

Маленькі сердечка  
для активних сердець

30  
таблеток

# КАРДІОМАГНІЛ

## АНТИТРОМБОТИЧНИЙ ЗАСІБ

**Ацетилсаліцилова кислота**  
**Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг**

**Діюча речовина:** кислота ацетилсаліцилова. **Лікарська форма:** таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг. **Фармакотерапевтична група.** Антитромботичні засоби. Інгібітори агрегації тромбоцитів, за винятком гепарину. Код АТХ В01А С06. **Фармакологічні властивості.** Ацетилсаліцилова кислота (АСК) є анальгетичним, протизапальним та жарознижувальним і антиагрегатним засобом. **Показання.** Гостра та хронічна ішемічна хвороба серця; профілактика повторного тромбоутворення; первинна профілактика тромбозів, серцево-судинних захворювань, таких як гострий коронарний синдром у пацієнтів віком від 50 років, у яких присутні фактори ризику розвитку захворювань серцево-судинної системи: артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, цукровий діабет, ожиріння (індекс маси тіла > 30), спадковий анамнез (інфаркт міокарда у пацієнтів віком до 55 років принаймні у одного з батьків або брата чи сестри). **Протипоказання.** Гіперчутливість до АСК, інших саліцилатів або до будь-якого компонента препарату, астма, спричинена застосуванням саліцилатів або НПЗП в анамнезі, гострі пептичні виразки, геморагічний діатез, ниркова, печінкова і серцева недостатність тяжкого ступеня, комбінація з метотрексатом. **Побічні реакції.** Шлунково-кишкові розлади: часті прояви та симптоми диспепсії, біль в епігастральній ділянці та абдомінальний біль. Внаслідок антиагрегантної дії на тромбоцити ацетилсаліцилова кислота може асоціюватися з ризиком розвитку кровотеч, подовженням часу кровотечі. Реакції підвищеної чутливості, включаючи астматичний стан, шкірні реакції легкого або середнього ступеня, а також з боку респіраторного тракту, шлунково-кишкового тракту та серцево-судинної системи, включаючи такі симптоми, як висипання, кропив'янка, набряк, свербіж, риніт, закладання носа, серцево-дихальна недостатність і дуже рідко – тяжкі реакції, включаючи анафілактичний шок. **Категорія відпуску.** Без рецепта – 30 таблеток, за рецептом – 100 таблеток. **Р. п. МОЗ України:** Кардіомагніл: UA/10141/01/01 від 06.03.2020 №630. **Виробник.** Такеда ГмбХ, місце виробництва Оранієнбург, Німеччина. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів і для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Повідомити про небажане явище або про скаргу на якість препарату Ви можете до ТОВ «Асіно Україна».

Представник в Україні ТОВ «Асіно Україна», 03124, м. Київ, бул. В. Гавела, б. 8.

 **acino**

# Антитромботична терапія за гострого коронарного синдрому: нові рекомендації Європейського товариства кардіологів

Улітку опубліковано оновлені рекомендації Європейського товариства кардіологів (ЄТК) щодо діагностики та лікування гострого коронарного синдрому (ГКС). До ГКС належить континуум гострих станів: від нестабільної стенокардії до інфаркту міокарда з підйомом сегмента ST. Антитромботична терапія, що включає антиагреганти й антикоагулянти, є важливою складовою лікування всіх пацієнтів із ГКС. Конкретний вибір, комбінація терапії, час її початку та тривалість залежать від різних чинників (як із боку пацієнта, так і з погляду його клінічного маршруту). Цим питанням у рекомендаціях ЄТК присвячено окремий розділ. Додано низку нових рекомендацій, яких не було в попередніх редакціях рекомендацій.

## Антиагрегантна терапія в гострій фазі

Рекомендовані варіанти антитромботичної терапії за замовчуванням для хворих із ГКС без показань до оральної антикоагулянтної терапії показано на рисунку.

Ацетилсаліцилова кислота (АСК) залишається незмінним компонентом антитромботичної терапії у гострому періоді та протягом року після перенесеного ГКС незалежно від місця та стратегії надання допомоги (із проведенням реперфузії чи без). **Подвійна антитромботична терапія (ПАТ)**, що включає АСК та інгібітор рецептора P2Y<sub>12</sub>, рекомендована як стандартна стратегія (за замовчуванням) для пацієнтів із ГКС.

