаркта миокарда применение тикагрелора и прасутрела совместно с ОАК противопоказано.
3. Больным стабильной ИБС с имплантированным коронарным стентом и риском кровоточивости рекомендуемая продолжительность терапии составляет от 1 до 6 месяцев. Если риск ишемических событий превышает риск кровотечений, могут обсуждаться более продолжительные сроки ДАТТ.
4. Необходимость более коротких сроков ДАТТ не связана с выбором типа стента (голометаллический или с лекарственным покрытием). Выбор типа применяемого стента решается индивидуально.
5. У больных ОКС, независимо от характера выбранного лечения (консервативное, эндоваскулярная или хирургическая реваскуляризация), ДАТТ должна продолжаться до 1 года. Сокращение сроков терапии до 6 месяцев возможно только у больных с очень высоким риском кровотечения.
6. Больные, принимающие вместе с ДАТТ оральные антикоагулянты, имеют увеличенный в 2-3 раза риск геморрагических осложнений. Поэтому лечение ОАК должно проводиться строго по показаниям. Совместное применение ОАК вместе с тикагрелором или прасутрелом не рекомендуется.
7. Больные, направленные на проведение операции АКШ после имплантации стента, должны пройти междисциплинарный консиллиум с врачами разных специальностей из-за сложности коагулологических проблем. Операция нежелательна на протяжении первого месяца после имплантации стента.
8. Нет различий в проведении ДАТТ у мужчин и женщин, так же как у больных диабетом и без него. Лицам с рецидивами тромбоза стента рекомендуется пролонгированная ДАТТ. Она показана и больным с клиникой поражения нижних конечностей, имевших сложное вмешательство на коронарных сосудах. Ранее прекращение лечения у таких больных возможно только в случае угрожающих жизни кровотечений.

Источник: Valgimigli C. M. et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary heart disease of European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur Heart Journal. 39(3):213–260

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ТРАНЗИТОРНЫЕ ИШЕМИЧЕСКИЕ АТАКИ, СВЯЗАННЫЕ С МЕХАНИЧЕСКИМ ДАВЛЕНИЕМ НА СОННУЮ АРТЕРИЮ

Больной П., 57 лет обратился к врачу по поводу повторяющихся транзиторных ишемических атак (ТИА). Клиническая картина ТИА была разной. Первый случай больной связал с физической работой: переносил на даче доски, укладывая груз на плечо. Симптомы церебральной ишемии возникли внезапно – больной почувствовал «онемение» правых конечностей и резкую слабость. Сбросив груз, присел. Хотел позвать жену, но обнаружил, что не может подобрать и произнести слова. На короткое время «потемнело» в глазах. Уже через несколько минут «онемение» прошло, речь стала свободной, вернулось зрение. В последнем случае, примерно через год, больной переносил две тяжелые сумки. Внезапно почувствовал резкое головокружение, тошноту, слабость правой ноги, упал. Прибывший через 10-15 минут врач «Скорой помощи» осмотрел больного и, не обнаружив патологии, предложил доставить его домой. Между этими двумя ТИА было еще несколько эпизодов, которые характеризовались внезапными нарушениями зрения или слабостью правых конечностей.

При осмотре: физически крепкий мужчина, рост 182 см, индекс массы тела 22. Более 20 лет служил в армии, регулярно проходил медицинские обследования. Не курит, алкоголь не употребляет. Хорошо переносит физические нагрузки. Лекарств не принимает. Работает. АД 140/80 мм рт. ст., пульс 62 уд. в мин., ритмичный. ЭКГ – ритм синусовый, легкие признаки гипертрофии левого желудочка. В неврологическом статусе очаговой патологии не выявлено. Суточное мониторирование ЭКГ за исключением редких наджелудочковых экстрасистол других изменений не обнаружило. ЭхоКГ: соотношение отделов сердца и магистральных сосудов соответствует возрастной норме. Участков гипокинезии миокарда не выявлено. Клапанный аппарат сердца без патологии. МРТ головного

мозга: умеренно выраженный лейкоареоз, гипотрофия. Признаков острой ишемии, инфарктов мозга не обнаружено.

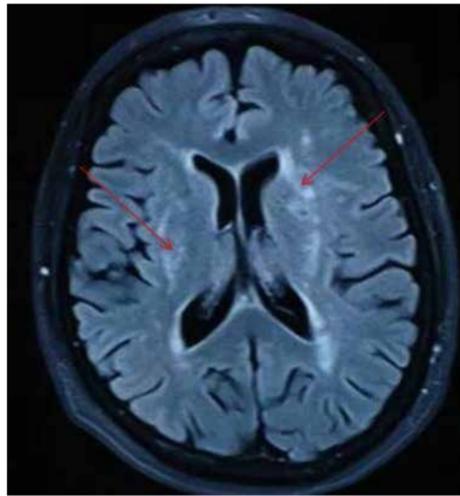


Рисунок 1. МРТ головного мозга: лейкоареоз, признаки гипотрофии тканей мозга, незначительное расширение боковых желудочков. Стрелками указаны наиболее выраженные участки повреждения белого вещества головного мозга.

