

Интерполяция некоторых положений Европейских рекомендаций по реваскуляризации миокарда 2010 года на ежедневную практику поликлинического врача

Д.м.н., профессор М.Г. Бубнова

В зависимости от симптоматики, функциональной и анатомической сложности поражений для лечения больных со стабильной ИБС может применяться либо только медикаментозная терапия (МТ), которая должна быть оптимальной, либо МТ в сочетании с реваскуляризацией миокарда в виде аортокоронарного шунтирования (АКШ) или чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ).

АКШ используется в клинической практике с 1960-х гг. ЧКВ впервые была применена в 1977 г. А. Грюнцигом, а к середине 1980-х гг. ее стали воспринимать как альтернативу АКШ. Несмотря на значительный технический прогресс обоих видов вмешательств, в частности использование стентов с лекарственным покрытием (СПЛ) для ЧКВ и артериальных шунтов для АКШ, их роль в лечении больных со стабильной ИБС иногда ставят под сомнение. Это связано с активным развитием МТ, включающей интенсивное воздействие на образ жизни и применение фармакологических препаратов.

За последние 20 лет стало очевидным отрицательное влияние выявленной ишемии миокарда на клинический исход (смерть, инфаркт миокарда (ИМ), острый коронарный синдром (ОКС), развитие стенокардии). Установлено, что стратегия раннего инвазивного лечения сокращает частоту рецидивов тяжелой ишемии, уменьшает потребность в повторной госпитализации и реваскуляризации миокарда [1]. Показано также явное снижение летальности и частоты

Среди сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) именно ишемическая болезнь сердца (ИБС) – ведущая причина смертности среди населения разных стран мира, в том числе и России. В подавляющем большинстве случаев (у 95% больных ИБС) встречается органическое поражение коронарной артерий (КА) – стенозирующий атеросклероз.

ИМ в промежуточные сроки, тогда как снижение летальности в отдаленные сроки было умеренным, а частота ИМ в ранний период госпитализации увеличивалась (ранний риск). Самый последний метаанализ подтвердил, что ранняя инвазивная стратегия снижает смертность от сердечно-сосудистых причин и частоту ИМ в период до 5 лет [2].

В 2010 году Европейское общество кардиологов (ESC) совместно с Европейской ассоциацией кардиоторакальных хирургов (EACTS) опубликовала рекомендации по реваскуляризации миокарда [3]. Эти рекомендации касаются многих вопросов, связанных с принятием решения, подготовкой пациента к процедуре, определению риска вмешательства при разных клинических ситуациях, профилактикой осложнений, ведением пациента в разные периоды (перед, во время и после вмешательства), реабилитацией и т.д.

В данной статье прокомментируем некоторые положения новых рекомендаций и остановимся только на вопросах, с которыми чаще всего сталкивается поликлинический врач в своей ежедневной клинической практике.

1. Когда и какого пациента следует направлять на коронароангиографию (КАГ)?
2. В каких случаях пациенту следует рекомендовать ЧКВ, а в каких АКШ?
3. Как вести пациента, перенесшего реваскуляризацию миокарда, в условиях поликлиники (в плане его обследования и лечения)?

Представленные рекомендации должны помочь врачам в принятии решений в повседневной работе. Любое решение о вмешательстве или назначении пациенту лечения и обследования основывается на классах рекомендаций и уровнях доказательности.

Классы рекомендаций:

- I – существуют доказательства или соглашение экспертов о том, что процедура или вмешательство полезно и эффективно;
- II – существуют противоречивые доказательства и/или расхождение мнений экспертов о пользе/эффективности процедуры или вмешательства;
- IIa – доказательства и мнения экспертов свидетельствуют в пользу процедуры или вмешательства;



Таблица 1. Показания к реваскуляризации миокарда при стабильной стенокардии или скрытой ишемии