АСК призначається в початковій (навантажувальній) дозі 150-300 мг якнайшвидше від появи симптомів ГКС із подальшим продовженням прийому в підтримувальній дозі 75-100 мг 1 р/день (клас рекомендації I, рівень доказів A). Перша доза інгібітора P2Y<sub>12</sub> є навантажувальною, а надалі призначається постійна доза для продовження терапії протягом 12 міс, якщо немає високого ризику кровотечі (I, A).

Серед інгібіторів P2Y<sub>12</sub> пріоритетні позиції отримали прасугрель і тикагрелор, а клопідогрель має роль резервного препарату. Прасугрель рекомендований пацієнтам, які раніше не отримували інгібітор рецептора P2Y<sub>12</sub>, котрим проводиться черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ). Навантажувальна доза – 60 мг, згодом – по 10 мг 1 р/добу чи 5 мг 1 р/добу для хворих віком  $\geq 75$  років або з масою тіла  $< 60$  кг (I, B). Тикагрелор рекомендовано незалежно від стратегії лікування (інвазивна чи консервативна): навантажувальна доза складає 180 мг, згодом – по 90 мг 2 р/добу (I, B). Клопідогрель, який характеризується менш ефективним і варіабельнішим інгібуванням тромбоцитів, слід застосовувати лише тоді, коли прасугрель або тикагрелор протипоказані чи недоступні (I, C). Також клопідогрель – опція для деяких хворих із підвищеним ризиком кровотеч у віці  $> 70$  років.

**Нова рекомендація:** якщо пацієнти із ГКС припиняють ПАТ для проведення аортокоронарного шунтування, їм рекомендується відновити ПАТ після операції та продовжувати її щонайменше протягом 12 міс (I, C).

## Підтримувальна антиагрегантна терапія після ревазуляризації

Постінтервенційне антитромботичне лікування є обов'язковим для пацієнтів із ГКС. Після ЧКВ зазвичай рекомендується схема ПАТ за замовчуванням, яка складається з потужного інгібітора рецептора P2Y<sub>12</sub> (прасугрель або тикагрелор) і АСК, тривалістю 12 міс незалежно від типу стенту, якщо немає протипоказань. Винятками є пацієнти, котрим терміново необхідне хірургічне втручання, хворі, яким показаний оральний антикоагулянт (ОАК), а також пацієнти, в яких ризик кровотечі значно вищий з інших причин. Їм присвячені наступні підрозділи рекомендацій.

## Нові рекомендації.

### Альтернативні антитромботичні стратегії для зниження ризику кровотечі в перші 12 міс після ГКС

З огляду на сукупність доказів експерти ЄТК сформулювали 2 альтернативи стандартній стратегії 12-місячної ПАТ у пацієнтів із ГКС із підвищеним ризиком кровотеч:

