

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ СЛУШАТЕЛЕЙ ШКОЛЫ «АТЕРОТРОМБОЗ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»

подготовил И.С. Явелов
ФГУ НИИ физико-химической медицины Росздрава

Вопрос. *Надо ли продолжать использовать сочетание ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела после операции коронарного шунтирования у больных, перенёсших острый коронарный синдром без подъёмов сегмента ST на ЭКГ?*

Ответ. Эта проблема остаётся малоизученной. Основная информация об ожидаемых эффектах длительного применения клопидогрела при остром коронарном синдроме без подъёмов сегмента ST на ЭКГ содержится в крупном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании CURE [N Engl J Med 2001; 345: 494-502]. В этом клиническом испытании за время наблюдения (от 3 до 12 месяцев) операция коронарного шунтирования была выполнена у 2072 из 12562 больных (16%). При этом клопидогрел, как правило (93% случаев), отменяли до операции (оставалась одна ацетилсалициловая кислота) и возобновляли после неё (медиана 10 суток) только у 75% больных. Дополнительного клинического преимущества у больных из группы сочетания клопидогрела с ацетилсалициловой кислотой по сравнению с изолированным использованием ацетилсалициловой кислоты в период после операции до окончания исследования не отмечено (число неблагоприятных исходов за этот срок при сопоставлении двух подходов оказалось практически одинаковым) [Circulation 2004; 110: 1202-1208]. Однако такой результат был получен при ретроспективном анализе немногочисленной подгруппы больных и поэтому не может считаться достаточно надёжным. Кроме того, возможность выявить преимущество сочетания клопидогрела с ацетилсалициловой кислотой по сравнению с монотерапией ацетилсалициловой кислотой в эти сроки заболевания была уменьшена, поскольку в четверти случаев приём клопидогрела после коронарного шунтирования не

возобновляли. Соответственно, с уверенностью судить, нужно ли снова добавлять клопидогрел к ацетилсалициловой кислоте после успешного коронарного шунтирования, в настоящее время нельзя.

В заключении 7-й конференция Американской коллегии торакальных врачей по антитромботическому лечению и тромболитической терапии указывается на необходимость добавления клопидогрел к ацетилсалициловой кислоте на 9-12 месяцев после операции коронарного шунтирования при данной форме обострения ИБС [Chest 2004; 126: 600S-608S]. По мнению экспертов Американских коллегии кардиологов и ассоциации сердца, медикаментозное лечение больных после операции коронарного шунтирования должно быть таким же, как у больных без операции (т.е. длительность применения клопидогрела в идеале должна доходить до 1 года) [JACC 2007; 50: e1-e157]. Очевидно, что предлагаемая длительность использования клопидогрела соответствует проведению операции в достаточно ранние сроки заболевания.

Вопрос. *Почему в докладах и литературе часто ацетилсалициловую кислоту называют аспирином? Имеется в виду препарат фирмы Bayer?*

Ответ. Международное непатентованное название (МНН) этого лекарственного средства – ацетилсалициловая кислота. Однако в англоязычной литературе в качестве синонима обычно применяют слово «аспирин». Соответственно, здесь не идёт речь о препарате конкретной фармацевтической компании, а имеет место заимствование термина, который проще использовать.

Вопрос. *Обладают ли другие нестероидные противовоспалительные средства ли такой же*

антитромбоцитарной эффективностью как ацетилсалициловая кислота?

Ответ. Нет, не обладают. Их антитромбоцитарная активность заметно ниже и они не могут служить заменой антиагрегантам с доказанной клинической эффективностью. Поэтому в случаях, когда нестероидные противовоспалительные средства невозможно отменить, рекомендуют продолжать использовать низкие дозы ацетилсалициловой кислоты (несмотря на увеличение риска кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта) [Eur Heart J 2004; 25: 166-181]. При этом следует избегать применения ибупрофена, который способен противодействовать ангиагрегантному эффекту ацетилсалициловой кислоты; приемлемыми препаратами считают диклофенак и парацетамол.

Вопрос. *Как поступить, если больной с мерцательной аритмией, который нуждается в антикоагулянтах непрямого действия, недавно перенёс коронарное стентирование?*

Ответ. Как известно, наиболее эффективным способом предупреждения тромбоза стента является одновременный приём ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела. При этом пользы от антикоагулянтов непрямого действия не ожидается. С другой стороны, переход с антикоагулянтов непрямого действия на сочетание ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела гораздо хуже

защищает больных с мерцательной аритмией от артериальных тромбоемболий (это было показано в исследовании ACTIVE W [Lancet 2006; 367: 1903-1912]). Поэтому представляется, что такой больной должен принимать все три указанных препарата, поскольку «убрав» ацетилсалициловую кислоту или клопидогрел мы увеличим риск тромбоза стента, а отказавшись от антикоагулянтов непрямого действия, повысим риск эмболического инсульта. Однако с другой стороны, применение трёх активных антитромботических препаратов приведёт к заметному росту опасности кровотечения. Как поступить в данной ситуации наилучшим образом, неизвестно. Эксперты рекомендуют по-возможности ограничиться минимальными сроками применения такого сочетания препаратов, поддерживая МНО на нижней границе терапевтического диапазона (для мерцательной аритмии это 2,0). Очевидно, при выборе типа стента есть смысл предпочесть металлический стент без покрытия, поскольку здесь разрешено использовать клопидогрел как минимум 2-4 недели. Установка стента, выделяющего антипролиферативные лекарства, у больных, получающих антикоагулянты непрямого действия, способно создать серьёзную проблему, поскольку минимальная длительность добавления клопидогрела к ацетилсалициловой кислоте у таких больных составляет 1 год, особенно если это произошло у больного, имеющего факторы риска позднего тромбоза стента [JACC 2008; 51: 172-209].