

Европейские рекомендации по двойной антиагрегантной терапии у пациентов с ишемической болезнью сердца (2017)



Что нового в Европейских рекомендациях 2017 года по ДАТ?

Изменения в Рекомендациях До → 2017

Предварительная терапия ингибиторами P2Y12 при плановом ЧКВ

Свободное использование ИПП для уменьшения риска ЖК кровотечений

Плановая операция, требующая отмены ингибитора P2Y12 спустя 1 месяц

Временная отмена терапии тикагрелором за 3 дня до плановой хирургической операции

Двухкомпонентная терапия в качестве альтернативы трехкомпонентной в случае, когда геморрагический риск превышает ишемический риск

У пациентов, получающих ОАК, необходимо рассмотреть возможность отмены антитромбоцитарной терапии через 12 месяцев

Рутинная оценка функциональной активности тромбоцитов для корректировки терапии

Новые рекомендации 2017

Развитие кровотечения, требующего вмешательства врача, при проведении ДАТ должно подтолкнуть к пересмотру типа и длительности ДАТ

Решение о длительности ДАТ не является окончательным и должно пересматриваться в динамике по мере проведения исходно выбранной схемы ДАТ

Прекращение приема ингибитора P2Y12 спустя 6 месяцев у пациентов с ОКС и ЧКВ и результатом по шкале PRECISE-DAPT ≥ 25

Применение ДАТ в течение 6 месяцев у пациентов со стабильной ИБС, леченных при помощи баллона, покрытого лекарственным покрытием

Раннее применение тикагрелора/клопидогрела при инвазивной тактике у пациентов с ОКСбпСТ

Использование тикагрелора 60 мг 2 р/сут предпочтительнее других ингибиторов P2Y12 при продолжении ДАТ ≥ 12 месяцев после ИМ

Новые/пересмотренные концепции

Металлический стент и длительность ДАТ
Переключение между ингибиторами P2Y12

Шкалы риска по длительности ДАТ

- Шкала PRECISE DAPT
- Шкала DAPT

Особые профили пациентов

- Определение технически сложного ЧКВ
- Неблагоприятный профиль для терапии ОАК и АТТ
- Гендерные факторы, зависящие от пола, и особые популяции пациентов
- Длительность ДАТ у пациентов без стентирования
- Консервативная стратегия ведения
- КШ или операция на сердце

Антикоагулянтная терапия и ДАТ

- Острые и хронические состояния
- Схемы назначения

■ I ■ IIa ■ IIb ■ III

ИПП – ингибиторы протонной помпы, ОАК – пероральные антикоагулянты

Valgimigli M. et al. 2017 ESC Focused update on dual antiplatelet therapy in Coronary Artery Disease, developed in collaboration with EACTS.

European Heart Journal 2017 – doi:10.1093/eurheart/ehx419.



Использование шкал риска в качестве основания для принятия решения о продолжительности антиагрегантной терапии

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Можно рассмотреть возможность использования шкал риска, созданных для оценки преимуществ и рисков различных вариантов продолжительности ДАТ	IIb	A



Выбор ингибитора P2Y₁₂ и время начала терапии

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Пациентам с ОКС, при отсутствии противопоказаний, рекомендовано использование тикагрелора (нагрузочная доза 180 мг, поддерживающая доза – 90 мг 2 р/сут) в дополнение к аспирину, вне зависимости от исходной стратегии лечения, включая пациентов, получавших лечение клопидогрелом (прием которого следует прекратить в случае начала терапии тикагрелором)	I	B
У пациентов с ОКС и запланированным ЧКВ использование прасугрела (нагрузочная доза 60 мг, суточная доза 10 мг) в дополнение к аспирину рекомендовано пациентам, ранее не получавшим терапию ингибиторами P2Y ₁₂ , с ОКСбпST или ИМпST, исходно веденных консервативно, но в дальнейшем имеющих показания к ЧКВ, или же пациентам с ИМпST, которым требуется немедленная коронарография, при условии отсутствия высокого риска угрожающего жизни кровотечения или иных противопоказаний	I	B



Выбор ингибитора P2Y₁₂ и время начала терапии (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Раннее начало терапии ингибитором P2Y ₁₂ рекомендовано пациентам с известной анатомией коронарного русла, и уже принятым решением о проведении ЧКВ, а также пациентам с ИМпST	I	A
У пациентов с ОКСбпST и инвазивной тактикой ведения назначение тикагрелора (нагрузочная доза 180 мг, затем 90 мг 2 р/сут) или клопидогрела (нагрузочная доза 600 мг, суточная доза 75 мг) в случае, если применение тикагрелора невозможно, следует рассмотреть сразу после подтверждения диагноза	IIa	C
Для пациентов со стабильной ИБС можно рассмотреть возможность проведения раннего начала терапии клопидогрелом в случае, если вероятность ЧКВ велика	IIb	C



