

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края
государственное автономное учреждение здравоохранения
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
Е-mail: priem@kkb.chita.ru

от 30.12.2025 г. №962-о

УТВЕРЖДАЮ

И.о. главного врача


М.Л.Алферьев

Информационное письмо

**Показания к трехкомпонентной
антитромботической терапии у кардиологических
больных**

*Заведующий отделением кардиологии С.И.Хлуднев
врачи-кардиологи: З.М.Жигула,
Ю.А.Куклина, Е.В.Афонюшкина, Г.А.Шадрина, Н.А.Куйдина*

Трехкомпонентная анти тромботическая терапия необходима для снижения сердечно-сосудистой смертности у ряда пациентов, но соответственно повышается и риск кровотечений. В связи с этим данная терапия должна назначаться по строгим показаниям с **учетом ишемического и геморрагического рисков**. В кардиологической практике можно выделить 2 клинические ситуации, когда нужно решить вопрос о назначении трехкомпонентной анти тромботической терапии:

1. У пациентов с ИМпST и с ИМбпST с ожидаемыми высоким риском ишемических событий при отсутствии высокого геморрагического риска, не переносивших в прошлом инсульт или транзиторную ишемическую атаку, для снижения риска смерти, ИМ, инсульта и риска тромбоза коронарных стентов к сочетанию **ацетилсалициловая кислота (АСК) + клопидогрел** (после завершения лечения парентеральным антикоагулянтом) рекомендуется **добавить ривароксабан в дозе 2,5мг*2раза в сутки** сроком на **1 год**. Далее через год при сохранении высокого ишемического риска можно продолжить прием АСК+ ривароксабан в дозе 2,5мг*2раза в сутки неопределенно долго.

Больные высокого риска коронарных осложнений:

- сочетание коронарной болезни сердца в сочетании с одним из следующих критериев:
- СД, требующий лечения;
- повторные ИМ в анамнезе;
- многососудистая коронарная болезнь сердца;
- сочетание коронарного и периферического атеросклероза;
- преждевременная коронарная болезнь сердца (в возрасте до 45 лет);
- ускоренное развитие коронарной болезни сердца (два острых коронарных события за предшествующие 2 года),
- хроническое системное воспалительное заболевание (системная красная волчанка, артрит, носительство вируса иммунодефицита человека);

- рСКФ 15-59 мл/мин/1,73 м²;

технические аспекты выполненного ЧКВ – имплантация как минимум 3 стентов, вмешательство как минимум на 3 стенозах, общая длина стентов более 60 мм, комплексная реваскуляризация (стентирование ствола левой коронарной артерии, бифуркационное стентирование как минимум 2 стентами, стентирование хронических окклюзий, стентирование последнего проходимого сосуда);

- тромбоз стента в анамнезе на фоне лечения антиагрегантами.

Высокий геморрагический риск:

- внутричерепное кровотечение, ишемический инсульт или другая внутричерепная патология в анамнезе,

- недавнее желудочно-кишечное кровотечение или анемия из-за потери крови через желудочно-кишечный тракт,

другая патология желудочно-кишечного тракта с повышенным риском кровотечений,

- печеночная недостаточность,

- геморрагический диатез или коагулопатия,

- старческий возраст или старческая астения,

- ХБП, требующая диализа или с рСКФ <15 мл/мин/1,73 м².

Данный подход не изучен и не может использоваться у пациентов, получающих прасугрел или тикагрелор, а также у нуждающихся в использовании более высоких доз пероральных антикоагулянтов (см. п.2).

2. При необходимости в длительном использовании пероральных антикоагулянтов в высоких дозах (неклапанная фибрилляция предсердий (ФП) с суммой баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc ≥ 2 у мужчин или ≥ 3 у женщин; ФП в сочетании с умеренным/тяжелым митральным стенозом; тромбоз глубоких вен / тромбоэмболия легочной артерии, требующие лечения антикоагулянтами; тромб в левом желудочке; механические протезы клапанов сердца) у пациентов с острым коронарным синдромом, а также

после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) при хронической ИБС рекомендуется **применение сочетания перорального антикоагулянта с АСК и клопидогрелом** (тройная антитромботическая терапия) в течение 1-7 дней (до выписки из стационара), с последующей отменой АСК.

Тройную терапию с аспирином, клопидогрелом и оральным антикоагулянтом **более 1 нед.** после ЧКВ следует рассмотреть у пациентов, у которых **высокий риск тромбоза стента** (стентирование левой коронарной артерии или единственной проходимой артерии; субоптимальное раскрытие стента; длина стента >60 мм; сахарный диабет; хроническая болезнь почек; бифуркационное стентирование двумя стентами; лечение хронической тотальной окклюзии; предшествующий тромбоз стента на оптимальной антитромботической терапии) **преобладает над риском развития кровотечения**, с общей продолжительностью до 1 мес.

Далее двойная антитромботическая терапия (пероральный антикоагулянт и клопидогрел) применяется до 12 месяцев (при высоком геморрагическом риске и после ЧКВ при хронической ИБС до 6 мес.), после чего клопидогрел отменяется, продолжается «монотерапия» пероральным антикоагулянтом в целевой для профилактики тромбоэмболических событий дозе. У пациентов с ФП, нуждающихся в сочетании антикоагулянта и антитромбоцитарных препаратов, для снижения риска кровотечений рекомендуется использовать прямые пероральные антикоагулянты (ПОАК) (апиксабан, дабигатрана этексилат, ривароксабан), а не антагонисты витамина К (если к ПОАК нет противопоказаний).

Для снижения риска желудочно-кишечных кровотечений на период применения тройной или двойной антитромботической терапии рекомендуется использовать ингибиторы протонного насоса, но не омепразол/эзомепразол (возможно ослабление антитромбоцитарного эффекта клопидогрела).