

# Современная антитромбоцитарная терапия при острых и стабильных формах коронарного атеросклероза

**Комбинированная антитромбоцитарная терапия – важнейшее направление в комплексном лечении пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом и без подъема сегмента ST (ОКСпST и ОКСбпST) независимо от стратегии лечения, а также стабильных больных ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергаемых чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ). Это направление постоянно развивается, ставя перед врачами новые задачи и открывая более широкие возможности для улучшения прогноза пациентов, относящихся к категории высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска.**

Современным стандартам антиагрегантной терапии при различных формах ИБС и новым тенденциям в этой области была посвящена беседа с членом-корреспондентом НАМН Украины, руководителем отдела реанимации и интенсивной терапии ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Александром Николаевичем Пархоменко.

**В ходе международных и украинских медицинских форумов, а также в специализированных изданиях сегодня часто обсуждаются вопросы антитромбоцитарной терапии у пациентов с различными формами коронарного атеросклероза. Чем обусловлена актуальность данной проблемы?**

– Актуальность проблем, связанных с антитромбоцитарной терапией, обусловлена, прежде всего, большим количеством больных, которые нуждаются в данном виде лечения, с одной стороны, и «недолеченностью» многих пациентов, перенесших ОКС и/или стентирование коронарных артерий, что приводит к развитию у них повторных тромботических событий и смерти, – с другой.

В Украине в течение года регистрируется около 50 тыс. случаев острого инфаркта миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST. Если ориентироваться на данные международных регистров, то общее количество случаев развития ОКС (с учетом всех форм) должно составлять около 200 тыс. в год. При этом большую долю в структуре всех случаев ОКС должен составлять ОКСбпST.

200 тыс. больных с ОКС – огромная цифра, и к ней следует прибавить пациентов со стабильной ИБС очень высокого риска (с сопутствующими заболеваниями, с имплантированными стентами), которые также нуждаются в длительном приеме антиагрегантов. Между тем большинство из этих больных не получают адекватного лечения – среди врачей до сих пор бытует мнение, что ОКСбпST сопряжен с меньшим риском осложнений по сравнению с ОКСпST, а установка стентов стабильным пациентам с ИБС решает все проблемы и означает отсутствие необходимости интенсивного медикаментозного лечения. Это ошибочная точка зрения, которая сформирована ввиду непонимания патогенетических механизмов развития ОКС.

Развитие ОКС является следствием разрушения атеросклеротической бляшки и повреждения эндотелия сосуда, что влечет за собой образование пристеночного тромба вследствие активации и повышенной агрегации тромбоцитов в месте повреждения. Этому предшествует многолетний процесс развития и прогрессирования системного атеросклероза с нарушением функции эндотелия сосудов на фоне хронического воспаления; формированием атеросклеротических бляшек, которые могут локализоваться в различных сосудистых бассейнах. Использование самого современного лечения на ранних этапах развития ОКС с включением тромболитиков, антитромботических препаратов, статинов и даже стентирование инфаркт-зависимой артерии не означают, что процесс прогрессирования атеросклероза приостановлен. Высокий тромбогенный потенциал свертывающей системы крови сохраняется на протяжении долгого времени после развития любой формы ОКС, и этим объясняется высокая частота рецидивов заболевания и тромбозов стентов у пациентов, не получающих антиагреганты или преждевременно прекращающих их прием. После повторного разрушения бляшки (возможно, уже в другом сосуде) больные часто умирают до прибытия бригады скорой медицинской помощи. Многих из них можно было бы спасти, назначив адекватную антитромбоцитарную терапию, в том числе пациентам с ОКСбпST и стабильных больных ИБС, перенесших стентирование. Известно, что у больных ИМбпST уровень смертности в первые 6 мес после выписки из стационара более высокий по сравнению с пациентами с ИМпST. Это подтверждает наличие высокого кардиоваскулярного риска у этих больных и необходимость проведения у них такой же длительной и интенсивной терапии, как и при ОКСпST.

