

РОССИЙСКИЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

ВЕСТНИК №1 / АПРЕЛЬ 2016

Нестандартные организационные и образовательные модели в решении сложных терапевтических задач



В современной терапии острых сердечно-сосудистых заболеваний и при последующем превентивном лечении на стадии стабилизации широко используются препараты анти тромботического действия. Клиническое применение новых анти тромботических препаратов стремительно развивается: появились и новые антикоагулянты, и новые антиагрегантные препараты. Сведения о клинической фармакологии лекарств, практике их применения постоянно обновляются. В работе каждого врача всегда, почти ежедневно, встречаются «неудобные» пациенты, история заболевания которых не укладывается в «стандартную схему болезни». Очевидно, что проблемы лечения каждого конкретного больного порой требуют неординарного подхода. Стандартные рекомендации в этом случае служат основой для размышлений врача, а не догматическим предписанием. Это является особенно важным в бурно развивающихся направлениях медицины, где требуется движение в ногу со временем большого числа специалистов.

На протяжении многих лет проблемы лечения и профилактики тромбообразования были в центре внимания врачей-кардиологов Центральной Клинической Больницы УД Президента РФ. Специалисты этого коллектива инициировали и приняли участие в более чем 30 различных многоцентровых клинических исследованиях. Этот огромный опыт и знания подтолкнули кардиологов ЦКБ к осознанию насущной необходимости создания анти тромботической клиники — организационной структуры, которая помогла обеспечить

эффективное и безопасное лечение и профилактику тромбозов и кровотечений.

За три года работы анти тромботической клиники, она стала самым большим подразделением в стране по числу больных находящихся на рутинном мониторинге. Ежегодно клиника выполняет более 1 000 исследований функциональной активности тромбоцитов, 500 тестов оценки лабораторной эффективности новых оральных антикоагулянтов, 100 генетических и фармакогенетических панелей. Клиника обеспечила более 100 000 пациенто-дней терапии оральными антикоагулянтами.

С 2013 года Национальное Научное Общество Воспаления и Центральная Клиническая Больница представляют Всемирный День по Борьбе с Тромбозами в Российской Федерации.

За последние 4 года мы провели десятки образовательных мероприятий (школ, симпозиумов, круглых столов и конференций) как в России, так и за рубежом. В рамках рабочей группы по фармакотерапии Европейского Общества Кардиологов проведены российские симпозиумы в г. Рим — в 2014 и 2015 г.г. и в рамках Всемирного Конгресса по воспалению — в г. Наталь — Бразилия, 2013, и в г. Бостон — США, 2015.

В текущем году Анти тромботический Форум уже провел свои заседания в Москве, Твери, Казани. Планируется работа школ в Уфе (май), в Ульяновске и Симферополе (июнь), в Тюмени и Иркутске (сентябрь), затем в Перми, Самаре, Краснодаре, Красноярске и вновь в Москве (17 декабря 2016). 7 октября 2016 года в г. Москве

планируется проведение научно-практической конференции.

Мы решили систематизировать весь наш накопленный опыт и поделиться своими знаниями с коллегами в рамках работы Общества. Представляем вашему вниманию новый информационный ресурс — «Вестник Российского Анти тромботического форума» — в рамках образовательного проекта секции «Гемостаз» Национального Научного Общества Воспаления, Российского Национального Медицинского Общества Терапевтов и главной клиники страны.

Надеемся, что новый проект будет способствовать совершенствованию качества лечения больных, консолидации усилий врачей в решении проблем анти тромботической терапии в нашей стране.

АНОНС МЕРОПРИЯТИЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОГО ФОРУМА НА 2016 ГОД

- | | |
|---|--|
| 
г. Санкт-Петербург
24 апреля 2016 | 
г. Пермь
22 октября 2016 |
| 
г. Уфа
14 мая 2016 | 
г. Самара
04 ноября 2016 |
| 
г. Ульяновск
04 июня 2016 | 
г. Краснодар
26 ноября 2016 |
| 
г. Симферополь
18 июня 2016 | 
г. Красноярск
3 декабря 2016 |
| 
г. Тюмень
10 сентября 2016 | 
г. Москва
17 декабря 2016 |
| 
г. Иркутск
24 сентября 2016 | |

Регистрация на сайте:
www.antitromb.ru

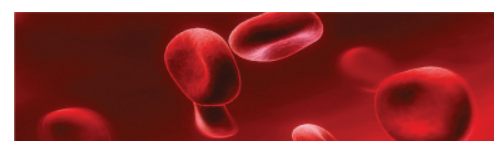
УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**ЦЕНТРАЛЬНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
С ПОЛИКЛИНИКОЙ**



**АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ
КЛИНИКА ПОЛИКЛИНИКИ ЦКБ —
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К
ВЫБОРУ ТЕРАПИИ**



Ждем вас в **Поликлинике ЦКБ:**
Москва, ул. Маршала Тимошенко, д. 11/12
6 этаж, кабинет 619
Колл-центр: +7 (495) 53-00-111
Анти тромботическая клиника:
+7 (495) 53-00-779
www.cchp.ru

ВТОРАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ

**КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ
ФАРМАКОТЕРАПИЯ:
ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ**

2016

**Москва
23 апреля 2016 г.**

Гостиница «Азимут Москва Олимпик»
Олимпийский пр., д. 18/1



www.cardiotherapy.ru

Регистрация на мероприятие на промо-сайте конференции обязательна!

НОВОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Неожиданно широкая распространенность травматических внутричерепных кровотечений у пожилых больных с фибрилляцией предсердий, принимающих антикоагулянты

Обсуждавшаяся проблема травматических внутричерепных кровоизлияний (ВЧК) после падения у пожилых больных с фибрилляцией предсердий, принимающих антикоагулянты, оказалась не только значимой, но получила доказательства более широкой распространенности, чем считалось ранее. В ретроспективном исследовании, проведенном в New York University school of Medicine Dr. J. Dodson и включившем 32 000 пожилых лиц старше 74 лет выявило частоту госпитализации по поводу травматических внутричерепных кровоизлияний, равную 4,8/1 000 человеко лет за период наблюдения с медианой 3 года.

Наиболее значимыми факторами риска ВЧК были признаны коморбидная деменция, анемия, депрессия, использование противосудорожных препаратов. При обследовании 31 951 пожилого пациента (74 года и выше, в среднем 81 год, 98% — мужчины, 91% — белой расы) частота травматического ВЧК состави-

ла 0,54% в год и 2,1% за трехлетний период. В группе повторных ВЧК их частота регистрации составила 6,16 на 100 человеко-лет наблюдения.

Частота госпитализации по поводу ВЧК любого вида (травматического и нетравматического) и ишемического инсульта составила соответственно 14,58 и 13,44 на 1 000 человеко-лет наблюдения. Наиболее частой коморбидной патологией среди участников исследования были гипертония (82,5%), гиперлипидемия (63,3%), ИБС (42,6%), сахарный диабет (33,8%) и сердечная недостаточность (30,7%). Шкала CHADS2DS2-Vasc, предназначенная для прогнозирования кровотечений, плохо работала в отношении предсказания травматического ВЧК. У 30,9 % больных, имевших ВЧК, отмечались повторные эпизоды. Более чем у половины больных (59%) отмечались колебания значений МНО, что указывает на трудности амбулаторного проведения терапии антикоагулянтами.

После проведения многофакторного анали-

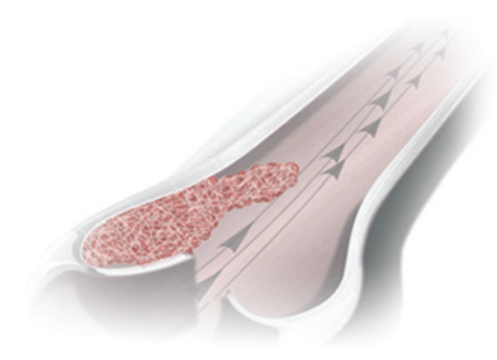
за факторами риска травматического ВЧК были признаны деменция (ОР=1,76), прием противосудорожных препаратов (ОР=1,35), лабильность показателя МНО (ОР=1,33), депрессия (ОР=1,30) и анемия (ОР=1,19). Пациенты, имевшие по крайней мере 2 фактора риска, имели инцидент травматической ВЧК 6,38/1 000 человеко-лет, а лица без факторов риска — только 3,36. Учитывая эти сведения, доктор J. Dodson из нью-йоркского университета говорит об осторожности при назначении варфарина больным с факторами риска травматического ВМК, особенно при сопутствующей деменции. Его не удивила более высокая частота ВЧК, поскольку эти цифры отражали инцидент в реальной повседневной практике, а не в условиях клинического исследования. С другой стороны, при проведении клинического исследования лучше выявляются признаки, свидетельствующие о неблагоприятном прогнозе. Необходимы дальнейшие исследования по этой проблеме. В

данной работе было включено слишком мало женщин; необходимы исследования, направленные на систематическую оценку пользы и опасности назначения варфарина у лиц старческого возраста.

Medscape
EMERGENCY
MEDICINE

Автор: D.Brauser. Источник: Medscape Emergency Medicine, 11.03.2016

Ривароксабан: ещё не время рубить канаты...



Недавние споры вокруг результатов исследования ROCKET-AF привлекают внимание после обнаружения неисправностей в приборе, использовавшемся при определении показателей международного нормализованного отношения (МНО) в группе больных, получавших варфарин. Этот факт поднимает вопрос о достоверности полученных результатов исследования ROCKET-AF, проводившегося под контролем FDA. В исследовании ROCKET-AF изучались сравнительные результаты применения ривароксабана и варфарина у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий для профилактики инсульта. В 2014 году хорошо

переносимый больными, требующий однократного в день приема препарат ривароксабан был самым часто назначаемым оральным антикоагулянтом. Подозрение в неадекватности контроля терапии в «варфариновом плече исследования» может явиться препятствием для дальнейшего применения ривароксабана. В настоящее время намечается отказ от первоначального критического отношения к обнаруженным недостаткам исследования, так как выявленные дефекты лабораторных измерений не были отнесены FDA к первому классу замечаний. Прибор определял заниженные значения показателей МНО. В недавно опубликованном письме членов исследовательской группы говорится, что искаженные данные касались только 37% больных из группы, получавшей варфарин. Поскольку результаты проводимого лечения могли испытывать влияние информации, полученной с помощью неисправного прибора, исследовательской группой был выполнен дополнительный анализ результатов в подгруппах, в котором подтверждена достоверность ранее полученных в исследовании данных. Это позволяет по-прежнему говорить о том, что ривароксабан не уступает по эффективности варфарину, без увеличения числа больших кро-