Выбор ингибитора P2Y12 и время начала терапии (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Клопидогрел (нагрузочная доза 600 мг, суточная доз 75мг) в дополнение к аспирину показан пациентам со стабильной ИБС, и запланированным проведением имплантации коронарного стента, и пациентам с ОКС, которые не могут получать тикагрелор или прасугрел, включая тех, у кого ранее было диагностировано внутрочерепное кровоотечение, или имеются показания к терапии ОАК	I	A
У пациентов с ИМпST, которым проводится тромболитическая терапия, рекомендовано использование клопидогрела (нагрузочная доза 300 мг – для пациентов не старше 75 лет, суточная доза 75 мг) в дополнение к аспирину	I	A

ОАК – пероральные антикоагулянты

Valgimigli M. et al. 2017 ESC Focused update on dual antiplatelet therapy in Coronary Artery Disease, developed in collaboration with EACTS. European Heart Journal 2017 – doi:10.1093/eurheart/ehx419.



Выбор ингибитора P2Y12 и время начала терапии (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У пациентов со стабильной ИБС и запланированным проведением ЧКВ можно рассмотреть возможность назначения терапии тикагрелором или прасугрелом в дополнение к аспирину вместо клопидогрела, принимая во внимание при этом ишемический риск (например, высокий риск по шкале SYNTAX, тромбоз стента в анамнезе, расположение и количество имплантированных стентов) и риск кровотечений (например, в соответствии со шкалой PRECISE-DAPT)	IIb	C
Пациентам с ОКСбпСТ, у которых неизвестна анатомия коронарного русла, не рекомендуется проводить терапию прасугрелом	III	B



Меры для минимизации вероятности кровотечений при проведении двойной антиагрегантной терапии

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
При проведении коронароангиографии и ЧКВ лучевой доступ предпочтительнее доступа через бедренную артерию (при условии, что хирург имеет опыт проведения подобного рода процедур)	I	A
Пациентам, получающим ДАТ, рекомендована суточная доза аспирина 75-100 мг.	I	A
Рекомендован прием ИПП одновременно с ДАТ	I	B
Не рекомендована рутинная оценка функциональной активности тромбоцитов с целью коррекции антиагрегантной терапии до или после проведения планового стентирования	III	A

ИПП – ингибиторы протонной помпы, ДАТ – двойная антиагрегантная терапия



Переключение между пероральными ингибиторами P2Y₁₂

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У пациентов с ОКС, которые ранее получали клопидогрел, рекомендовано переключение с клопидогрела на тикагрелор вскоре после поступления в стационар с использованием нагрузочной дозы 180 мг, и независимо от времени приема и нагрузочной дозы клопидогрела, при отсутствии противопоказаний к терапии тикагрелором	I	B
Дополнительное переключение между пероральными ингибиторами P2Y ₁₂ может быть рассмотрено в случае развития нежелательных эффектов/непереносимости препарата, в соответствии с предложенными алгоритмами	IIb	C



Алгоритм переключения между пероральными ингибиторами P2Y12 при острых состояниях



НД – нагрузочная доза



Алгоритм переключения между пероральными ингибиторами P2Y12 при хронических состояниях



Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов со стабильной ИБС, перенесших чрескожное коронарное вмешательство

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Пациентам со стабильной ИБС, которым была проведена имплантация коронарного стента, рекомендована ДАТ, включающая клопидогрел в дополнение к аспирину, на срок до 6 месяцев, вне зависимости от типа стента	I	A
Вне зависимости от запланированной продолжительности ДАТ, предпочтительным вариантом терапии является стент с лекарственным покрытием	I	A
В случае пациентов со стабильной ИБС и высоким риском кровотечений (например, риск по шкале PRECISE-DAPT ≥ 25) следует рассмотреть возможность проведения ДАТ в течение 3 месяцев*	IIa	B
У пациентов со стабильной ИБС, получивших лечение при помощи ангиопластики с использованием баллона с введением лекарственного средства, следует рассмотреть возможность проведения ДАТ в течение 6 месяцев	IIa	B

*Данные в поддержку этой рекомендации были получены в рамках двух исследований, в которых исследовалось совместное использование коронарного стента Endeavor Sprint, выделяющего зотаролимус, и режима ДААТ в течение 3 месяцев.



Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов со стабильной ИБС, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У пациентов со стабильной ИБС, получивших лечение при помощи биodeградируемого сосудистого каркаса, следует рассмотреть возможность проведения ДАТ в течение, по крайней мере, 12 месяцев	IIa	C
У пациентов со стабильной ИБС с хорошей переносимостью ДАТ, без геморрагических осложнений и которые имеют низкий геморрагический, но высокий ишемический риск, можно рассмотреть возможность продолжения ДАТ с применением клопидогрела свыше 6 месяцев, но не более 30 месяцев	IIb	A
У пациентов со стабильной ИБС, у которых 3х-месячный курс ДАТ вызывает опасения с позиции безопасности, рассмотреть возможность проведения ДАТ в течение 1 месяца*	IIb	C

*проведение ДАТ в течение 1 месяца после имплантации коронарного стента Endeavor Sprint, выделяющего зотаролимуc, или другого стента, выделяющего лекарственное средство, снижает риски повторного вмешательства, инфаркта миокарда, а также непоследовательно снижает риск тромбоза стента в сравнении с непокрытым металлическим стентом при сопоставимой продолжительности ДАТ. Остается неясным, применимы ли эти выводы к прочим современным стентам, выделяющим ЛС.



Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом, перенесших чрескожное коронарное вмешательство

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У пациентов с ОКС, перенесших имплантацию коронарного стента, рекомендовано проведение ДАТ в течение 12 месяцев ингибитором P2Y12 в дополнение к аспирину при условии отсутствия противопоказаний, таких как повышенный риск кровотечений (например, риск по шкале PRECISE-DAPT ≥ 25)	I	A
У пациентов с ОКС, перенесших имплантацию коронарного стента и имеющих высокий риск кровотечений (например, риск по шкале PRECISE-DAPT ≥ 25) следует рассмотреть возможность прекращения терапии ингибитором P2Y12 после 6 месяцев применения	IIa	B
У пациентов с ОКС, получивших лечение при помощи биodeградируемого сосудистого каркаса, следует рассмотреть возможность проведения ДАТ в течение, по меньшей мере, 12 месяцев	IIa	C



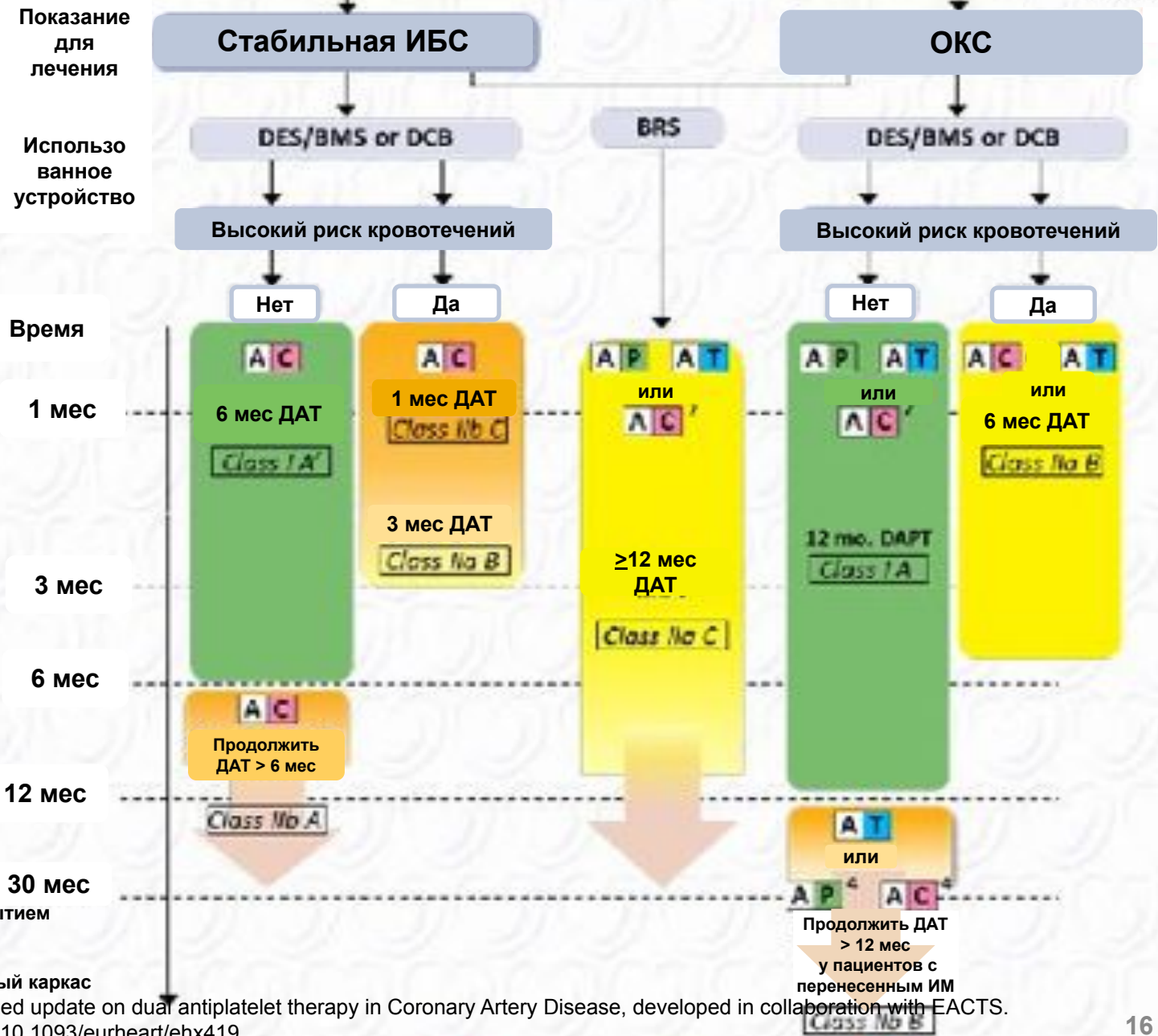
Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У пациентов с ОКС, которые имеют хорошую переносимость ДАТ без развития геморрагических осложнений, можно рассмотреть возможность продолжения ДАТ в течение более чем 12 месяцев	IIb	A
У пациентов с ИМ и высоким риском ишемических событий, которые имеют хорошую переносимость ДАТ без развития геморрагических осложнений, тикагрелор в дозе 60 мг 2 р/сут в дополнение к аспирину в течение более чем 12 месяцев может быть предпочтительнее, чем клопидогрел или прасугрел	IIb	B