Показания	Категория ИБС в зависимости от поражения	Класс	Уровень
По прогнозу	Ствол ЛКА > 50%	I	A
	Любое проксимальное поражение передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) > 50%	I	A
	Двух- или трехсосудистое поражение с нарушением функции левого желудочка (ЛЖ)	I	B
	Доказанная обширная область ишемии (> 10% ЛЖ)	I	B
	> 50% стеноз единственной оставшейся КА	I	C
По симптоматике	ИБС без проксимального поражения ПМЖВ и без > 10% ишемии	III	A
	Любой стеноз > 50% + лимитирующая стенокардия или эквивалент стенокардии, не поддающейся оптимальной МТ	I	A
	Одышка / застойная сердечная недостаточность и ишемия > 10% ЛЖ / жизнеспособность поддерживается КА, стенозированной на > 50%	IIa	B
	Отсутствие симптомов на фоне оптимальной МТ	III	C

- Пб – польза/эффективность процедуры или вмешательства менее убедительны;
 - III – существуют доказательства или мнение экспертов, что процедуры или вмешательство бесполезны/неэффективны и в некоторых случаях могут быть опасны. Уровни доказательств:
 - A (наивысший) – наличие не менее двух рандомизированных исследований, поддерживающих рекомендации;
 - B (промежуточный) – одно рандомизированное исследование и/или метаанализы нерандомизированных исследований, поддерживающих рекомендации;
 - C (низкий) – соглашение экспертов.
- Реваскуляризация миокарда оправдана, если ожидаемая от нее польза, с точки зрения выживаемости или показателей здоровья (симптомы, функциональный статус и/или качество жизни), перевешивает ожидаемые отрицательные последствия процедуры. В связи с этим информация, которую врач сообщает

больному о предстоящем инвазивном и хирургическом лечении ИБС, должна быть достоверной, понятной, доступной, беспристрастной и основанной на доказательствах. Врач должен помнить, что большинство больных, подвергающихся АКШ или ЧКВ, не до конца понимают свое заболевание и иногда возлагают неоправданные ожидания на предлагаемое вмешательство, неправильно оценивают вероятность осложнений или потенциальную необходимость, особенно в повторном вмешательстве (например, после ЧКВ).

Больные могут оценить полученную информацию в свете своих собственных ценностей, и им следует дать время, чтобы разобраться во всех «за» и «против», вытекающих из предложенных оценок. Больной заслуживает того, чтобы иметь возможность полностью понимать риски, преимущества и факторы неопределенности, связанные с его заболеванием и вариантами лечения. Больным, за исключением тех, кто находится в нестабильном состоянии или является кандидатом на срочные

вмешательства (шок, ИМ с подъемом сегмента ST (ИМпST), ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST)) следует предоставить достаточно времени, если надо – до нескольких дней, между диагностической КАГ и вмешательством. Больные должны обдумать результаты диагностической КАГ, выслушать, если пожелают, другое мнение, или обсудить результаты и последствия со своим лечащим кардиологом и/или терапевтом.

Больные, направляемые на реваскуляризацию миокарда, должны знать, что им по-прежнему будет требоваться оптимальная МТ, включающая антитромбоцитарные препараты, статины, бета-адреноблокаторы (БАБ) и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), а также терапия, направленная на вторичную профилактику осложнений.

Для подтверждения диагноза ИБС проводят пробы с физической нагрузкой (ФН) и различные методы визуализации сердца, подтверждающие ишемию миокарда. Существуют две неинвазивные ангиографические методики, обеспечивающие прямую

Таблица 2. Показания к АКШ или ЧКВ у стабильных больных, с поражениями, подходящими для обеих процедур и сопряженными с низкой прогнозируемой хирургической летальностью

Категория ИБС в зависимости от анатомии	В пользу АКШ	В пользу ЧКВ
Одно- или двухсосудистое поражение без проксимального поражения ПМЖВ	IIb C	I C
Одно- или двухсосудистое поражение с проксимальным поражением ПМЖВ	I A	IIa B
Трехсосудистые простые поражения, возможна полная реваскуляризация с помощью ЧКВ, SYNTAX* ≤ 22	I A	IIa B
Трехсосудистые, сложные поражения, возможна неполная реваскуляризация с помощью ЧКВ, SYNTAX* ≥ 22	I A	III A
Поражение ЛКА (изолированное или однососудистое, устье/ствол)	I A	IIa B
Поражение ЛКА (изолированное или однососудистое, дистальное бифуркационное)	I A	IIa B
Поражение ЛКА + двух- или трехсосудистое поражение, SYNTAX* ≤ 32	I A	IIa B
Поражение ЛКА + двух- или трехсосудистое поражение, SYNTAX* ≥ 32	I A	III B

Примечание: *SYNTAX – шкала стратификации риска больного по количественной оценке тяжести поражения КА, см. www.syntaxscore.com.