вотечений. Однако выполненный повторный анализ убедил не всех экспертов. По мнению некоторых из них, нельзя предоставлять право повторной оценки результатов тем специалистам, кто ранее выполнял эти исследования. По мнению автора данного сообщения, существует 4 причины сохранить доверие к результатам исследования ROCKET-AF:

- 1) во время обработки данных по кровотечениям авторы могли находиться под впечатлением возможного аннулирования результатов вмешательства; требование «об ослепленности» при проведении исследования на этом этапе могло не действовать;
- 2) наблюдение за больными после процедуры кардиоверсии и аблации по поводу фибрилляции предсердий не говорят о потенциальном риске при назначении ривароксабана; Vamos подготовил систематический обзор и мета-анализ 16 исследований, охвативших 7 400 больных, в которых сравнились ривароксабан и варфарин при проведении подготовки к процедуре аблации по поводу фибрилляции предсердий; выводы обзора говорят о сходных значениях эффективности и безопасности ривароксабана относительно варфарина;
- 3) В поддержку ROCKET-AF говорят ре-

зультаты исследования X-Vert trial, в котором наблюдали 1,5 тыс больных, прошедших кардио-версию или аблацию по поводу мерцательной аритмии на фоне периоперационного назначения ривароксабана, не обнаружившие потенциального риска его приема: частота инсульта составила 0,51% в группе ривароксабана и 1,02% в группе варфарина;

4) многоцентровое исследование XANTUS trial по профилактике инсульта с помощью ривароксабана показало частоту больших кровотечений равную 2,1/100 человеко-лет, а смерти — 1,9/100 человеко-лет наблюдения, что сопоставимо с аналогичными показателями в исследовании ROCKET-AF.

Наконец, ривароксабан назначается однократно в сутки, а препараты с однократным приемом характеризуются лучшим влиянием на исходы болезни. Таким образом, 5-летний опыт применения ривароксабана следует признать позитивным. Есть основание верить в этот препарат. Но неясность вокруг основного исследования будет сохраняться ещё долго, пока эти данные не будут проверены независимыми исследователями. До тех пор применение ривароксабана для профилактики инсульта будет сохранять тень сомнений.

Автор: Mandrola John. Источник: Medscape Emergency Medicine, 09.02.2016.

Оральные антикоагулянты и чрескожные коронарные вмешательства

Оптимальная стратегия проведения антитромбоцитарной терапии у больных, получающих оральные антикоагулянты (например, из-за угрозы инсульта при фибрилляции предсердий), является частой и трудной клинической проблемой, до сих пор недостаточно разработанной с помощью проведения клинических вмешательств. Одно из ключевых исследований — ISAR-TRIPLE — (n=614) было недавно закончено. В этом исследовании изучали вопрос может ли укорочение с 6 месяцев до 6 недель длительности лечения клопидогрелом в сочетании либо с аспирином, либо с ОАК после имплантации стента с лекарственным покрытием улучшить клинические исходы. Исследование не смогло показать преимущество укорочения курса терапии поскольку различия в частоте конечных точек были недостоверны: 9,8% в группе укороченного курса и у 8,8% в группе полугодового лечения (p=0,63). Не было выявлено достоверных различий между группами по частоте комбинированной конечной точки, включавшей смерть от сердечно-сосудистых причин, инфаркт миокарда, определенный тромбоз стента, ишемический инсульт и большое кровотечение по критериям TIMI. Результаты исследования указывают на необходимость дальнейшего совершенствования рекомендаций по клинической тактике. Ключевым вопросом при решении данной проблемы,

включающей оценки рисков инсульта, кровотечения, клинической ситуации, является решение о типе и продолжительности антитромбоцитарной терапии.

Подытоживая эти данные, можно сказать, что применение оральных антикоагулянтов, в качестве базовой терапии, к которой должны добавляться дезагреганты на короткий период, приводит к увеличению числа кровотечений. Следует помнить, что при проведении тройной терапии международное нормализованное отношение следует поддерживать на значениях 2,0–2,5, а терапевтический интервал — 0,70%. При этом предпочтительна имплантация стентов последних поколений перед непокрытыми стентами.



Источник: Medscape. 23.03.2016

Неэффективность переливания тромбоцитарной массы для обратного развития эффектов тикагрелора

Лечение передозировок при терапии тикагрелором до сих пор остается сложной задачей. Трансфузии тромбоцитов, обычно применяемые для ликвидации передозировки антитромбоцитарных препаратов, в случае тикагрелора могут быть неэффективны из-за присутствия в крови избытка, как самого препарата, так и его метаболитов. Причина этого явления кроется в блокировании новых, поступающих из костного мозга, тромбоцитов. 65-летний мужчина был помещен в отделение интенсивной терапии в связи с развившейся гемиплегией на фоне терапии тикагрелором 90 мг дважды в сутки и аспирином 75 мг/день, которые были назначены после недавнего инфаркта миокарда. При проведении реваскуляризации больному были имплантированы два непокрытых стента. Инсульт без геморрагической трансформации был исходно подтвержден данными МРТ, и был проведен тромболизис с помощью введения рекомбинантного тканевого активатора плазминогена. Спустя 12 часов после процедуры тромболизиса наросли явления оглушенности, а при повторной томографии была выявлена интракраниальная гематома с кровоизлиянием в полость желудочков и острой гидроцефалией. Было назначено проведение дренирования желудочков. Перед установкой дренажа было