Чрескожное коронарное вмешательство

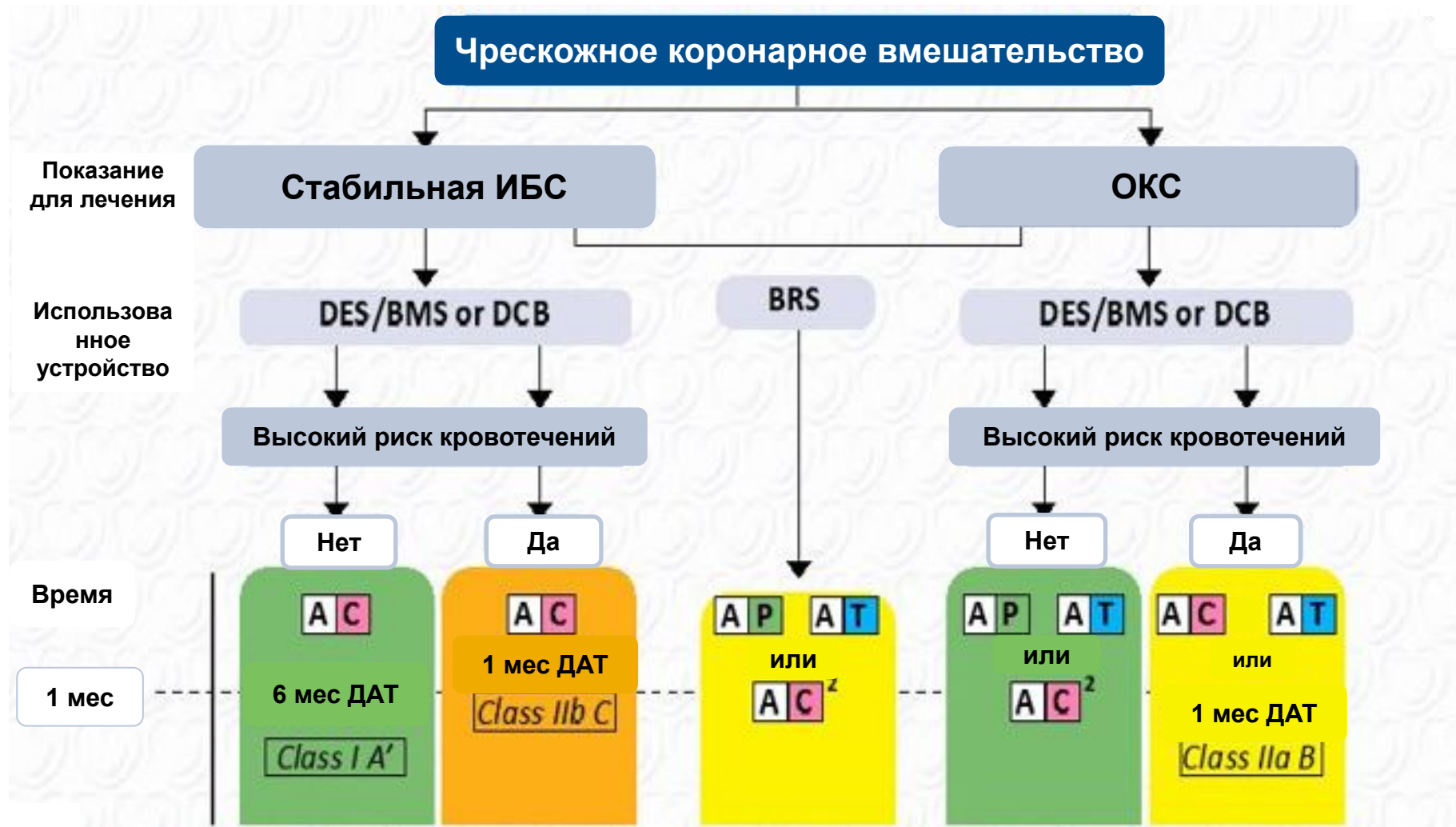
Алгоритм двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) у пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство



DES – стент с лекарственным покрытием
 BMS – голометаллический стент
 DCB – баллон, покрытый ЛС
 BRS – биodeградируемый сосудистый каркас

Valgimigli M. et al. 2017 ESC Focused update on dual antiplatelet therapy in Coronary Artery Disease, developed in collaboration with EACTS. European Heart Journal 2017 – doi:10.1093/eurheart/ehx419.

Алгоритм двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) для пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство



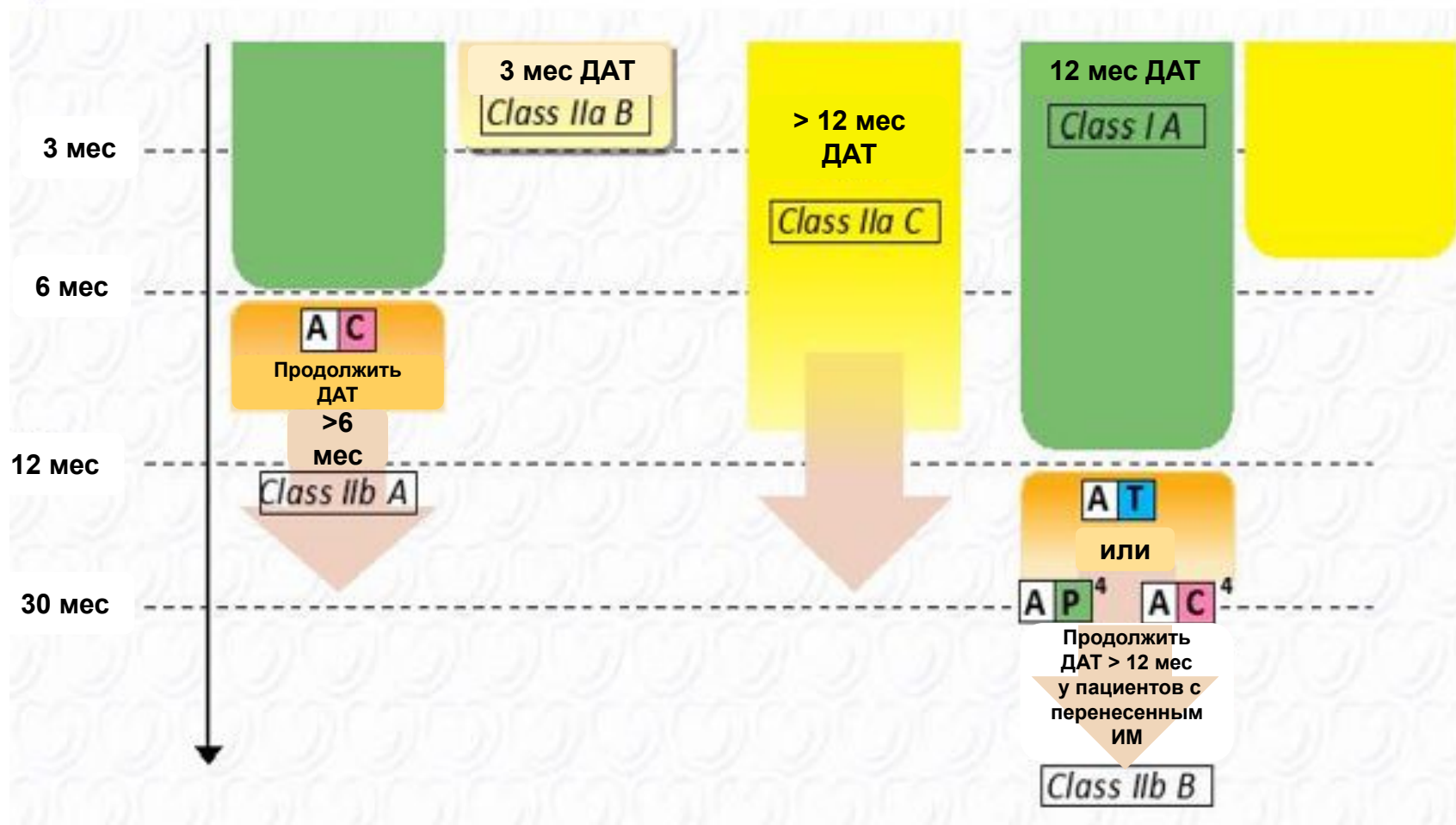
А ацетилсалициловая кислота **С** клопидогрел **Р** прасугрел **Т** тикагрелор

DES – стент с лекарственным покрытием, BMS – голометаллический стент, DCB – баллон, покрытый ЛС, BRS – биodeградируемый сосудистый каркас

Valgimigli M. et al. 2017 ESC Focused update on dual antiplatelet therapy in Coronary Artery Disease, developed in collaboration with EACTS.

