

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ

А. Сыров, кандидат медицинских наук
Консультативно-диагностический центр №6 Департамента здравоохранения Москвы
E-mail: syrman2002_1@yahoo.com

Обсуждается комбинированная антикоагулянтная и антитромботическая терапия (ее объем и длительность) у пациента с фибрилляцией предсердий после перенесенного инфаркта миокарда и баллонной ангиопластики со стентированием коронарной артерии. Назначаемая терапия должна определяться на индивидуальной основе для каждого конкретного пациента.

Ключевые слова: кардиология, лечение фибрилляции предсердий, антикоагулянтная и антитромбоцитарная терапия, оценка риска тромбэмболических и геморрагических осложнений.

Больной П., 75 лет, был направлен на консультацию кардиолога поликлиники сразу после выписки из стационара, где находился с диагнозом: ИБС, острый инфаркт миокарда (ОИМ) переднебоковой стенки левого желудочка (ЛЖ). Коронароангиография (КАГ), баллонная ангиопластика (БАП) и стентирование передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ). Блокада левой ножки пучка Гиса. Фибрилляция предсердий (ФП), постоянная форма. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия (АГ) II степени, риск очень высокий (4 балла). Сердечная недостаточность 2 функционального класса (ФК) по NYHA.

В анамнезе у пациента: в течение многих лет — АГ; регулярно антигипертензивные препараты не принимал. Около 5 лет — ФП, постоянная форма. Планировал принимать варфарин в дозе 3,75 мг (1,5 таблетки). Необходимого ежемесячного контроля показателя международного нормализованного отношения (МНО) не было. Прекратил курить 2 нед назад, с момента развития инфаркта миокарда (ИМ).

Две недели назад госпитализирован в сосудистый центр с болями в грудной клетке. ЭКГ при поступлении: ФП, впервые зарегистрированная полная блокада левой ножки пучка Гиса. В анализе крови: тропониновый тест отрица-

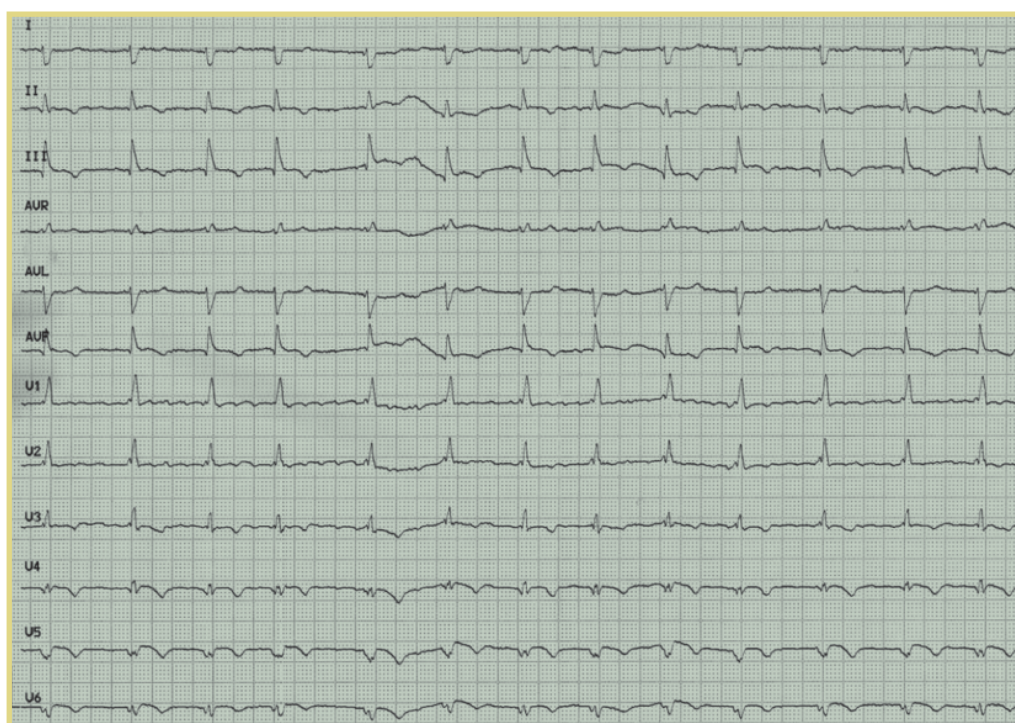
тельный, через 6 ч — 1,4 мкм/л (норма — до 0,04 мкм/л), содержание креатинина — 117 мкмоль/л, холестерина — 6,9 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) — 3,9 ммоль/л, глюкозы — 5,6 ммоль/л, МНО — 1,49.

Выполнена экстренная КАГ: в проксимальной трети ПМЖВ — изъязвленная атеросклеротическая бляшка, стенозирующая просвет на 80%, в средней трети — бляшка, перекрывающая просвет артерии на 95%. Других значимых участков стеноза не выявлено. Проведено стентирование ПМЖВ в 2 местах стентами DriverSprint 4,5×18 мм.

