

Тройная антитромбоцитарная терапия у пациента с высоким риском кровотечений - как решиться?

Бердышева Мария Валерьевна, Миронова Ольга Юрьевна

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Москва, Россия



Цель работы. Оценить целесообразность назначения антитромбоцитарной терапии пациентам с сочетанными патологиями, обуславливающими высокий риск как кровотечений, так и тромбозов.

Материал и методы исследования.

В ходе работы проанализирован клинический случай: мужчина 76 лет поступает планово по поводу эндоваскулярного лечения передней нисходящей артерии. Отмечаются жалобы на головную боль на фоне повышения АД до 150-160/80 мм рт ст, ощущение перебоев в работе сердца при физической нагрузке, что послужило основанием для ранее проведенной диагностической коронароангиографии, в ходе которой было выявлено: стеноз 80% в проксимальной трети передней нисходящей артерии и стеноз 60% в проксимальной трети диагональной артерии. Пациенту была назначена транслюминальная баллонная ангиопластика передней нисходящей артерии со стентированием с целью устранения стеноза. В ходе дополнительных исследований выявлено: геморрагический гастрит, хронический геморрой, дислипидемия 2А, постоянная нормосистолическая форма фибрилляции предсердий, желудочковая экстрасистолия.

Ангиографический результат вмешательства был удовлетворительный, боли в грудной клетке во время и после вмешательства не наблюдались, однако у пациента на следующий день после операции отмечалось значимое повышение уровня высокочувствительного тропонина I до 10 408,3 пг/мл (верхняя граница нормы 34,2 пг/мл), через день тропонин I снизился до 1 448,4 пг/мл (верхняя граница нормы 34,2 пг/мл). Данное повышение уровня высокочувствительного тропонина более чем в 300 раз после проведения ЧКВ позволяет установить диагноз ИМ 4а типа.

Пациентом получены следующие рекомендации: продолжение трёхкомпонентной антитромбоцитарной терапии варфарином, клопидогрелем и ацетилсалициловой кислотой с отменой ацетилсалициловой кислоты через 1 месяц, клопидогрела через 12 месяцев, диета с ограничением соли, продуктов с повышенным содержанием холестерина, контроль АД, прием бисопролола, а при повышении АД выше 140/90 мм рт ст – каптоприла, приём аторвастатина с контролем уровня холестерина через 1, 3 и 6 месяцев, контроль уровня МНО 1 раз в месяц, прием пантопразола, алюминия гидроксида и магния гидроксида геля с контрольной ЭГДС через 1 месяц.

Учитывая повышенный риск тромбообразования у пациента на фоне имеющейся ФП и проведенной ТБКА со стентированием с установкой стента с лекарственным покрытием, а также имеющиеся указания на повышенный риск кровотечений, был выполнен подсчет риска кровотечения по шкалам HAS-BLED, ATRIA, HEMORR₂HAGES, а также оценка качества антикоагуляции и риска тромботических осложнений по шкале sAMe-TT2R2.

Результаты.

ШКАЛА HEMORR₂HAGES – 4 балла; Риск кровотечения 10,4%.

ШКАЛА ATRIA - 4 балла; Риск кровотечения 2,6% - возможно рассмотрение альтернативных вариантов терапии варфарину.

ШКАЛА HAS-BLED - 3 балла; Риск кровотечения 2,6% - применение любого антитромботического препарата требует особой осторожности.

ШКАЛА sAMe-TT2R2 - 1 балл – рационально применение антагонистов витамина К.

В анализе назначенной терапии пациента отмечается возможность замены варфарина на новые оральные антикоагулянты, обусловленную наличием определенных сложностей применения варфарина. Но так как Ривароксабан и Дабигатран значительно увеличивают риск ЖКТ кровотечений, а у данного пациента отмечается геморрагический гастрит и хронический геморрой, рациональнее было бы рассмотреть переход на Аписабан: Отмена варфарина => ежедневный контроль МНО до достижения <2,0 => начало приема препарата Аписабана 2 раза/сутки.

Выводы.

Таким образом, проведение тройной антитромбоцитарной терапии доказано сопровождается увеличением риска кровотечений, что обуславливает необходимость комплексной клинической оценки состояния больных. Шкалы и алгоритмы помогают ориентироваться в выборе терапии. Подобранная в данном клиническом случае тройная антитромбоцитарная терапия оправдана, однако можно рассмотреть замену варфарина на аписабан.