визуализацию КА: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансное исследование (МРИ). Больные с высокой степенью наличия ИБС направляются на прямое инвазивное обследование. Цель реваскуляризации миокарда – устранение ишемии миокарда, а не самого заболевания КА.

Инвазивная стратегия всегда начинается с КАГ. Оценив анатомические особенности и связанные с ними факторы риска, можно принять решение о типе вмешательства. В диагностических целях КАГ срочно выполняют у больных группы высокого риска и больных, у которых трудно провести дифференциальную диагностику с другими острыми клиническими ситуациями (например, у больных с развивающимися симптомами или выраженным повышением уровня тропонина, но без диагностических изменений на ЭКГ).

Для выбора наилучшего из возможных методов реваскуляризации миокарда часто требуется взаимодействие между кардиологами и кардиохирургами, лечащими врачами и, при желании, другими специалистами. Очень важное положение, которое вводится в рекомендации – это понятие «кардиокоманда». Так, например, при стабильной ИБС или многососудистом поражении, или поражении ствола левой КА (ЛКА) в обсуждении всех данных должны принимать участие кардиолог-клиницист, кардиохирург и интервенционный кардиолог, которые совместно могут определить шансы на безопасное и эффективное выполнение реваскуляризации путем ЧКВ или АКШ.

В таблице 1 представлены показания к реваскуляризации миокарда, основанные на результатах КАГ и симптоматике заболевания. По таблице 2 определяется, в каких случаях выполнять то или иное вмешательство (АКШ против ЧКВ).

Как сказано в рекомендациях, что когда речь идет об эндоваскулярном вмешательстве почти во всех клинических ситуациях и практически при всех категориях поражений, за исключением случаев, когда имеются какие-либо опасения или противопоказания к длительной двойной дезагрегантной терапии должны

применяться по умолчанию СЛП, чья эффективность доказана. Поскольку подавляющее большинство процедур ЧКВ заканчиваются стентированием, для каждого больного, назначенного на ЧКВ, следует предусмотреть премедикацию клопидогрелем, независимо от того, намечается стентирование или нет.

Врачу, работающему в условиях поликлиники, очень важно понимать, как вести пациента после ЧКВ или АКШ.

Период после реваскуляризации миокарда должен сопровождаться адекватными мерами вторичной профилактики: оптимальной терапией, модификацией факторов риска и изменением образа жизни на постоянной основе. Кардиореабилитация и вторичная профилактика являются частью долгосрочного ведения больных после реваскуляризации, потому что эти меры, будучи эффективными по стоимости, способствуют снижению инвалидизации и летальности в будущем.

Роль интервенционных кардиологов и кардиохирургов состоит в том, чтобы рекомендовать кардиореабилитацию и вторичную профилактику всем больным, подвергшимся реваскуляризации миокарда.

Медикаментозное лечение должно начинаться еще в период госпитализации, когда степень мотивации у больных очень высока. В рекомендациях говорится о важности проведения обучающих Школ для всех пациентов после вмешательств на КА, для того чтобы пациенты могли перейти на здоровый образ жизни и согласиться на модификацию факторов риска. Это обучение проводится в период кардиореабилитации, включающей физические упражнения и нагрузки.

Программы кардиореабилитации и вторичной профилактики реализуются в клинике или вне клиники, в зависимости от клинического состояния больного и местных возможностей. Уже на следующий день после неосложненных процедур АКШ и ЧКВ больной может получить рекомендацию по возобновлению физической активности, а через несколько дней он уже может ходить по ровной поверхности и подниматься по лестнице. Физическая реабилитация у

больных со значительным повреждением миокарда, перенесших реваскуляризацию, должна начинаться после стабилизации клинического состояния.