Эхокардиография (ЭхоКГ): гипокинез верхушки и боковой стенки ЛЖ. Фракция выброса (ФВ) 34%, конечный систолический размер ЛЖ увеличен до 5,0 см, дилатация левого предсердия до 4,8 см, митральная регургитация II степени. Умеренная гипертрофия ЛЖ: задняя стенка ЛЖ и межжелудочковая перегородка — по 13 мм (норма — до 11 мм).

Рекомендованное при выписке из стационара лечение: варфарин 5 мг/сут под контролем МНО, целевое МНО 2,0–2,5; ацетилсалициловая кислота (АСК) — 75 мг/сут 1 мес; клопидогрел — 75 мг/сут в течение 12 мес; бисопролол — по 5 мг 2 раза в сутки; периндоприл — 2,5 мг на ночь, под контролем АД; аторвастатин — 40 мг; ранитидин — по 150 мг 2 раза в сутки на период приема антитромбоцитарной терапии.

Пациент жалуется на одышку при обычной ходьбе. При осмотре: состояние удовлетворительное. Пастозность голеней. Частота дыхания — 16 в минуту. В легких застойных явлений нет. Тоны сердца аритмичные, ФП с частотой сердечных сокращений 85 в минуту. АД 140/70 мм рт. ст. На ЭКГ: ФП, нормосистолия. Блокады левой ножки пучка Гиса нет. Рубцовые изменения верхушки и переднеперегородочной области ЛЖ (см. рисунок).



ЭКГ пациента на момент осмотра (описание в тексте)

В соответствии с действующими рекомендациями по лечению ФП проведена стратификация риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений по шкалам CHA₂DS₂ VAS_C и HAS BLED (табл. 1, 2). Чем больше сумма полученных баллов, тем выше риск. Так, при 0 баллов по шкале CHA₂DS₂ VAS_C антикоагулянтная терапия не нужна,

Таблица 1

Шкала CHA ₂ DS ₂ VAS _C [1, 4]		
Показатель	Фактор риска	Баллы
C	Хроническая СН	1
H	АГ	1
A ₂	Возраст ≥75 лет	2
D	Сахарный диабет	1
S ₂	Инсульт, или транзиторная ишемическая атака, или тромбоэмболия в анамнезе	2
V	Сосудистые заболевания (ОИМ, атеросклероз артерий)	1
A	Возраст 65–74 года	1
S _C	Женский пол*	1

Примечание. * – Дополнительный фактор, учитывается только при наличии других факторов риска.

Таблица 2

Шкала HAS BLED [1, 4]		
Показатель	Клиническая характеристика	Баллы
H	АГ	1
A	Нарушение функции печени или почек – по 1 баллу	1 или 2
S	Инсульт в анамнезе	1
B	Кровотечение в анамнезе или склонность к нему	1
L	Лабильное МНО	1
E	Возраст >65 лет	1
D	Прием некоторых лекарств/алкоголя – по 1 баллу	1 или 2

при 1 балле, в соответствии с новыми Европейскими рекомендациями [5], показана антикоагулянтная терапия (такой фактор риска, как женский пол, является дополнительным и в этой ситуации не учитывается) [4]. Если набрано 2 балла или выше, риск тромбоэмболических осложнений высокий и назначение антикоагулянтной терапии является обязательным (1,3–5,0). При оценке по шкале HAS BLED ≥3 риск геморрагических осложнений высокий, и требуются дополнительные меры по его снижению, например, применение ингибиторов протонной помпы с целью уменьшения риска желудочных кровотечений. Не рекомендуется совместное назначение клопидогрела и омепразола из-за взаимно нейтрализующего действия (в связи со сходным путем метаболизма с помощью печеночных цитохромов). При назначении клопидогрела препаратом выбора в этой ситуации является пантопразол [1–5].

Риск тромбоэмболических осложнений у больного П. очень высокий – 5 баллов (возраст 75 лет – 2 балла, АГ, ОИМ, СН – по 1 баллу), геморрагический риск умеренный – 2 балла (возраст, АГ – по 1 баллу).

Европейский консенсус экспертов (2014) впервые дал четкие рекомендации по проведению антитромботической терапии у пациентов с ФП, принимающих антикоагулянты и перенесших острый коронарный синдром (ОКС) с развитием или без развития ОИМ и (или) коронарную ангиопластику. Объем и длительность антитромботической терапии напрямую зависят от риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений (табл. 3, 4).