European Heart Journal 2017 – doi:10.1093/eurheart/ehx419.

Алгоритм двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) у пациентов, перенесших чрескожное коронарное вмешательство (продолжение)



A ацетилсалициловая кислота **C** клопидогрел **P** прасугрел **T** тикагрелор

Двойная антиагрегантная терапия у пациентов со стабильной или нестабильной ИБС, перенесших операцию на сердце

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Команде кардиологов рекомендуется оценивать ишемический и геморрагический риски в каждом конкретном случае, и на основании этой информации принимать решение о времени проведения КШ, а также стратегию антиагрегантной терапии	I	C
В случае пациентов, получающих аспирин, которым необходимо проведение плановой операции на сердце, рекомендуется продолжить прием аспирина в низкой суточной дозе в течение всего периоперационного периода	I	C
Пациентам, получавшим ДАТ после имплантации коронарного стента, которым впоследствии потребовалось проведение операции на сердце, рекомендуется возобновить терапию ингибитором P2Y ₁₂ после операции, как только это будет считаться безопасным, так чтобы ДАТ была продолжена до достижения рекомендованной продолжительности терапии	IIa	C



Двойная антиагрегантная терапия у пациентов со стабильной или нестабильной ИБС, перенесших операцию на сердце (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
В случае пациентов с ОКС (ОКСбпST или ИМпST), получавших ДАТ, которым проводится КШ и не требуется долгосрочная терапия ОАК, рекомендуется возобновить терапию ингибитором P2Y ₁₂ после проведения операции, как только это будет считаться безопасным, и продолжать терапию до 12 месяцев	I	C
В случае пациентов, получающих терапию ингибитором P2Y ₁₂ , которым запланировано проведение плановой операции на сердце, следует рассмотреть возможность переноса операции на несколько дней после прекращения терапии: по крайней мере, на 3 дня после отмены тикагрелора , на 5 дней в случае клопидогрела и на 7 дней при отмене прасугрела	IIa	B
В случае пациентов после КШ, ранее перенесших ИМ и имеющих высокий риск тяжелых кровотечений (например, результат по шкале PRECISE-DAPT не менее 25), следует рассмотреть возможность прекращения терапии ингибитором P2Y ₁₂ после 6 месяцев применения	IIa	C