проведено введение 17 (8, затем дополнительно ещё 9) доз тромбоцитарной массы (вес пациента 83 кг) для устранения дезагрегантного влияния двойной антитромбоцитарной терапии. Повторное КТ-исследование показало нарастание картины обширного кровоизлияния; вскоре больной умер. Заслуживают внимания результаты мониторинга функции тромбоцитов в ходе проводимого лечения, которое выполнялось с отдельной оценкой эффектов аспирина и блокаторов P2Y12 рецепторов. До начала переливания тромбоцитарной массы (спустя 28 часов после последнего приема антитромбоцитарных препаратов) результаты всех тестов показывали единонаправленные ответы на аспирин и тикагрелор, и показывали значения показателей агрегации ниже порогового уровня. Измерение агрегации после инфузии восьми доз тромбоцитарной массы выявило обратное развитие эффектов аспирина. После введения 17 доз тромбоцитов отмечено существенное, но неполное восстановление функции тромбоцитов. Это наблюдение говорит о том, что даже высокие дозы тромбоцитарной массы могут быть недостаточными в качестве антидота тикагрелора.

Авторы: Codier A, Tailor G. Источник: N Engl J Med, 2015, V 372, 196-197

Новые рекомендации АСС/АНА по продолжительности двойной антитромбоцитарной терапии у больных ишемической болезнью сердца

В мартовском номере журнала CIRCULATION (29.03.2016) опубликованы рекомендации группы экспертов Американской Ассоциации Сердца/Американского Колледжа Кардиологии, рассматривающие современное состояние вопроса о продолжительности применения двойной антитромбоцитарной терапии у больных ишемической болезнью сердца (под редакцией G. Levine).

В новом документе рассмотрены существующие представления о продолжительности двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ), содержащиеся в 6 клинических рекомендациях последних лет, и внесены новые взгляды, основанные на результатах последних исследований. Эксперты рассмотрели опубликованные результаты контролируемых клинических исследований, проведенных в период, с 2011 до декабря 2015 годов, в которых освещались вопросы продолжительности проведения ДАТТ.

В рекомендациях сформулированы следующие ключевые вопросы, на которые авторы постарались дать ответ:

1. Является ли лечение с помощью ДАТТ длительностью 3-6 месяцев столь же эффективным в отношении профилактики атеротромботических осложнений (ишемические события и кровотечения), как и курс годичной продолжительности, у больных стабильной ИБС или острым инфарктом миокарда, прошедших лечение имплантированным стентом нового поколения (не первого) с лекарственным покрытием?

2. Имеются ли различия в смертности, снижении риска больших осложнений, случаев тромбоза стента и роста числа кровотечений у больных, прошедших лечение имплантированным стентом нового поколения с лекарственным покрытием, при сравнении 12-месячного курса ДАТТ и более продолжительного (18-48 месяцев)?

3. Имеются ли различия в показателях смертности, снижения числа больших осложнений, случаев тромбоза стента и увеличении количества кровотечений после года лечения ДАТТ у больных, перенесших инфаркт миокарда и находящихся в клинически стабильном состоянии в сравнении с монотерапией ацетилсалициловой кислотой при более продолжительном лечении?

Полученные ранее клинические данные авторы рассматривали в зависимости от сроков наблюдения. Сравнение 3-6 месячного и годичного курса лечения больных стабильной ИБС выполнено по материалам исследований ISAR-SAFE, SECURITY, OPTIMIZE, RESET, EXCELLENT. Больных, включенных в эти исследования, в большинстве следует отнести к пациентам низкого риска (только незначительная часть из них имела недавний инфаркт миокарда). Основными конечными точками были комбинированные ишемические события и тромбоз стента. Рассмотренные в рекомендациях исследования, а также мета-анализы, показали меньшую частоту кровотечений и отсутствие роста тромбозов стента при краткосрочных курсах терапии. В настоящее время короткий курс после имплантации эндопротеза с лекарственным покрытием наиболее оправдан при использовании стента второй генерации.

Исследования с большей продолжительностью ДАТТ (ITALIC, PRODIGY) сравнивали лечение на протяжении 6-12 месяцев с 18-48 месяцами. При более длительном лечении выявлено

снижение тромбозов стента и ишемических событий на 1-2% и абсолютное увеличение кровотечений примерно на 1%. Данные о влиянии лечения продолжительностью более года после инфаркта миокарда основаны в основном на результатах исследований CHARISMA, DAPT и PEGASUS-TIMI 54. Анализ 6 исследований по продленной терапии показал снижение абсолютного риска осложнений на 1,1% и увеличение риска кровотечений на 0,8%. Исследование DAPT показало, что продление терапии более года в большей степени показано больным, перенесшим инфаркт миокарда, чем больным стабильной ИБС. В случае инфаркта миокарда продление приема ДАТ сопровождается некоторым снижением частоты (на 1-3%) ишемических событий и ростом примерно на 1% кровотечений. Большинство членов группы экспертов считают, что ДАТТ не оказывает влияния на показатели общей смертности. Неожиданная в исследовании DAPT находка увеличенной на 0,5% смертности в группе больных, получавших лечение вплоть до 30 месяцев, находилась на пограничном уровне статистической значимости и не нашла подтверждения в последующих мета-анализах.