При планировании теста с ФН в целях назначения тренировок следует учитывать: безопасность, т.е. стабильность клинических, гемодинамических и ритмических параметров, порог ишемии и стенокардии (в случае неполной реваскуляризации миокарда), степень поражения ЛЖ; сопутствующие факторы (т.е. привычку к сидячему образу жизни, ортопедические ограничения, потребности, связанные с профессиональной деятельностью и досугом).

Стратегии наблюдения за пациентом после процедур реваскуляризации миокарда должны фокусироваться не только на выявлении рестеноза или окклюзии шунтов, но и на оценке функционального статуса и симптоматики больного. При регулярных клинических обследованиях (каждые 6 мес.) нужно оценивать, насколько больной следует предписанным рекомендациям и достигает ли он запланированных целей.

Физикальное обследование пациента, контроль ЭКГ в состоянии покоя, рутинные лабораторные анализы надо проводить в первые 7 дней после ЧКВ. Особое внимание следует уделять заживлению места пункции, состоянию гемодинамики и возможной анемии. Раннее выполнение теста с ФН для оценки успешной коррекции поражений КА можно рекомендовать после неполной или субоптимальной реваскуляризации (даже при отсутствии симптомов), а также у особых категорий больных.

Особые категории больных, которым показано раннее выполнение стресс-теста с визуализацией:

- больные с ИМпST, перенесшие первичное ЧКВ или экстренное АКШ (перед выпиской или вскоре после выписки);
- больные, чья профессия связана с проблемами безопасности (например, пилоты, водители, водолазы) и спортсмены, участвующие в соревнованиях;
- больные, получающие ингибиторы 5-фосфодиэстеразы;
- больные, имеющие активный вид досуга, при котором требуется



Таблица 3. Стратегии наблюдения и ведения бессимптомных больных после реваскуляризации миокарда

Рекомендации	Класс	Уровень
Более показан стресс-тест с визуализацией (стресс-ЭхоКГ или стресс-перфузию миокарда), чем проба с ФН	I	A
При низком риске (+) на стресс-тесте следует предусмотреть усиление МТ и изменение образа жизни.		
При показателях высокого/промежуточного риска (++) при стресс-тесте следует планировать КАГ	IIa	C
Для особых категорий больных следует предусмотреть раннее проведение стресс-теста с визуализацией	IIa	C
Рутинное проведение стресс-теста может быть предусмотрено через > 2 года после ЧКВ и > 5 лет после АКШ	IIb	C

Примечание: (+) – Низкий риск при стресс-тесте с визуализацией – это ишемия при высоком уровне нагрузки, с поздним началом, одна зона аномалий движения стенки низкой степени или маленький обратимый дефект перфузии, или отсутствие признаков ишемии.
(++) – Промежуточный или высокий риск при стресс-тесте с визуализацией – это ишемия при низком уровне нагрузки, с ранним началом, множественные зоны аномалий движения стенки высокой степени или обратимый дефект перфузии.

- большое потребление кислорода;
- больные, реанимированные после внезапной смерти;
- больные с осложненным течением во время реваскуляризации (периоперационный ИМ, эндартерэктомия во время АКШ и т.д.);
- страдающие сахарным диабетом (особенно 1 типа);
- больные с многососудистым заболеванием и остаточными промежуточными поражениями или скрытой ишемией.

Рекомендации по выбору стратегии наблюдения у бессимптомных больных и больных с симптомами представлены в таблицах 3 и 4. Как указывается в рекомендациях, данная стратегия наблюдения и ведения пациентов после реваскуляризации миокарда предполагает, что больные изменили свой образ жизни и получают оптимальную МТ.

Очень важный акцент в ведение пациента после реваскуляризации миокарда делается на вторичной профилактике осложнений, в которую плавно должна переходить кардиореабилитация. В таблице 5 представлен план ведения пациента после реваскуляризации миокарда и перечислены фармакологические компоненты оптимальной МТ.