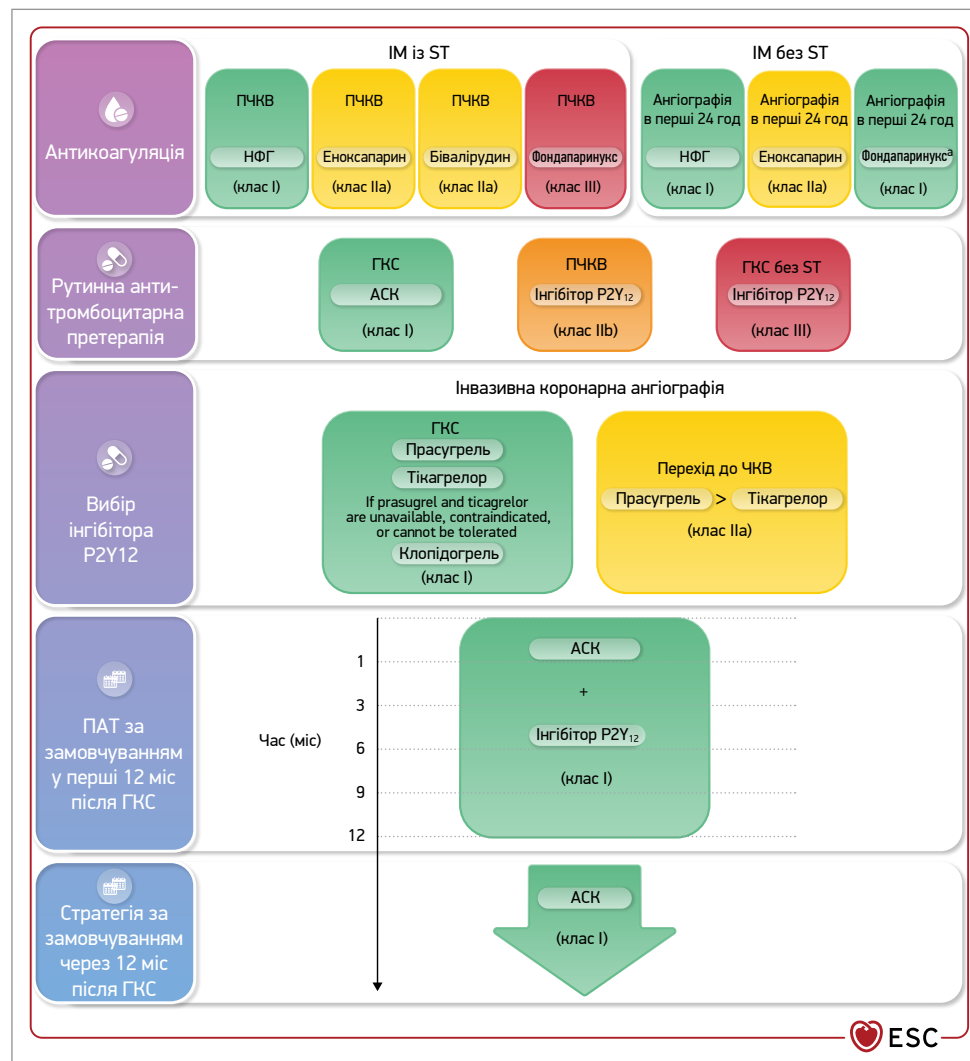


Рис. Рекомендовані стратегії антитромботичної терапії за замовчуванням для пацієнтів із ГКС без показань до оральної антикоагулянтної терапії

Примітки: IM із ST – інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST; НФГ – нефракціонований гепарин; ПЧКВ – первинне ЧКВ.

1 скорочення тривалості ПАТ до 1 або 3-6 міс із переходом на монотерапію (залежно від балансу ризиків кровотечі та ішемії);

2 деескалація ПАТ за рахунок переходу із прасугрелю/тикагрелору на менш потужний інгібітор P2Y<sub>12</sub> – клопідогрель.

Із практичного погляду ці стратегії не слід використовувати за замовчуванням у широкій популяції пацієнтів із ГКС, але їх можна розглядати, якщо є конкретна мотивація для використання, тобто з метою зниження ризику кровотечі чи якщо спостерігаються інші специфічні проблеми щодо рутинної 12-місячної схеми ПАТ.

Деескалація антиагрегантної терапії у перші 30 днів не рекомендована, але її можна розглядати через 30 днів після перенесеного ГКС, щоб зменшити ризик кровотечі. Стратегію скорочення ПАТ із подальшою (переважно) монотерапією інгібітором P2Y<sub>12</sub> протягом перших 12 міс після ГКС слід розглянути в хворих, у яких після 3-6 міс ПАТ не зафіксовано жодних подій і котрі не мають високого ішемічного ризику. Для пацієнтів із високим ризиком кровотеч можна розглянути монотерапію АСК або інгібітором P2Y<sub>12</sub> вже після 1 міс ПАТ.

Наприкінці цього розділу експерти ЄТК ще раз наголошують на тому, що 12-місячна ПАТ на основі АСК і потужного інгібітора P2Y<sub>12</sub> (бажано із прасугрелем або тикагрелором) залишається стратегією за замовчуванням для широкого кола хворих із ГКС, а альтернативні стратегії слід використовувати як виняток з огляду на мотивацію зменшити ризик кровотечі.

## Антитромботична терапія в пацієнтів, які не проходять реперфузію

Хворі з остаточною діагнозом ГКС, які не проходять реперфузії, повинні отримувати інгібітор P2Y<sub>12</sub> на додаток до АСК протягом 12 міс, якщо немає високого ризику кровотеч. Серед пацієнтів із ГКС, котрі лікуються медикаментозно без ревазуляризації, комбінація АСК і тикагрелору протягом 12 міс продемонструвала перевагу порівняно з АСК та клопідогрелем. Комбінація АСК і прасугрелю також може бути виправданою замість АСК із клопідогрелем, якщо була проведена коронарографія та підтверджена хвороба коронарних артерій. Отже, ПАТ на основі потужного інгібітора P2Y<sub>12</sub> – розумний вибір для пацієнтів з остаточною діагнозом ГКС, які не проходять реперфузії, якщо не переважає ризик кровотечі (наприклад, на основі критеріїв ARC-HBR). Схема ПАТ у складі клопідогрелю та АСК може забезпечити хорошу чисту клінічну користь для літніх пацієнтів із ГКС.