Ультразвуковое дуплексное сканирование сонных и позвоночных артерий: атеросклеротическая бляшка с неровной крышкой, стенозирующая просвет левой внутренней сонной артерии (ВСА) на 15-20%.

Во время исследования ультразвуковым датчиком области бифуркации общей сонной артерии у больного развилась ТИА: правосторонняя гемианопсия, слабость правой руки, онемение правых конечностей. Все симптомы дисфункции головного мозга полностью регрессировали

в течение 20 минут. Ультразвуковое мониторирование церебральной гемодинамики подтвердило возможность микроэмболии: за 45 минут зарегистрировано 86 микроэмболических сигналов над левой средней мозговой артерией. Стабилизация атеросклеротической бляшки в области бифуркации общей сонной артерии определена как основная цель лечебной стратегии.

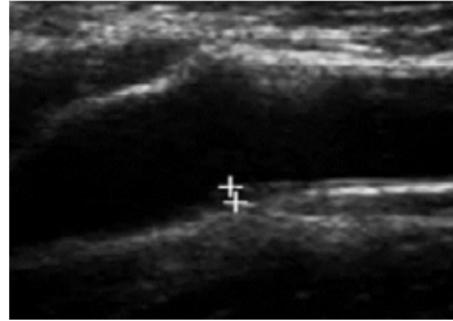


Рисунок 2. Ультразвуковое дуплексное сканирование левой ВСА: атеросклеротическая бляшка гетерогенной структуры

Двойная антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота (АСК) 150 мг + клопидогрел 75 мг) на 3 недели с последующим длительным приемом АСК в дозе 150 мг в сутки, розувастатина 20 мг в сутки и периндоприла 2,5 мг в сутки привели к положительному результату. В течение двух лет наблюдения у больного не отмечено эпизодов церебральной ишемии, хотя картина ультразвуковых характеристик атеросклеротических бляшек сонных артерий существенно не изменилась. Как альтернатива консервативной терапии рассматривалась возможность ангиопластики внутренней сонной артерии со стентированием.

Обсуждение

Первоначальное предположение о гемодинамически значимом стенозе левой ВСА не получило подтверждения, как и суждение о кардиогенной причине ТИА. Механическое давление ультразвуковым датчиком на боковую поверхность шеи во время исследования привело к развитию очередной ишемической атаки. Это объясняет связь повторных ТИА с физической активностью пациента. Мониторирование гемодинамики средней мозговой артерии подтвердило предположение об артерио-артериальной эмболии как наиболее вероятном механизме повторных ишемических атак. Визуализация мозга не выявила типичных повреждений, характерных для перенесенного инсульта, но обнаружила выраженные изменения в белом веществе, которые могут свидетельствовать о церебральной ишемии в результате формирования множественных микроинфарктов в области васкуляризации мелких перфорантных артерий головного мозга (1, 2). В некоторых случаях структура, а не размер атеросклеротической бляшки, может определять клиническую картину заболевания. Особенностью атеросклеротических поражений сонных артерий следует считать их доступность к механическому воздействию, что может способствовать развитию артерио-артериальной эмболии или повреждению сосудистой стенки с ее расслоением. Стабилизация атеросклеротических бляшек посредством агрессивной медикаментозной терапии приводит к положительным результатам.

1. Mok V, Kim J. Prevention and management of cerebral small vessel disease. *Journal of Stroke*. 2015;17(2):111-122

2. Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Виноградов О.И. Лакунарный инфаркт головного мозга. М.: 2011

Подготовил Е.А. Широков

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЕРЫ



ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ



СПОНСОР



ИННОСТРАННЫЕ СПИКЕРЫ

Виктор Серебряный
Victor Serebrany

доктор медицинских наук, профессор
Johns Hopkins University Baltimore,
руководитель лаборатории HeartDrug™
Research, LLC, советник FDA, США



Джанлуиджи Саварезе
Gianluigi Savarese

доктор медицинских наук, профессор
Каролинской университетской больницы,
Швеция



Пьер Маннучи
Pier Mannuccio Mannucci

доктор медицинских наук, профессор,
научный руководитель исследовательской
больницы Cà Granda Foundation, Италия



Хуан-Карлос Каски
Juan-Carlos Kaski

доктор медицинских наук, профессор,
почетный консультант-кардиолог
университетской больницы им. Св. Георгия,
Великобритания



Роберт Стори
Robert F. Storey

доктор медицинских наук, профессор
университетской больницы Шеффилда,
Великобритания



**А также другие ведущие эксперты
и специалисты из России**

IV ЕЖЕГОДНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ:

ОТ ПОПУЛЯЦИИ К ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ

совместно с VI московским заседанием
Российского Антиагрегантного Форума 2018

при поддержке
Европейского общества кардиологов



Москва

21 апреля 2018 года

гостиница «Азимут Москва Олимпик»,
Олимпийский проспект, д.18/1

www.cardiotherapy.ru

Над выпуском работали: Сумароков А.Б., Бурячковская Л.И., Русанова А.В., Ломакин Н.В.

Газета издается при поддержке ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой»

Управления делами Президента РФ

www.antitromb.ru

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО • ТИРАЖ 3 000 ЭКЗ.