В практических целях был предложен мнемонический подход «ABCDE», где:

- «А» – Антитромбоцитарная терапия, Антикоагуляция (ингибирование) Ангиотензин-превращающего фермента или (блокада) Ангиотензиновых рецепторов;
- «В» – Бета-адреноблокада и контроль уровня артериального давления (АД);
- «С» – Снижение уровня холестерина (ХС) и прекращение курения;
- «D» – лечение Диабета и Диетотерапия;
- «Е» – нагрузка.

Большое внимание в рекомендациях уделяется антитромботической и антиагрегационной терапии на разных этапах (пред-, постоперационном, во время процедуры) реваскуляризации миокарда.

Рекомендуемая продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии после ЧКВ: 1 месяц после имплантации непокрытых стентов при стабильной стенокардии; 6–12 месяцев после имплантации СЛП у всех больных; 1 год у всех больных после ОКС независимо от стратегии реваскуляризации миокарда.

Есть данные о том, что в некоторых популяциях больных (например, в группе высокого риска тромбоемболических осложнений, после имплантации сиролimus- или паклитаксель-элюирующих стентов), благоприятный эффект оказывает более длительная (> 1 года) двойная дезагрегантная терапия. Недостат-

ком этой стратегии является возможность повышения риска тяжелых кровотечений с течением времени.

Рекомендуемая продолжительность двойной антитромбоцитарной терапии после АКШ: показания к продолжительности лечения зависят от клинических показаний (стабильная ИБС, ОКСбпСТ, ИМпСТ), но вторичная профилактика требует пожизненной антитромбоцитарной терапии: 75–325 мг аспирина ежедневно. В случае непереносимости аспирина следует применять клопидогрел.

Рекомендуемая тройная антитромботическая терапия состоит из аспирина, клопидогреля (или прасугреля) и антагониста витамина К (варфарина); применяется только при наличии веских показаний, в частности, при пароксизмальной, персистирующей или постоянной формах фибрилляции предсердий с оценкой по шкале CHADS2 ≥ 2 , механических клапанов сердца, тромбозе глубоких вен в ближайшем или давнем анамнезе или легочной эмболии; прописывается только на минимальный, необходимый период времени и проводится с частым измерением МНО (целевое МНО 2–2,5).

Взаимодействие лекарственных средств с клопидогрелем: статины воздействуют на метаболизм клопидогреля через CYP3A4, и это взаимодействие препаратов практически не

Таблица 4. Стратегии наблюдения и ведения больных с симптомами ишемии после реваскуляризации миокарда

Рекомендации	Класс	Уровень
Более показан стресс-тест с визуализацией (стресс-ЭхоКГ или стресс-перфузию миокарда), чем проба с ФН	I	A
При низком риске (+) на стресс-тесте следует предусмотреть усиление МТ и изменение образа жизни	I	B
При показателях высокого/промежуточного риска (++) при стресс-тесте следует планировать КАГ	I	C
Больным с ИМпСТ рекомендуется экстренная КАГ	I	A
У больных высокого риска с ОКСбпСТ показана ранняя инвазивная стратегия	I	A
У больных низкого риска с ОКСбпСТ показана плановая КАГ	I	C



Таблица 5. Долгосрочные меры, направленные на изменение образа жизни и факторов риска после реваскуляризации миокарда

