

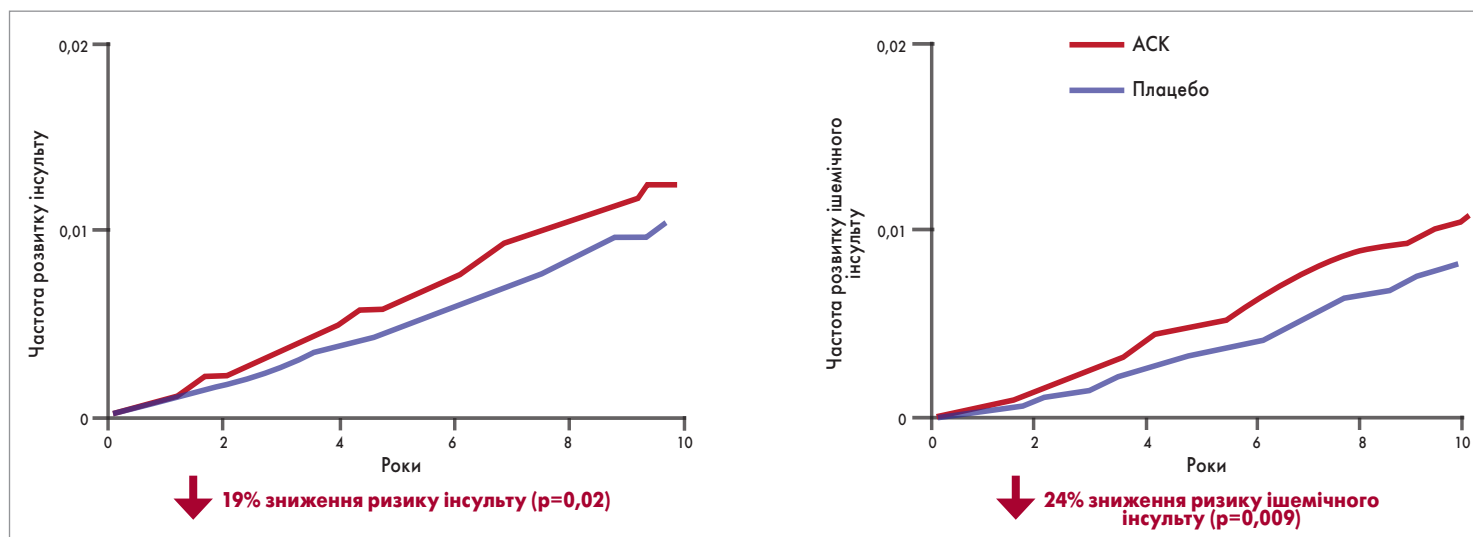


Рис. Зниження ризику інсульту при застосуванні АСК у дослідженні WHS

і Європейської організації інсульту (2011), усім пацієнтам, які перенесли некардіоемболічний інсульт або ТІА, для запобігання майбутнім цереброваскулярним подіям рекомендується призначати антитромбоцитарну терапію, при цьому найбільш доцільним вибором з точки зору «вартість/ефективність» є монотерапія АСК. Навантажувальна доза АСК зазвичай становить 160-325 мг з переведенням на підтримувальну дозу 75-100 мг 1 р/добу.

На підставі результатів досліджень MATCH і CHARISMA комбінована терапія АСК і клопидогрелом для тривалої вторинної профілактики інсульту/ТІА не рекомендується, оскільки за ефективністю вона не перевершує монотерапію тим або іншим препаратом і призводить до підвищення ризику кровотеч.

Вибір препарату АСК для довготривалої профілактики інсульту

Для зменшення ризику гастроінтестинальних кровотеч при прийомі АСК для

лікування ревматичних захворювань (високі щоденні дози) в 50-х роках минулого сторіччя були розроблені форми препарату в оболонці, що розчиняються в кишечнику. А наприкінці 80-х цю форму почали використовувати і в низькодозових

препаратах АСК (McLeod L.J., 1988). Слід наголосити, що кишковорозчинна форма насправді не підвищує безпеку АСК (оскільки гастроінтестинальні кровотечі і ерозії є системними побічними ефектами інгібування ЦОГ-1) і натомість

ДОВІДКА ЗУ

Міжнародні та національні кардіологічні товариства рекомендують застосовувати АСК у дозі від 75 мг як для первинної профілактики тромбозів і ССЗ (наприклад, гострого коронарного синдрому) в пацієнтів із факторами серцево-судинного ризику (вік, стать, артеріальна гіпертензія, ЦД, гіперхолестеринемія, ожиріння, сімейний анамнез ССЗ), так і для вторинної профілактики з метою зниження частоти тромботичних ускладнень у пацієнтів з гострою та хронічною формами ІХС, захворюваннями периферичних артерій та порушеннями мозкового кровообігу в анамнезі. Для досягнення максимального антитромбоцитарного ефекту при призначенні АСК у низьких дозах слід надавати перевагу препарату без КРО, що забезпечує початок всмоктування діючої речовини в шлунку.

Призначаючи тривалу терапію для профілактики серцево-судинних катастроф, лікар має бути впевнений у якості препаратів.

В Україні представлені препарати АСК європейського виробництва компанії Takeda GmbH (Німеччина) — Кардіомагніл (таблетки, вкриті плівковою оболонкою; одна таблетка містить 75 мг АСК) і Кардіомагніл Форте (таблетки, вкриті плівковою оболонкою; одна таблетка містить 150 мг АСК).

можуть зменшувати антитромбоцитарний ефект АСК (т. зв. аспіринорезистентність). Так, у дослідженні T. Groszer і співавт. (2013) за участю здорових добровольців порівнювали 2 лікарські форми АСК 325 мг: звичайної (з негайним вивільненням діючої речовини) і з кишковорозчинним покриттям. Після прийому звичайної форми жодного випадку аспіринорезистентності не спостерігалось, тоді як у пацієнтів, які отримали препарат з кишковорозчинним покриттям, частота аспіринорезистентності становила 49% через 4 год і 17% через 8 год. У дослідженні D.L. Bhatt і співавт. (2017) у пацієнтів з діабетом частота відсутності відповіді (адекватного інгібування тромбоксану B_2) для кишковорозчинної форми АСК 325 мг становила 52,8% порівняно з 15,8% для звичайної форми АСК.

Таким чином, для довгострокової профілактики інсульту доцільно застосовувати препарати з негайним вивільненням діючої речовини (без кишковорозчинного покриття), що містять 75-100 мг АСК.

Призначаючи АСК для профілактики некардіоемболічного інсульту, для підвищення комплаєнсу необхідно інформувати пацієнтів, що довготривалий прийом низьких доз АСК також зменшує ризик ІМ і деяких злоякісних новоутворень. Крім тривалої антитромбоцитарної терапії, надважливим є вплив на провідні фактори ризику інсульту, які можна модифікувати, — передусім низьку фізичну активність, артеріальну гіпертензію, діабет, ожиріння, куріння і зловживання алкоголем.

Підготував **Олександр Гладкий**

Стаття друкується за сприяння
ТОВ «Такеда Україна».

UA/CVM/1117/0102