Основные общие концепции обновленных рекомендаций заключаются в следующих положениях:

- Интенсификация антитромбоцитарной терапии, как и увеличение её продолжительности, подразумевает снижение ишемического риска и рост риска кровотечений. Решение о выборе лечения требует глубокой индивидуальной оценки соотношения риск/польза.
- Краткосрочная ДАТТ может быть показана, прежде всего, больным с низким риском ишемических событий и высоким риском кровоточивости, в то время как длительная ДАТТ показана больным с высоким риском ишемических событий и низким риском кровотечений.
- Препятствие рекомендациям по продолжительности ДАТТ базировались на данных о больных с имплантированным покрытием стентом первого поколения, которые в настоящее время используются редко. Новые стенты имеют лучший профиль безопасности. Новые рекомендации рассчитаны на применение стентов второго поколения.
- В рекомендациях объединена тактика лечения дезагрегантами после обеих разновидностей острого инфаркта миокарда, как с подъемом сегмента ST, так и без такового.
- Имеющиеся сведения по эффективности многолетней продолжительности ДАТТ не превышают 4 лет. Исследования более длительных сроков терапии отсутствуют.
- Рекомендуются дозы АСК – 75-100 мг, прием которого должен продолжаться пожизненно.

Среди многочисленных факторов, возможно способствующих неблагоприятному течению заболевания и связанных с угрозой ишемии (включая тромбоз стента) или риском кровотечения, как во время процедуры, так и в последующий период, следует рассматривать следующие группы признаков: 1) увеличенный риск ишемического события связан с такими факторами, как возраст, острый инфаркт миокарда, факт повторного инфаркта, распространенный коронарный атеросклероз, диабет, хроническая болезнь почек; 2) увеличение риска тромбоза стента наблюдается при остром инфаркте миокарда, диабете, снижении фракции

выброса до 40% и ниже, после имплантации стентов с покрытием первого поколения, при малом диаметре стента, неправильном выборе его размера, нерасправлении стента, при бифуркационном стенте, в случае рестеноза стента; 3) увеличение риска кровотечения может быть связано: с фактом предшествующего кровотечения, с приемом антикоагулянтов, риск выше среди женщин, повышается с возрастом,

Шкала DAPT. Показатели, используемые для принятия решения о продлении терапии ДАТТ

Показатель	Число баллов
Возраст >75 лет	-2
Возраст 65-74 года	-1
Возраст <65 лет	0
Курение на момент обследования	1
Диабет	1
Инфаркт миокарда на момент осмотра	1
Факт перенесенных ИМ или коронарной ангиопластики	1
Диаметр стента менее 3 мм	1
Применение стента, покрытого паклитакселем	1
Сердечная недостаточность, ФВ менее 30%	2
Венозный шунт	2

Значение 2 и более ассоциировано с благоприятным соотношением польза/риск для продления ДАТ, в то время как значение менее 2 указывает на неблагоприятный характер этого соотношения.

Ниже приведены некоторые выдержки из новых рекомендаций

***Основные положения для применения ингибиторов P2Y12 рецепторов. У больных стабильной ИБС без предшествующего инфаркта миокарда, АКШ или ЧКВ ДАТТ не показана. После АКШ или установки стентов (непокрытые или с лекарственным покрытием) рекомендован прием клопидогрела в составе ДАТТ.**

ОКС (с подъемом и без подъема сегмента ST), получающих ДАТТ после имплантации стента, и у больных ОКС без подъема сегмента ST, находящихся на медикаментозной терапии без реваскуляризации, предпочтение в проведении поддерживающей антиагрегантной терапии отдается тикагрелору по сравнению с клопидогрелем

***Обобщение рекомендаций по выбору отдельных ингибиторов пуриновых рецепторов при ОИМ.** У больных ОКС (с подъемом и без подъема сегмента ST) в отсутствие реваскуляризации предпочтительнее тикагрелор перед клопидогрелем. Если реваскуляризация проводилась, и больной не переносил инсульт или ТИА, предпочтительно применение прасутрела перед клопидогрелем для проведения ДАТ. Прасутрел нельзя применять у больных ОИМ, ранее перенесших инсульт или ТИА. Тикагрелор в дозе 90 мг/дважды в сутки в сравнении с клопидогрелем вызвал меньше ишемических осложнений и эпизодов тромбоза стента, но несколько более часто вызывал кровотечения (материалы исследования PLATO). Прием прасутрела (10 мг) в сравнении с клопидогрелем (75 мг) приводил к меньшему числу ишемических осложнений и эпизодов тромбоза стента, но увеличивал частоту кровотечений, включая жизненно-опасные и фатальные. В связи с этим он не может быть рекомендован лицам старше 75 лет, с массой тела менее 60 кг, с угрозой инсульта и пере-

малой массой тела, хроническими болезнями почек, сахарным диабетом, анемией, приемом кортикостероидов и нестероидных противовоспалительных препаратов.

Для определения целесообразности продления двойной дезагрегантной терапии предложена шкала DAPT, разработанная по материалам одноименного исследования.

Значение 2 и более ассоциировано с благоприятным соотношением польза/риск для продления ДАТ, в то время как значение менее 2 указывает на неблагоприятный характер этого соотношения.

Показатель	Число баллов
Возраст >75 лет	-2
Возраст 65-74 года	-1
Возраст <65 лет	0
Курение на момент обследования	1
Диабет	1
Инфаркт миокарда на момент осмотра	1
Факт перенесенных ИМ или коронарной ангиопластики	1
Диаметр стента менее 3 мм	1
Применение стента, покрытого паклитакселем	1
Сердечная недостаточность, ФВ менее 30%	2
Венозный шунт	2

Значение 2 и более ассоциировано с благоприятным соотношением польза/риск для продления ДАТ, в то время как значение менее 2 указывает на неблагоприятный характер этого соотношения.