Меры	Класс	Уровень
Долгосрочное ведение больных основано на стратификации риска, которая должна включать:		
• полное клиническое и физикальное обследование	I	C
• ЭКГ	I	B
• лабораторные анализы	I	B
• определение гликированного гемоглобина (HbA1c)	I	A
• оценку уровня физической активности по данным анамнеза и теста с ФН	I	B
• ЭхоКГ до и после АКШ	I	C
Следует предусмотреть проведение ЭхоКГ до и после ЧКВ	IIa	C
• Рекомендации по физической активности и упражнениям включают минимум 30–60 минут умеренно повышенной аэробной активности ежедневно.	I	A
• Для больных группы высокого риска (после недавней реваскуляризации, с сердечной недостаточностью) рекомендуется выполнение программ под наблюдением врача	I	B
Можно предусмотреть упражнения на развитие выносливости (2 дня в неделю)	IIb	C
• Целью диеты и контроля за весом должен быть ИМТ* < 25 кг/м ² при окружности талии (ОТ) < 94 см у мужчин и < 80 см у женщин.	I	B
• Рекомендуется оценивать ИМТ и/или ОТ при каждом посещении врача и постоянно поощрять поддержание/снижение веса.	I	B
• Исходной целью терапии, направленной на снижение веса, является сокращение МТ примерно на 10% от исходной	I	B
• Рекомендуется выбор здоровой пищи		B
• Рекомендуется лечебная диета и изменение образа жизни	I	B
• Рекомендуется добиться уровня ХС ЛНП** < 100 мг/дл (2,5 ммоль/л)	I	A
• Больным высокого риска рекомендуется добиться уровня ХС ЛНП** < 70 мг/дл (2,0 ммоль/л)	I	B
Можно предусмотреть повышение потребления омега-3 жирных кислот в виде рыбьего жира	IIb	B
• Рекомендуется изменение образа жизни и фармакотерапии для достижения уровня АД < 130/80 мм рт. ст.	I	A
• В качестве терапии первой линии для снижения уровня АД БАБ и/или ИАПФ	I	A
При каждом посещении врача рекомендуется оценивать статус курильщика, настаивать на прекращении курения и советовать избегать пассивного курения	I	B
Для диабетиков рекомендуется:		
• Изменение образа жизни и фармакотерапии для достижения HbA1c < 6,5%	I	B
• Решительная модификация остальных факторов риска	I	B
• Координация лечения диабета с врачом-специалистом	I	C

имеет клинического значения; прием ингибиторов протонной помпы на фоне двойной дезагрегантной терапии не следует прекращать, если они показаны.

У больных, перенесших ОКС, вторую (первая производится при поступлении) оценку уровня липидов плазмы крови следует осуществлять через 4–6 недель после острого события и/или начала липидснижающей терапии, третью – через 3 месяца.

У больных ИБС необходимо оценивать мышечные симптомы и уровень креатинкиназы в крови сразу после начала терапии статинами, повторно оценивать мышечные сим-

птомы при каждом посещении врача, а уровень креатинкиназы в крови определять при наличии жалоб больной на неприятные ощущения, напряжение или боль в мышцах. Ферменты печени следует определять перед началом лечения, через 8–12 недель после, при увеличении дозы, а потом ежегодно или чаще, по показаниям.

Предлагаемая в рекомендации ESC/EACTS долгосрочная терапия после реваскуляризации миокарда представлена в таблице 6.

Нет сомнений в том, что представленные рекомендации, особенно в части правильной оценки пациента

и его ведения после операций по реваскуляризации миокарда помогут врачам в их ежедневной клинической практике.

Суждение о клопидогреле (вне рамок рекомендаций ESC/EACTS).

Клопидогрел обладает значительными преимуществами при ЧКВ, его также можно использовать при острых ситуациях. Он имеет хорошую безопасность и переносимость. Клопидогрел быстро абсорбируется при приеме per os (пища не влияет на этот процесс), его максимальная концентрация в плазме крови достигается через 1 час. Это лекарство быстро метаболизируется в печени



Таблица 6. Долгосрочная медикаментозная терапия после реваскуляризации миокарда

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем больным с фракцией выброса (ФВ) ЛЖ < 40%, а также при АГ, диабете или хроническом заболевании почек следует начинать прием ИАПФ и продолжать его неопределенно долго, если это не противопоказано	I	A
Следует предусмотреть назначение ИАПФ всем больным, если это не противопоказано	IIa	A
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БРА) показаны всем больным с сердечной недостаточностью или ИМ и ФВ ЛЖ < 40%, не переносящим ИАПФ	I	A
Следует предусмотреть назначение БРА всем больным, не переносящим ИАПФ	IIa	A
Показано начинать и продолжать прием БАБ во всех случаях ИМ, или ОКС, или дисфункции ЛЖ, если это не противопоказано	I	A
Высокие дозы липидснижающих препаратов показаны всем больным, независимо от уровня липидов, если это не противопоказано	I	A
Следует рассмотреть возможность назначения фибратов и омега-3 жирных кислот (1 г/день) в сочетании со статинами и у больных, не переносящих статины	IIa	B
Для повышения уровня ХС ЛВП можно назначать никотиновую кислоту (ниацин)	IIb	B