Следует уточнить, что во всех перечисленных случаях (при ОКСбпST, ОКСпST с медикаментозной и инвазивной стратегией лечения, а также при стентировании коронарных артерий у стабильных больных ИБС) мы говорим о необходимости назначения двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) – комбинации ацетилсалициловой кислоты (АСК) и блокатора P2Y<sub>12</sub> (рецепторов тромбоцитов, назначение которых сегодня является стандартным

подходом к профилактике повторных ишемических событий у таких больных).

**Чем обусловлена необходимость назначения ДАТ у пациентов после ОКС и/или стентирования коронарных артерий, и какие преимущества связаны с использованием данной стратегии?**

– Поскольку эти больные имеют высокий риск повторного тромбообразования, необходимо воздействовать на все механизмы агрегации тромбоцитов. Механизм антитромботического действия АСК заключается в необратимом ингибировании фермента циклооксигеназы (ЦОГ), что приводит к уменьшению синтеза индукторов агрегации тромбоцитов (простагландинов G<sub>2</sub>, H<sub>2</sub> и тромбоксана A<sub>2</sub>) из арахидиновой кислоты. Однако агрегация тромбоцитов индуцируется также другими факторами, и наиболее важным из них является аденозинфосфат (АДФ), обуславливающий секрецию адгезивных белков (фибриногена, Р-селектина и других). Реализация эффектов АДФ происходит через P2Y<sub>12</sub> – рецепторы, локализуемые на поверхности тромбоцитов, и их блокада наряду с ингибированием ЦОГ существенно усиливает антиагрегантный эффект.

Усиление антиагрегантного эффекта путем использования ДАТ трансформируется в улучшение исходов и прогноза у пациентов с ОКС, что было продемонстрировано в многочисленных клинических исследованиях. В большинстве случаев термин «двойная антитромбоцитарная терапия» означает применение комбинации АСК и клопидогреля, лидирующей сегодня по частоте назначений при различных формах ОКС.

В больших клинических рандомизированных исследованиях были доказаны преимущества сочетанного применения АСК и клопидогреля перед монотерапией АСК у больных с ОКСбпST (CURE, PCICURE); с ОКСпST с различными стратегиями ведения (CLARITY-TIMI 28, COMMIT/CCS-2). Отдельно изучались эффекты ДАТ с включением клопидогреля у пациентов с ОКС и инвазивной стратегией ведения (CREDO).

У больных с ОКСбпST назначение ДАТ с клопидогрелем позволило снизить на 20% относительный риск ишемических осложнений в течение первых 30 дней после развития события и сохранить этот эффект на протяжении 1 года (исследование CURE).



А.Н. Пархоменко

У пациентов с ОКСпST данная стратегия привела к снижению частоты смерти, повторного ИМ, инсульта на 9% и внутригоспитальной смертности на 7% в течение 28 дней лечения (исследование COMMIT).

В исследовании CLARITY-TIMI 28 частота кардиальной смерти/рецидива ИМ/неустойчивой стенокардии, требующей срочной реваскуляризации, снизилась на фоне применения ДАТ с клопидогрелем на 20% в течение 30 дней после развития ОКСпST.

В ходе этих исследований были также определены оптимальные схемы назначения ДАТ в различных ситуациях, дозы препаратов (в том числе нагрузочные) и длительность их применения. В настоящее время для пациентов с ОКС рекомендовано как можно более раннее добавление клопидогреля к АСК и проведение ДАТ на протяжении как минимум 12 мес (табл. 1). Согласно Унифицированному клиническому протоколу экстренной, первичной, вторичной и третичной помощи и медицинской реабилитации «Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST» (2014) прием антитромбоцитарных препаратов осуществляется на догоспитальном этапе в виде нагрузочной дозы АСК (150-300 мг) и клопидогреля (300 мг). Следует отметить, что желателно принимать нагрузочную дозу клопидогреля 300 мг в 1 таблетке, что улучшает переносимость препарата и способствует лучшему контролю медицинским персоналом приема лекарственного средства. Для пациентов со стабильным течением ИБС, подвергающихся стентированию коронарных артерий, сроки проведения ДАТ зависят от вида имплантированного стента (табл. 2).