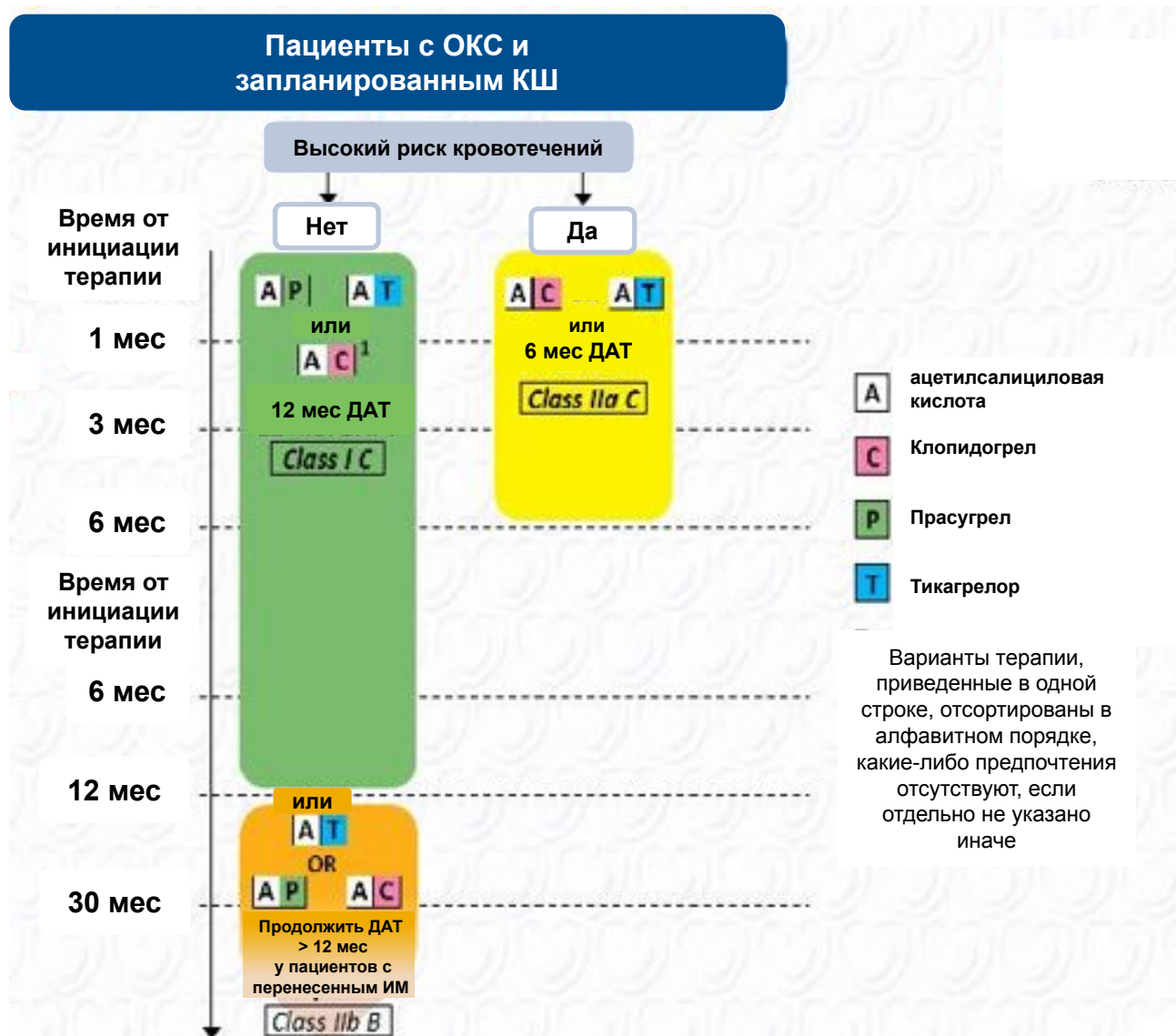


Двойная антиагрегантная терапия у пациентов со стабильной или нестабильной ИБС, перенесших операцию на сердце (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Можно рассмотреть возможность оценки функциональной активности тромбоцитов для принятия решения о времени проведения операции на сердце у пациентов, которые в недавнем прошлом получали ингибиторы P2Y ₁₂	IIb	B
В случае пациентов с ИМ и КШ в анамнезе и высоким прогностическим риском ишемических событий, которые хорошо переносили ДАТ без геморрагических осложнений, можно рассмотреть возможность проведения ДАТ дольше 12 месяцев, до временной точки 36 месяцев	IIa	C



Алгоритм двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) пациентов с ОКС и запланированным проведением коронарного шунтирования



Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом и консервативной тактикой ведения

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У пациентов с ОКС, получивших только консервативное лечение, рекомендовано продолжить терапию ингибитором P2Y ₁₂ (тикагрелор или клопидогрел) в течение 12 месяцев	I	A
Тикагрелор предпочтительнее клопидогрела, за исключением случаев, когда геморрагический риск перевешивает потенциальные преимущества в отношении снижения риска ишемических событий	I	B
У пациентов с ОКС, получавших консервативное лечение и имеющих высокий риск кровотечений (например, риск по шкале PRECISE-DAPT ≥ 25), следует рассмотреть возможность проведения ДАТ в течение, по крайней мере, 1 месяца	IIa	C