Таким образом, пациенту показаны прием варфарина с поддержанием МНО на уровне 2,0–2,5 и двойная антитромбоцитарная терапия АСК и клопидогрелом в течение 1 года. В настоящее время данных о применении в данной ситуации тикагрелора и прасугрела нет, поэтому применять данные препараты не рекомендуется [2]. Несмотря на ограниченные данные о применении новых оральных антикоагулянтов, возможно их использование вместо варфарина в минимально эффективных для профилактики эмболического инсульта дозах. Дабигатранаэтексилат назначают в дозе 110 мг 2 раза, ривароксабан – 15 мг 1 раз, апиксабан – 2,5 мг 2 раза в сутки [2].

Пациенту назначено плановое лечение: варфарин 5 мг/сут постоянно (с контролем МНО при подборе его целевого уровня – 1 раз в 5 дней), а после достижении МНО 2,0–2,5 – варфарин в той же дозе с контролем МНО 1 раз в месяц; АСК – 75 мг/сут

Таблица 3

Антитромботическая терапия у пациентов с ФП, ОКС и (или) ЧКВ при риске тромбоэмболических осложнений 1 балл по шкале CHA ₂ DS ₂ VAS _C [2]					
1-й этап	Риск инсульта		CHA ₂ DS ₂ VAS _C = 1		
2-й этап	Риск кровотечения		HAS BLED=0-2		HAS BLED≥3
3-й этап	Клиническая ситуация	Стабильная ИБС + ЧКВ	ОКС	Стабильная ИБС + ЧКВ	ОКС
4-й этап	0	O + A + C или A + C	O + A + C	O + C или A + C	O + A + C
	4 нед				
	6 мес	O + A или C или A + C	O + A или C		O + A или C
	12 мес				
Неопределенно долго			Оральные антикоагулянты		

Примечание. ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; O – оральные антикоагулянты, A – АСК, C – клопидогрел (здесь и в табл. 4).

Таблица 4

Антитромботическая терапия у пациентов с ФП, ОКС и (или) ЧКВ при риске тромбозмболических осложнений ≥ 2 балла по шкале CHA₂DS₂ VAS_c [2]

1-й этап	Риск инсульта		CHA ₂ DS ₂ VAS _c ≥ 2		
2-й этап	Риск кровотечения		HAS BLED= 0-2		HAS BLED ≥ 3
3-й этап	Клиническая ситуация	Стабильная ИБС + ЧКВ	ОКС	Стабильная ИБС + ЧКВ	ОКС
4-й этап	0			O + A + C	O + A + C
	4 нед	O + A + C	O + A + C		
	6 мес			O + A или C	O + A или C
	12 мес	O + A или C	O + A + C		
Неопределенно долго			Оральные антикоагулянты		

в течение 12 мес; клопидогрел – 75 мг/сут в течение 12 мес; бисопролол – 10 мг 1 раз в сутки, при пульсе <50 в минуту не принимать и уменьшить плановую дозу; периндоприл – 2,5 мг на ночь под контролем АД; аторвастатин – 40 мг с поддержанием уровня ЛПНП <1,8 ммоль/л, контроль липидного профиля через 2 мес с коррекцией дозы статина. С учетом невысокого риска геморрагических осложнений и отсутствия в анамнезе данных о патологии желудочно-кишечного тракта ранитидин отменен. Из-за нарушения систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ 34%) и клинических проявлений СН (одышка, небольшие отеки) к лечению добавлен торасемид в дозе 10 мг (утром, после завтрака). Рекомендовано динамическое наблюдение 1 раз в месяц с контролем МНО.

Литература

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК и ВНОА, вып. 2. Под ред. В.А. Сулимова / Профмедфорум, 2012; 112 с.
2. Lip G., Windecker S., Huber K. et al. Management of antithrombotic therapy in atrial fibrillation patients presenting with acute coronary syndrome and/or undergoing percutaneous coronary or valve interventions: a joint consensus document of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis,

European Heart Rhythm Association (EHRA), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and European Association of Acute Cardiac Care (ACCA) endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS) and Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS) // Eur. Heart J. – 2014; 35: 3155–79 doi:10.1093/eurheartj/ehu298.

3. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2010; 31.

4. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation // Eur. Heart J. – 2012; 33: 2719–47 doi:10.1093/eurheartj/ehs253.

5. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society // J. Am. Coll. Cardiol. – 2014; 64 (21): 1–76. doi:10.1016/j.jacc.2014.03.022.

ANTITHROMBOTIC THERAPY IN COMORBID PATIENTS

A. Syrov, Candidate of Medical Sciences
Consulting Diagnostic Center Six, Moscow Healthcare Department

The paper discusses combined anticoagulant and antithrombotic therapy (its volume and duration) in a patient with atrial fibrillation after prior myocardial infarction and balloon angioplasty with coronary artery stenting. Therapy to be prescribed should be individually determined for each specific patient.

Key words: cardiology, atrial fibrillation treatment, anticoagulant and antithrombotic therapy, assessment of risk for thromboembolic and hemorrhagic complications.