## Антикоагулянтна терапія та її поєднання з антиагрегантами

Парентеральна антикоагуляція рекомендована всім хворим із ГКС на момент установлення діагнозу (I, A). Вибір антикоагулянта залежить від типу ГКС і того, чи виконуватиметься ЧКВ або ангиографія. Одразу після інвазивної процедури слід розглянути можливість припинення парентеральної антикоагуляції.

6-8% пацієнтів, котрим проводять ЧКВ, мають показання до тривалої терапії ОАК, яку також слід продовжувати під час інвазивної процедури. Переривання довготривалої ОАК і тимчасова заміна її на парентеральну (гепарин-новий міст) може зумовити збільшення кількості тромбоемболічних епізодів і кровотеч.

У пацієнтів із ГКС слід повторно оцінити показання до ОАК, а також продовжити лікування лише за наявності переконливих показань. ОАК показана, якщо хворий має пароксизмальну, стійку чи постійну фібриляцію передсердь (ФП) із додатковими факторами ризику за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc (застійна серцева недостатність, гіпертонія, вік  $\geq 75$  років, діабет), якщо пацієнт уже переніс інсульт або транзиторну ішемічну атаку, має інше судинне захворювання, механічний серцевий клапан, нещодавній епізод повторного або неспровокованого тромбозу глибоких вен чи тромбоемболії легеневої артерії.

Загалом у хворих із ФП без механічних протезів клапанів або мітрального стенозу докази підтверджують використання нових ОАК (НОАК) замість антагоністів вітаміну К (АВК), оскільки вони знижують ризик кровотечі.

Якщо пацієнту показана оральна антикоагуляція, деякий час після ГКС прийом ОАК супроводжується подвійною антиагрегантною терапією – т. зв. **потрійна антитромботична терапія**. Через відсутність надійних даних щодо безпеки й ефективності використання прасугрелю або тикагрелору як складової потрійної антитромботичної терапії не рекомендується, тому щонайменше в **1-й тиждень** стандартом для супроводу ОАК є комбінація АСК із клопідогрелем. Після 1-го тижня як стратегію за замовчуванням на подальші 12 міс рекомендовано **подвійну антитромботичну терапію** в складі НОАК (наприклад, дабігатран або ривароксабан у рекомендованій дозі для профілактики інсульту) та монорежимом антиагрегантної терапії (бажано клопідогрель, який застосовувався в  $> 90\%$  хворих в основних клінічних дослідженнях).

Як альтернатива стратегії за замовчуванням подвійну антитромботичну терапію може бути скорочено до 6 міс шляхом припинення антиагрегантної терапії (з продовженням ОАК) у деяких пацієнтів, наприклад, за наявності декількох факторів ризику кровотеч.

У хворих із високим ішемічним ризиком або іншими анатомічними / процедурними характеристиками, які **переважають** над ризиком кровотечі, потрійну антитромботичну терапію (АСК + клопідогрель + ОАК) слід продовжити до 1 міс із подальшим застосуванням подвійної терапії до 12 міс. Наразі існує обмежена кількість доказів на підтримку використання ОАК із тикагрелором або прасугрелем як подвійної антитромботичної терапії після ГКС та/або ЧКВ як альтернативи потрійному режиму.

В пацієнтів із ГКС, які лікуються медикаментозно, актуальні дані підтверджують раціональність подвійної (а не потрійної) антитромботичної терапії з одним антиагрегантом (найчастіше клопідогрелем і ОАК) протягом щонайменше 6 міс.

## Антитромботична терапія як доповнення до фібринолізу

Дослідження ISIS-2 продемонструвало, що переваги АСК і фібринолізу (стрептокінази) були адитивними. Першу дозу АСК (162-325 мг) слід розжувати чи вводити внутрішньовенно, а з наступного дня варто перейти на прийом у дозі 75-100 мг щодня. Клопідогрель, доданий до АСК, знижує ризик серцево-судинних подій і загальну смертність у пацієнтів, яким виконували фібриноліз, тому експерти ЄТК рекомендують додавати його до АСК після фібринолітичної терапії (I, A).

Джерело: Byrne RA, et al. ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023 Oct 12; 44(38): 3720-3826. doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.

Підготував Ігор Петренко