несших ТИА из-за опасности внутримозгового кровоизлияния. Прием тикагрелора в дозе 90 мг/дважды в сутки после ОИМ был предложен в рекомендациях по ведению больных ОКС без подъема сегмента ST в 2014 году и сохраняется. В исследовании PEGASUS-TIMI 54 в группе постинфарктных больных сравнивали дозы тикагрелора 60 и 90 мг дважды в день. Более благоприятный профиль действия определен для дозы 60 мг/дважды в день.

***Рекомендации по выбору дозы АСК при проведении ДАТ.** В настоящее время рекомендуются дозы аспирина 75-100 мг.

***Тройная антиагрегантная терапия (Аспирин + ингибитор P2Y12 рецепторов + оральная антикоагулянт).** По сравнению с обычной терапией пероральными антикоагулянтами применение тройной терапии ведет к 2-3 кратному росту геморрагических осложнений. Перед назначением тройной терапии указывают на обязательную оценку риска больного по прогностическим шкалам (CHA2DS2-VASc, HAS-BLED). Тройная терапия должна назначаться на возможно более короткий срок, у отдельных больных возможно применение двойной терапии антикоагулянтом и клопидогрелем. Показатель МНО при проведении тройной терапии должен составлять 2,0-2,5 на фоне варфарина. В качестве блокатора P2Y12 рецепторов следует предпочесть клопидогрел; рекомендуется использование низкой дозы (75-100 мг/сут) АСК. У больных с анамнезом желудочно-кишечных кровотечений должны назначаться ингибиторы протонных помп.

Указанные рекомендации следует рассматривать в рамках конкретной клинической ситуации.



Тель-Авив, Израиль
29-30 мая

EuroCVP 2016 Congress



Национальное Научное Общество Воспаления
выступает официальным организатором
российского симпозиума на EuroCVP Конгрессе в 2016 году.

www.eurocvpcongress.org



НАЦИОНАЛЬНОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ВОСПАЛЕНИЯ

Станьте членом Общества уже сегодня на сайте

www.inflammation.ru



Калькулятор DAPT, определение целесообразности продления двойной антиагрегантной терапии



ВСТРЕЧА С ЛЕГЕНДОЙ



Базил Левис (Basil S. Lewis)
доктор медицинских наук, профессор, директор
Сердечно-сосудистого клинического научно-исследовательского института в Хайфе, Израиль

Этим интервью мы открываем рубрику газеты «Встреча с легендой». Наш первый рассказ о профессоре Левисе — человеке-легенде. Именно он, вместе с командой единомышленников, стоял у истоков создания тромбозиса в Западной Европе и США. Под руководством выдающихся ученых — профессора Свана и профессора Ганца, изучал параметры гемодинамики сердца в условиях острой ишемии миокарда; руководил израильским обществом кардиологов и был личным врачом премьер-министра Израиля Менахема Бегина.

Никита Ломакин встретился с профессором Левисом в Москве во время проведения конференции «Кардиология 2015».

N.V.L.: Уважаемый профессор Левис, огромное спасибо, что нашли время и согласились дать интервью. Не могли бы вы рассказать немного о вашем обучении?

Mr Basil L.: Буду рад пообщаться! В свое время, я был хорошим студентом и учebu в высшей школе закончил экстерном. На выбор же специальности повлиял мой отец, он всегда мечтал получить медицинское образование, однако не имел такой возможности. За время обучения я

получал хорошую стипендию и гранты.

N.V.L.: Профессор Сван и Ганс были вашими учителями. Что бы вы могли нам о них рассказать, поделитесь впечатлениями.

Mr Basil L.: Мне посчастливилось работать в медицинском центре Cedars-Sinai (Лос-Анджелес, штат Калифорния) в 80-х годах, именно в то время, когда стартовали исследования по применению тромбозиса. Тогда это было весьма престижным местом, где трудились известные и талантливые специалисты во главе с прекрасными руководителями. Именно профессора Сван и Ганс верно направили меня в области специальности. Я стал заниматься подробным изучением вопросов реперфузии миокарда. (Тогда это был новейший метод в мировой кардиологии.) Именно они помогли мне в написании первых статей, тезисов. Но прежде всего эти господа были очень порядочными людьми, прекрасными опытными врачами, которые посвящали большую часть своего свободного времени работе с ординаторами, младшим медицинским персоналом.

J.C.I.: Писали, что вы были личным врачом Менахема Бегина, политического лидера Израиля. Сложно было? Что важно понимать, находясь рядом с высокопоставленными людьми? С какими трудностями приходилось сталкиваться?

Mr Basil L.: Господин Бегин перенес инфаркт миокарда как раз в тот момент, когда был избран на пост премьер-министра Израиля в Тель-Авиве. Мне предложили быть его личным врачом-кардиологом во время пребывания в его резиденции, в Иерусалиме. (В то время я как раз работал в иерусалимском медицинском центре Nadassa.) Г-жа Ализа Бегин, по-видимому, настаивала на выборе именно молодого специалиста, который бы смог оказывать в любое время в нужном месте. Отказаться от такой работы было невозможно! Мне не удалось бы найти более напряженного, интересного дела! Но, без-условно, я понимал, какая на меня возложена

ответственность и какие трудности могут возникнуть. Работая с г-ном Бегиним, я посмотрел весь мир. Я и представить себе не мог, что буду сопровождать визиты в Белом Доме, присутствовать на важнейших переговорах. Запомнил я и наше пребывание в Кэмп Дэвиде во время заключения мирного договора с Египтом — важнейшего политического события. Это было очень интересно!

