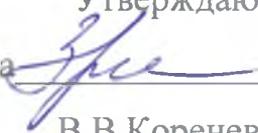


РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения
КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 26 июня 2023 г. № 547-о

Утверждаю
И.о.главного врача 
В.В.Коренев

Информационное письмо

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

Заведующий отделением кардиологии Хлуднев С.И., Доцент, к.м.н., врач-кардиолог Жигула З.М., врач-кардиолог Ломоносова М.Н.

Показания к трехкомпонентной антитромботической терапии у кардиологических больных

Трехкомпонентная антитромботическая 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 антитромботической терапии:

1. У пациентов с ИМпСТ и с ИМбпСТ с ожидаемыми высоким риском ишемических событий при отсутствии высокого геморрагического риска, не переносивших в прошлом инсульт или транзиторная ишемическая атака, 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 ишемического риска:

- лица ≥ 65 лет или моложе, но в сочетании с документированным поражением или вмешательством в двух сосудистых бассейнах, или в сочетании с минимум двумя факторами риска:

- курение,
- сахарный диабет,
- нарушение функции почек (СКФ 15-60мл/мин),
- нетяжелая ХСН (ФВЛЖ $>30\%$ и класс по NYHA I-II).

Высокий геморрагический риск:

- в анамнезе внутричерепное кровоизлияние/внутричерепные мальформации,
- ишемический инсульт в течение 1 мес.,
- недавнее желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК),
- анемия,
- патология желудочно-кишечного тракта с высоким риском ЖКК,
- печеночная недостаточность,
- геморрагические диатезы/коагулопатии,
- старческий возраст/«хрупкие» пожилые,
- ХБП 5ст.,
- тяжелая ХСН.

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 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).