и имеет двойной путь выведения из организма, а быстро развивающееся и продолжительное действие делает возможным применение клопидогреля один раз в сутки. Ингибирование (до 60%) агрегации тромбоцитов посредством аденозиндифосфата достигается в пределах двух часов после однократного приема 75 мг клопидогреля и стабилизируется на этом уровне через 3–7 дней лечения. При этом время кровотечения увеличивается до значения, превышающего исходное в 2 раза.

Клопидогрел рекомендовано назначать для профилактики тромбоза всем больным, перенесшим ЧКВ, однократно в поддерживающей дозе 75 мг в сутки [3, 4]. За последние годы в связи с наличием дополнительных данных произошли определенные изменения в длительности приема клопидогреля (рекомендации американских экспертов разных сообществ ACC/AHA/SCAI) [4].

Клопидогрел после ЧКВ на КА настоятельно рекомендуют принимать пациентам:

- после имплантации стента, закрытого лекарством, по крайней мере, 12 месяцев (если у пациента нет высокого риска кровотечения); если пациентам имплантирован стент, выделяющий лекарство, то можно рассмотреть продолжение терапии по прошествии 15 мес.; после имплантации «обнаженного» металлического стента минимум 1 месяц, но лучше 12 месяцев (при отсутствии повышенного риска кровотечений). У больных, не переносящих

аспирин, клопидогрел является альтернативным препаратом и принимается неопределенно долго. Назначая клопидогрел пациентам, леченных аспирином после ЧКВ, через 12 мес. можно ожидать снижение риска сердечно-сосудистых осложнений (смерти, ИМ и инсульта) на 37% относительно монотерапии аспирином (рандомизированное клиническое исследование CREDO).

Результаты регистра PREMIER (2006) показали, что досрочная отмена больным рекомендованного приема клопидогреля после установки стентов, выделяющих лекарства, существенно ухудшает их выживаемость [5].

Больным ОКС, в том числе после ЧКВ, для предотвращения коронарных событий, тромбоза и рестеноза стента рекомендуется двойная антитромбоцитарная защита – совместное применение аспирина и клопидогреля на определенные сроки и при тщательном наблюдении за пациентом (мнение американских экспертов ACC/AHA/SCAI) [4]:

- после ЭВВ с максимальным сроком до 12 мес. независимо от типа стента (при отсутствии кровотечений и других противопоказаний двойная антитромбоцитарная терапия у пациентов с установленным стентом с антипролиферативным покрытием может быть продолжена и после 12 мес., однако ее длительность не определена);
- после нестабильной стенокардии и ИМбпСТ до 9 мес.;

- после ИМпСТ до 12 мес.

Продолжить терапию клопидогрелем свыше 12 месяцев (неопределенно долго) могут пациенты, которым имплантирован стент с лекарственным покрытием.

Одна из проблем массовой российской медицины – это ее неинвазивность и вообще малая технологичность, что уменьшает вероятность ЧКВ, особенно при развитии ОКС. Основные пути, ведущие к снижению числа осложнений во время обострений КБС – ранняя ангиопластика со стентированием, к сожалению, сегодня не могут полноценно использоваться. Радиальное изменение ситуации в ближайшие годы, очевидно, невозможно по многим причинам, в том числе и экономическим. Поэтому широкое внедрение в клиническую практику эффективных лекарств (например, прием одной таблетки клопидогреля в день), не требующее дорогого оборудования, – единственная возможность сравнительно быстро улучшить результаты лечения пациентов очень высокого риска.

Способствовать этому может и внедрение в клиническую практику генериков клопидогреля. Одним из недавно зарегистрированных в РФ генериков клопидогреля является препарат ПЛАГРИЛ® (компания «Д-р Редди`с»). Данный препарат зарегистрирован не только в России, но и в США, Великобритании. Его эффективность и выгодная экономическая составляющая помогут увеличить доступность клопидогреля для большего числа лиц, нуждающихся в нем. ☺