



В.И. Волков

В.И. Волков, д.м.н., профессор, О.Е. Запровальная, к.м.н., А.И. Ладный, ГУ «Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины», г. Харьков

Прерывание антитромбоцитарной терапии: когда и как?

Доказано, что антитромбоцитарные препараты, прежде всего ацетилсалициловая кислота (АСК) и клопидогрел, используемые как по отдельности, так и в комбинации, снижают риск острого инфаркта миокарда (ИМ), ишемического инсульта и других острых сердечно-сосудистых событий, а также внезапной смерти на 29-50%. Поэтому антитромбоцитарные средства стали неотъемлемой частью лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В то же время длительное применение антиагрегантов способствует повышению риска развития такого грозного побочного эффекта, как кровотечение. И часто врачу приходится решать проблему эффективного и безопасного длительного применения антиагрегантов. Когда же необходимо отменить антиагреганты, а когда без этого можно обойтись?

с выраженными кровотечениями были клинически более тяжелыми, старшего возраста и в большей степени нуждались во вмешательстве на коронарных артериях.

! Таким образом, у лиц с высоким риском ишемических осложнений (уровень доказательности рекомендаций):

- нежелательна даже временная отмена двойной антитромбоцитарной терапии (АСК, клопидогрел) на протяжении 12 мес после коронарного эпизода (I C);
- временная отмена антитромбоцитарной терапии необходима только при больших или жизнеугрожающих кровотечениях, а также в случаях тяжелых последствий малых кровотечений (внутричерепная, спинальная хирургия) (IIA C);
- временная или длительная отмена антиагрегантов необходима, за исключением клинически показанной (I C).

Перерыв в приеме АСК всегда повышает риск ИМ и инсульта.

Вмешательства, вызывающие кровотечения

Оперативные вмешательства подразделяются на вмешательства высокого и низкого риска кровотечений. Далее будут представлены европейские рекомендации для пациентов, подвергающихся отдельным видам инвазивных вмешательств.

Эндоскопия

Согласно Руководству Французского общества эндоскопистов процедуры, связанные с эндоскопией, разделены на три группы, и лечебная тактика зависит от группы риска.

1-я группа — низкий риск при возможности эндоскопического контроля (гастроскопия, ректороманоскопия, колоноскопия с полипэктомией):

- АСК не отменяется;
- 7-10-дневный перерыв в приеме тиагопиридинов при полипэктомии.

2-я группа — высокий (более 1%) риск при возможности эндоскопического контроля (макробиопсия, множественная полипэктомия, сфинктеротомия):

- перерыв в приеме АСК при отсутствии факторов высокого риска ишемии;
- 7-10-дневный перерыв в приеме тиагопиридинов.

3-я группа — при невозможности эндоскопического контроля (эндоскопическая тонкокожная аспирация, чрескожная гастростомия):

- перерыв в приеме АСК при отсутствии факторов высокого риска ишемии;
- 7-10-дневный перерыв в приеме тиагопиридинов.

При стоматологических вмешательствах:

- АСК не отменяется;
- рекомендаций по приему тиагопиридинов нет.

При дерматологических операциях:

- АСК не отменяется, за исключением лиц с повышенным временем свертывания крови;
- рекомендаций по приему тиагопиридинов нет.

При офтальмологических вмешательствах:

- АСК не отменяется;
- временное прекращение приема тиагопиридинов у лиц, получавших комбинированную терапию.

При ампутациях:

- отмена всех антиагрегантов препаратов в предоперационном периоде, возобновление в раннем послеоперационном периоде.

При тонзилэктомии:

- отмена всех антиагрегантов препаратов в пред- и послеоперационном периоде

При трансуретральной резекции простаты:

- АСК не отменяется;
- временное прекращение приема тиагопиридинов у лиц, получавших комбинированную терапию.

При трансабдоминальной резекции простаты:

- отмена всех антиагрегантов препаратов в пред- и раннем послеоперационном периоде.

Сердечно-сосудистая хирургия

Хотя в процессе кардиохирургических вмешательств система гемостаза надежно контролируется, сохраняется высокий риск геморрагических осложнений. В то же время эти вмешательства, как правило, проводят лицам с высоким риском ишемических осложнений, поэтому прием АСК не прерывается, но у лиц, получавших двойную терапию, клопидогрел отменяют как минимум за 5 дней до плановой процедуры, если риск острой ишемии невелик. Однако предложенная тактика поддерживается не всеми хирургическими клиниками.