**В ряде случаев при применении в лечении ОКС нового ингибитора P2Y<sub>12</sub>-рецепторов тромбоцитов (тикагрелора) возникает необходимость перевода больных на терапию клопидогрелем (например, при выявлении непереносимости тикагрелора или при развитии специфических для этого препарата побочных явлений). По какой схеме врачам следует проводить замену антитромбоцитарного препарата?**

– На сегодняшний день нет четких рекомендаций по переводу пациентов с тикагрелора на клопидогрель. Основные вопросы, которые возникают при обсуждении данной проблемы, – это минимальное время

Таблица 1. Рекомендации по длительности ДАТ у больных с ОКС (ESC, 2014)

Антитромбоцитарная терапия ОКС, инвазивная стратегия		
Рекомендации (2014)	Класс рекомендаций	
<b>ОКСпST</b>		
АСК в нагрузочной дозе 150-300 мг. Далее – 75-100 мг/сут	I	A
Добавление ингибиторов P2Y <sub>12</sub> к АСК как можно раньше на 12 мес, если нет противопоказаний, например, чрезмерного риска развития кровотечений	I	A
Ингибитор P2Y <sub>12</sub> должен быть принят пациентом во время первого контакта с медицинским работником	I	B
<b>ОКСбпST</b>		
АСК в нагрузочной дозе 150-300 мг. Далее – 75-100 мг/сут	I	A
Добавление ингибиторов P2Y <sub>12</sub> к АСК как можно раньше на 12 мес, если нет противопоказаний, например, чрезмерного риска развития кровотечений	I	A

Таблица 2. Рекомендации по длительности ДАТ после стентирования больных со стабильной стенокардией (ESC, 2014)

Антитромбоцитарная терапия при проведении ЧКВ у пациентов со стабильной стенокардией		
Рекомендации	Класс рекомендаций	
<b>Антитромбоцитарная терапия после ЧКВ</b>		
Длительность приема ДАТ – по крайней мере в течение 1 мес после имплантации металлического стента	I	A
Длительность приема ДАТ – в течение 6 мес после имплантации стента с лекарственным покрытием	I	B
Прием ДАТ после имплантации стента с лекарственным покрытием в течение менее 6 мес следует рассмотреть у больных с высоким риском кровотечения	IIb	A
У пациентов с высоким ишемическим и низким геморрагическим риском ДАТ может применяться более 6 мес	IIb	C

после перенесенного ОКС и необходимости начала терапии клопидогрелем с нагрузочной дозы. На сегодняшний день опубликованы результаты нескольких исследований по замене ингибитора P2Y12-рецепторов тромбоцитов. В исследовании RESPOND (P.A. Gurbel et al., 2010), которое проводилось с участием больных со стабильной стенокардией, применяли нагрузочную дозу клопидогреля 600 мг. На последнем конгрессе Американской коллегии кардиологов (ACC), который проходил в марте этого года, были представлены результаты исследования ученых канадского Института сердца (Оттава), которые сравнили результаты перевода с тикагрелора на клопидогрель 60 пациентов с ОКС как с нагрузочной дозой 600 мг, так и без таковой (старт приема клопидогреля с дозы 75 мг). Результаты не показали клинических отличий (большие сердечно-сосудистые события, тромбоз стента, кровотечение) в группах больных в течение 30 дней наблюдения. В мире продолжают исследования по определению оптимальной тактики лечения при необходимости замены антитромбоцитарного препарата. Однако, учитывая повышенный риск раннего тромбоза стента, нежелательно и даже опасно менять антитромбоцитарный препарат в первые 2 нед от начала лечения.