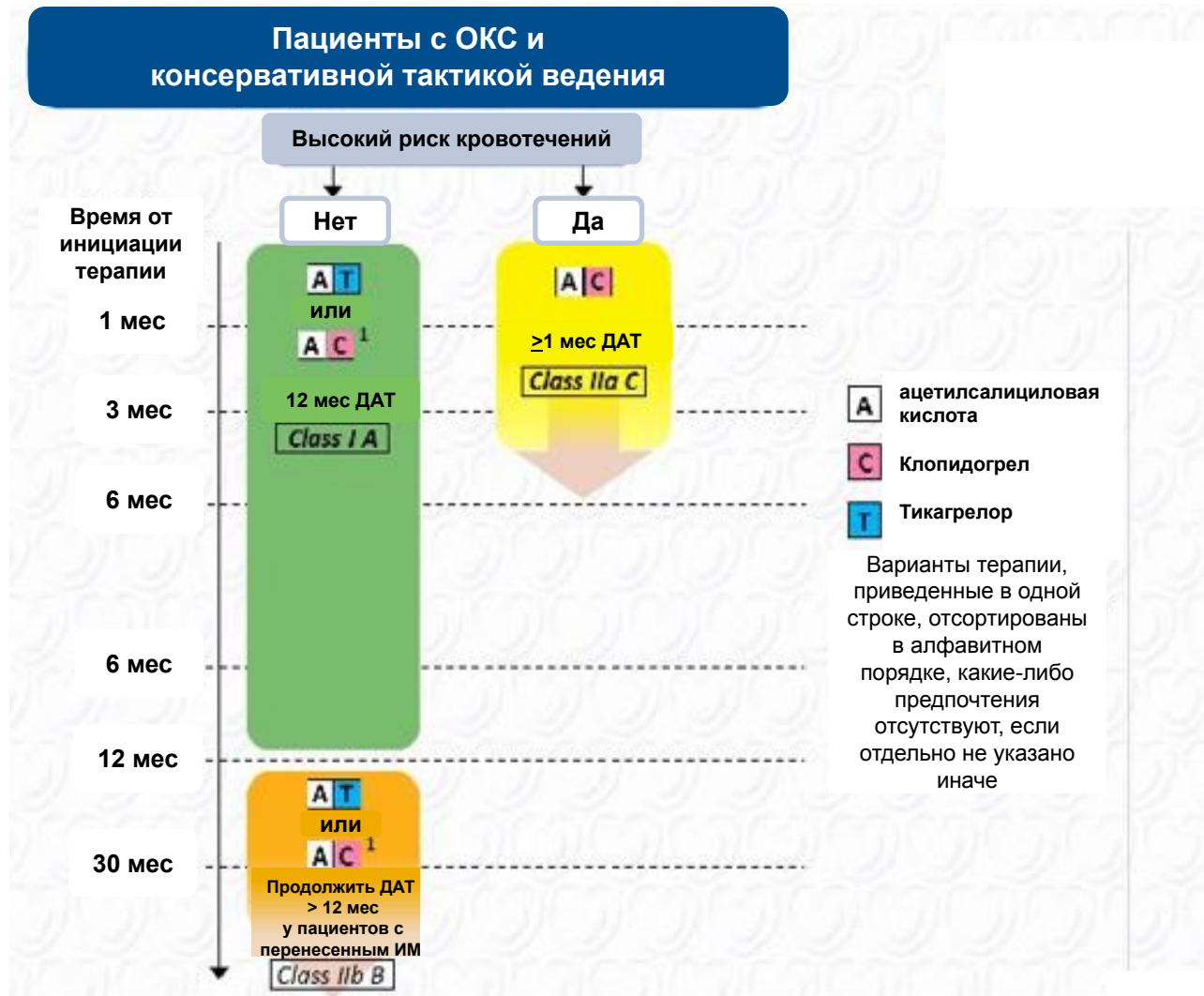


Длительность двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым коронарным синдромом и консервативной тактикой ведения (продолжение)

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У пациентов с предшествующим инфарктом миокарда в анамнезе и высоким ишемическим риском, которые получают только медикаментозную терапию и переносят прием двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) без развития геморрагических осложнений, может быть рассмотрена терапия тикагрелором 60мгх2р/день в добавление к аспирину в период более 12 месяцев до 36 месяцев	IIb	B
У пациентов с предшествующим инфарктом миокарда в анамнезе, не подвергшихся коронарному стентированию, кто переносит прием ДАТ без развития геморрагических осложнений и не может принимать тикагрелор, продолжение терапии клопидогрелом в добавление к аспирину может быть рассмотрено в период более 12 месяцев	IIb	C
Прасугрел не рекомендован к применению у пациентов с ОКС и медикаментозной тактикой лечения	III	B



Алгоритм двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) у пациентов с острым коронарным синдромом и консервативной тактикой ведения



Европейские рекомендации по лечению пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (2017)



Антиагрегантная терапия у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и первичным ЧКВ

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Аспирин (перорально или внутривенно, в случае затруднений с глотанием) должен быть назначен как можно быстрее всем пациентам в отсутствие противопоказаний	I	B
Двойная антиагрегантная терапия аспирин плюс тикагрелор или прасугрел (клопидогрел, если тикагрелор или прасугрел недоступны или противопоказаны) рекомендована на 12 месяцев, в случае отсутствия повышенного риска кровотечений	I	A



Поддерживающая двойная антиагрегантная терапия у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Показана антиагрегантная терапия низкими дозами аспирина (75-100 мг)	I	A
У пациентов, имеющих высокий риск тяжелых геморрагических осложнений, следует рассмотреть прекращение терапии ингибиторами P2Y ₁₂ спустя 6 месяцев	IIa	B
У пациентов с высоким ишемическим риском*, которые хорошо переносят ДАТ без геморрагических осложнений, ДАТ в форме тикагрелора 60 мг 2 раза в день в добавление к аспирину может рассматриваться на срок более 12 месяцев до 3 лет	IIb	B

*Определялось как возраст ≥ 50 лет и наличие по крайней мере одного из дополнительных факторов высокого ишемического риска: возраст 65 лет и старше; сахарный диабет, требующий медикаментозной терапии; предшествующий ИМ; многососудистое поражение коронарных артерий; хроническое нарушение функции почек, что определялось на основании значений расчетного клиренса креатинина <60 мл/мин