Никто не научит вас, как надо работать! Никто не скажет, что правильно, а что — нет! Я всегда верил в то, что самое главное — быть профессионалом своего дела и осознавать меру ответственности.

У Мистера Бегина был очень напряженный график. Учитывая тот факт, что он занимал высокую должность, ему приходилось много бывать на публике, принимать решения, общаться с журналистами. Однако, надо сказать, он всегда оставался очень вежливым и тактичным человеком.

J.C.I.: В дополнение к написанным статьям (их более 400), вы являлись участником крупнейших исследований TIMI и ISIS. Что для Вас значило быть членом команды исследователей, создающих принципиально новые пути развития мировой кардиологии?

Mr Basil L.: У меня появились связи с другими прекрасными специалистами, и мне самому хотелось быть полезным в этой сфере. Участие в этих крупномасштабных исследованиях было одним из главных событий в моей профессиональной карьере. Для меня это была отличная возможность познакомиться с величайшими кардиологами нашего времени. Это поистине высокий уровень научной деятельности. Выводы, которые мы сделали, изменили подход к лечению во всем мире. Надеюсь, это только начало.

J.C.I.: Как вы думаете, что было лучшим достижением в вашей профессиональной карьере?

Mr Basil L.: Трудно сказать... Но, вероятно, ключевым, переломным моментом стал мой пе-

реезд в Израиль. (Я изучал медицину в Южной Африке.) Какое-то время я работал в медицинском центре Хадасса. Затем переехал в Хайфу, на север страны, в 1984 году, чтобы там открыть новый современный кардиологический центр. Ранее большинство пациентов оттуда направлялись в Тель-Авив или Иерусалим, для того чтобы получить квалифицированную помощь. Центр был оснащен всем необходимым. Здесь пациенты уже на тот момент могли получить полное обследование и лечение, включая коронарографию и стентирование. Также было предусмотрено оказание кардиохирургической помощи и установлена вся необходимая диагностическая аппаратура. В моем отделении 50 кардиологов прошли обучение и получили сертификаты, теперь занимаются написанием научных работ. Теперь, безусловно, таких центров намного больше!

J.C.I.: Вы когда-нибудь задумывались над выбором другой профессии, или все же только медицина, только кардиология?

Mr Basil L.: Я занимался математикой, физикой, играл в шахматы. Но кардиология — это лучшая медицинская специальность, которая объединяет все возможные научные знания и позволяет их применить на практике.

N.V.L.: Не могли бы вы дать совет молодым специалистам и ученым, которые находятся в начале карьерного пути?

Mr Basil L.: Да, конечно! Для начала нужно выбрать область медицины, которая больше всего интересует. И сразу же начинайте работать, пока молоды, ведь лучшие годы впереди! Выбирайте опытных, хороших учителей, которые вас направят и помогут. И, наконец, ничего не заменит многодневной, многочасовой тяжелой работы! Но если вы сделали правильный выбор, то, уверяю, вы получите истинное удовольствие и от процесса, и от результата!

N.V.L.: Благодарим Вас за то, что смогли уделить нам время.

Интервью: Ломакин Н.В. Автор перевода интервью с английского языка: Черных А.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ:

случай инфекционного эндокардита с ранним развитием крупного абсцесса митрального клапана

Пациент А., 32 лет, поступил в клинику с продолжительной высокой лихорадкой (подъем температуры в течение 5 дней до 39°C), сопровождающаяся ознобами, а также жалобами на диарею, головную боль.

При обследовании пациенту в срочном порядке было выполнено чреспищеводное эхокардиографическое (ЧП-ЭхоКГ) исследование, при котором в проекции митрального клапана (МК) выявлено крупное дополнительное эхопозитивное образование размерами до 24x17x16 мм, прикрепляющееся в области митрального кольца (проекция основания Р3 сегмента задней створки МК), на толстой ножке, флотирующее в токе крови, не оказывающее существенного влияния на внутрисердечную гемодинамику. Характеристики данного образования позволили предположить его жидкостную структуру (рис. 1, 2). Также выявлены уплотнение перикарда, небольшие митральная и трикуспидальная регургитации (1-й степени). В посевах крови был получен рост золотистого стафилококка. По клинической картине с учетом анамнеза, а также данным инструментальных и лабораторных исследований был диагностирован инфекционный эндокардит с абсцессом митрального клапана.

После предоперационной подготовки пациенту было выполнено кардиохирургическое вмешательство в сопровождении чреспищеводного эхокардиографического интраоперационного мониторинга (ЧП-ЭхоКГ ИОМ). При исходном ЧП-ЭхоКГ на операционном столе в дополнение к данным предшествующего чреспищеводного исследования (через 6 суток) в проекции задней створки МК с прикреплением к ней с предсердной стороны выявлены многочисленные крупные мягкотканые эхопозитивные образования с расположенными в них кольцевидными просветлениями, флотирующие с током крови и пролабирующие в систолу в полость левого желудочка, в диастолу — в левое предсердие, что свидетельствовало в пользу активного инфекционного процесса с разрастаниями вегетаций и множественным

абсцедированием (рис. 3). Также отмечалось отсутствие ультразвуковой дифференциации тканевой кольца МК и прилегающих отделов стенки левого предсердия (ЛП) и левого желудочка (ЛЖ) в основании выявленного ранее крупного абсцесса; было отмечено близкое расположение к указанной зоне проксимального участка огибающей коронарной артерии. При хирургической ревизии выявлен крупный абсцесс в области основания задней створки МК с интрамиокардиальным распространением гнойного процесса на прилегающие отделы стенок ЛП и ЛЖ без вовлечения огибающей артерии, множественные вегетации на задней створке МК. Было выполнено иссечение створок МК, удаление абсцесса фиброзного кольца МК (ФКМК), резекция части ФКМК, частей стенки ЛП и ЛЖ с последующей реконструкцией резецированных отделов заплатой из аутоперикарда, реконструкция хордального аппарата латеральной группы папиллярных мышц нитью «Гортеск» и протезирование МК механическим протезом Мединж №31. При контрольном ЧП-ЭхоКГ в конце операции — область вмешательства и функционирование протеза без особенностей.