Рекомендации по ведению больных на фоне оперативного лечения зачастую противоречивы и нуждаются в уточнении. Как правило, требуется консилиум хирурга, кардиолога, гематолога и анестезиолога о преобладании риска ишемических или геморрагических осложнений в случае перерыва в антиагрегантной терапии. По соглашению специалистов Европейского общества кардиологов проведение операции аорто-коронарного шунтирования безопасно, если указанная группа препаратов отменена более чем за 5 суток до операции. Тем не менее эта же группа специалистов рекомендует продолжение антиагрегантной терапии сразу после окончания вмешательства, включая применение ударных доз. Вероятно, оптимальное решение этого вопроса даст продолжающееся исследование STRATAGEM, включающее 1500 наблюдений за больными, которым за 10 дней до операции отменили прежний режим терапии, за исключением 75 мг АСК на фоне некардиологических операций. Предполагается, что такая небольшая доза антиагреганта будет безопасна и при этом будет способствовать снижению риска ишемических событий после операции.

Отдельную проблему представляет проведение каких-либо оперативных или инвазивных вмешательств у лиц с лекарственно-покрытыми стентами (ЛПС). Наличие у больного ЛПС диктует дополнительные обстоятельства, которые необходимо учитывать. Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов по ведению больных с ЛПС двойная антиагрегантная терапия обязательна в течение 6-12 мес после установки ЛПС, а, по мнению Американского общества, двойная терапия должна проводиться не менее 12 мес после установки стента. Прерывание антиагрегантной терапии всегда связано с повышенным риском тромбоза стентов. Поэтому любые оперативные вмешательства, требующие отмены приема антиагрегантов, по возможности должны быть отложены как минимум на 2-4 нед после установки стента.

Если вмешательство не может быть отложено, могут быть учтены рекомендации Французского общества анестезиологов и реаниматологов. В случаях высокого

риска геморрагий предполагается отмена обоих дезагрегантов. Если больной не относится к высокому риску геморрагий и если вмешательство не угрожает массивной кровопотерей, терапию АСК следует продолжить. Решение о перерыве в приеме тиагопиридинов не менее чем за 5 дней до операции, принимается индивидуально.

Особого подхода и индивидуального решения по отмене антиагрегантов требуют пациенты, имеющие высокий риск тромбоза стента, а именно:

- Пациенты, имеющие особенности анамнеза ангиопластики:
 - с наличием в анамнезе тромбоза стента;
 - имеющие более одного стента;
 - имеющие длинные стенты;
 - имеющие стент на бифуркации;
 - со стентом основной коронарной артерии или малых коронарных артерий;
 - с неполной реваскуляризацией.

- Пациенты, имеющие сопутствующую патологию (сахарный диабет, сердечная недостаточность, систолическая дисфункция).

Если оперативное вмешательство не может быть отложено более чем на 5 дней, отмена антиагрегантной терапии не имеет смысла и необходимо поддержание гемостаза альтернативными методами в период операции.

Возобновление приема антиагрегантов в послеоперационном периоде

Перерыв в приеме антиагрегантов следует компенсировать приемом нагрузочных доз: клопидогрела — 300 мг, АСК — свыше 160 мг.

Вопрос использования нестероидных средств и гепаринов остается дискуссионным.

Лечение острых кровотечений

Если кровотечение обнаруживается у хирургических пациентов, которым не делался перерыв в антиагрегантной терапии, следует немедленно отменить все дезагреганты. Принципы лечения больших кровотечений остаются прежними. Они включают внутривенное введение кровезаменителей, консервированных красных кровяных пластинок и по необходимости хирургические или другие методы остановки кровотечения. Если оно гастроинтестинальное и может быть контролируется механическими методами эндоскопически, перерыв антиагрегантной терапии необязателен, особенно у лиц с высоким риском тромбозов.

! Решение о прерывании приема антиагрегантов у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями при проведении хирургических или инвазивных диагностических вмешательств основывается на оценке баланса рисков геморрагических и ишемических осложнений.

В настоящее время отсутствуют четкие общепринятые рекомендации по режиму приема антиагрегантов ввиду отсутствия доказательной базы для выработки стандартной тактики. Этот вопрос требует ответственного и грамотного подхода врача и может быть решен только в индивидуальном порядке после оценки рисков. Необходимо уметь не только правильно и своевременно назначить антиагреганты для предотвращения тромботических эпизодов, но и правильно отменить и возобновить антиагрегантную терапию, проведя пациента между жизненно важными угрозами геморрагических осложнений и ишемических катастроф.