По данным послеоперационной биопсии

иссеченных створок МК, капсулы абсцесса ФКМК, эндокарда ЛП и ЛЖ макро- и микроскопическое описание препаратов соответствует картине острого полипозно-язвенного инфекционного пристеночного и клапанного эндокардита.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном трансторакальном ЭхоКГ исследовании функционирование протеза без особенностей (максимальный трансклапанный градиент давления 11 мм рт. ст., средний градиент — 4 мм рт. ст.), размеры и объемы полостей сердца не увеличены, локальная и глобальная сократимость ЛЖ не снижены. В полости ЛЖ в диастолу регистрируются слабые эхопозитивные сигналы (эффект кавитации), связанные с активной гемодинамикой у пациента с протезированным МК. Пациент был выписан домой через 18 дней после операции. При последующем динамическом наблюдении состояние пациента не ухудшалось, при последнем контрольном ЭхоКГ исследовании (через ~1,5 года после операции) отрицательной динамики не выявлено, функционирование протеза МК без особенностей (максимальный трансклапанный градиент давления 10 мм рт. ст., средний градиент

— 3 мм. рт. ст.), сохраняется эффект кавитации, свидетельствующий об активной транспротезной гемодинамике.

Данный случай инфекционного эндокардита интересен и необычен быстрым образованием крупного единичного абсцесса фиброзного кольца митрального клапана с последующим разрушением прилежащих структур практически без влияния на функцию клапана. Только через 6 суток было выявлено распространение процесса на створки МК с разрастанием вегетаций и множественным абсцедированием. Данные трехмерной эхо-кардиографии и интраоперационного ЧП-ЭхоКГ мониторинга позволили в полном объеме оценить характер и распространенность патологического процесса и выбрать оптимальную тактику хирургического вмешательства в виде радикального удаления пораженных тканей с последующей пластикой образовавшегося дефекта аутоперикардом, реконструкцией хорд нитью «Гортеск» и протезированием митрального клапана механическим протезом.

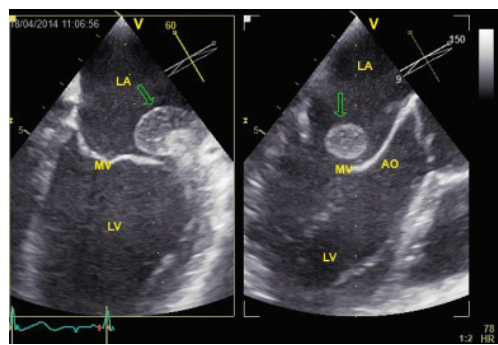


Рис. 1. Чреспищеводное ЭхоКГ исследование. Двухмерное изображение дополнительного эхопозитивного образования в полости левого предсердия. LA — левое предсердие, MV — митральный клапан, LV — левый желудочек, АО — аорта, стрелкой показано дополнительное образование (абсцесс)

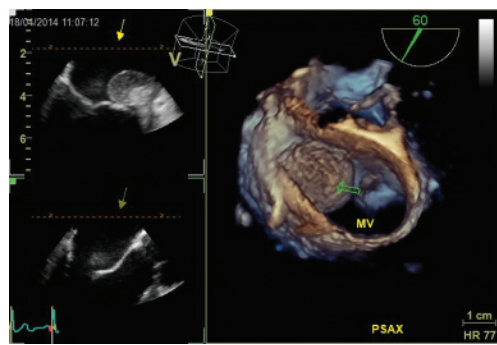


Рис. 2. Чреспищеводное ЭхоКГ исследование. Трехмерное изображение крупного дополнительного эхопозитивного образования (абсцесса) в проекции основания задней створки МК, вид со стороны левого предсердия

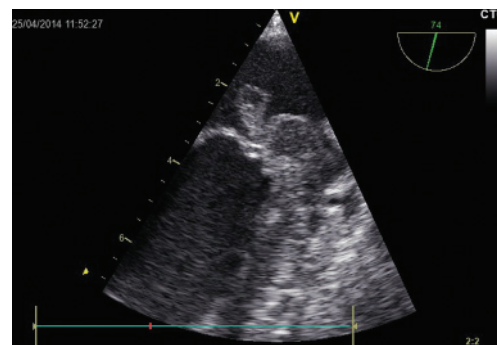


Рис. 3. Чреспищеводный ЭхоКГ интраоперационный мониторинг, исходное исследование. Крупный абсцесс основания задней створки МК, множественные крупные вегетации с признаками абсцедирования на задней створке МК

Авторы: Г.Е. Гогин, С.Ю. Камбаров, А.Ю. Капустина, М.Н. Алехин

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

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО • ТИРАЖ 3 000 ЭКЗ.

www.antitromb.ru

4