#### ? В каких ситуациях продление ДАТ является целесообразным?

— Рекомендованный срок проведения ДАТ при ОКС — 12 мес — определен в соответствии с длительностью проведения исследований, в которых изучались эффекты сочетанного применения АСК и клопидогреля. Однако со временем стало очевидным, что в определенных ситуациях (при очень высоком тромботическом и низком геморрагическом рисках) продление ДАТ свыше 12 мес является оправданным. Это подтверждают и результаты масштабного исследования DAPT, которые были озвучены в ходе последнего конгресса Американской ассоциации сердца (АНА, 2014). Как показало исследование DAPT, продление ДАТ до 30 мес пациентам с имплантированными стентами коронарных артерий приводит к уменьшению риска тромбоза стентов на 71% и развития ИМ — на 53%. Достоверно снизилась также частота развития комбинированной конечной точки — смерть/ИМ/инсульт; на границе достоверности — уменьшение риска всех случаев смерти. 43% участников исследования DAPT перенесли ОКС, а 65% — принимали Плавикс (клопидогрель) в качестве компонента ДАТ (35% принимали прасугрель). Показано также, что при прекращении лечения тиапиридином через 30 мес частота осложнений у пациентов, перенесших стентирование, возрастает (рис. 1).

Таким образом, концепция продленной ДАТ у пациентов очень высокого риска тромботических осложнений получила подтверждение, и современные исследования ставят перед нами новые вопросы, например, о целесообразности продолжения приема ДАТ после 30 мес лечения.

Уже сегодня в клинической практике наблюдается тенденция к увеличению сроков приема ДАТ у больных с имплантированными стентами коронарных артерий (в странах Западной Европы данная тактика используется примерно в 70% случаев). Безусловно, этому предшествует тщательная оценка ишемического и геморрагического рисков, и во многих случаях польза от продления антитромбоцитарной терапии значительно превышает риск возникновения осложнений.

Подтверждением целесообразности проведения ДАТ после перенесенного ОКС являются и данные недавно завершеного исследования PEGASUS, которые были доложены на сессии Американской коллегии кардиологов в марте текущего года. В этом исследовании применяли комбинацию аспирина с тикагрелором у больных после перенесенного острого ИМ (от 1 до 3 лет), когда они уже прекращали лечение рекомендованной комбинацией аспирина с клопидогрелем. Это исследование показало достоверное 15% снижение риска развития комбинированной конечной точки (сердечно-сосудистая смерть, ИМ, инсульт) при использовании ДАТ даже в более поздние, чем 12 месяцев, сроки после перенесенной коронарной катастрофы.

#### ? Опасения врачей по поводу возможных побочных эффектов ДАТ — наиболее распространенная причина ее отмены. Какая тактика является оптимальной в случае наличия показаний для проведения ДАТ и высокого риска развития ее осложнений?

— Осложнения ДАТ всегда проще предупредить, чем бороться с ними, и это вполне посильная задача при условии правильной оценки всех рисков и своевременного проведения мероприятий, направленных на коррекцию факторов, которые повышают вероятность развития неблагоприятных явлений. Увеличение риска кровотечений — ожидаемая реакция на усиление антитромбоцитарной терапии путем добавления второго препарата, и чем более активен этот препарат, тем выше риск осложнений. Так, по данным клинических исследований, для тикагрелора характерен более высокий риск возникновения нефатальных кровотечений, одышки. В то же время препарат не увеличивает частоту развития угрожающих жизни кровотечений. АСК чаще, чем клопидогрель, вызывает желудочно-кишечные осложнения, которые относятся к наиболее частым побочным

эффектам антитромбоцитарной терапии (CAPRIE Steering Committee, Lancet, 1996). При этом использование кишечнорастворимой формы АСК не является более безопасным в отношении риска развития гастроинтестинальных кровотечений по сравнению с обычной формой препарата (Y. Hirata et al., 2011). Таким образом, в тех случаях, когда необходимо повысить безопасность антитромбоцитарной терапии, у врача есть возможность выбрать оптимальный вариант.

В случае развития кровотечения на фоне ДАТ следует отменить оба ее компонента, однако после стабилизации состояния больного необходимо рассмотреть возможность возобновления приема антиагрегантов, и решение при этом принимается в зависимости от степени риска рецидива кровотечения. При высоком риске прием клопидогреля возобновляют через 24 ч после прекращения кровотечения, а АСК добавляют через 2 недели. При очень высоком риске возобновляют только прием клопидогреля — также через 24 ч после прекращения кровотечения (Victoria P. Tan et al., 2009). Наличие подобных схем возобновления антитромбоцитарной терапии свидетельствует о том, что даже высокий риск кровотечений не рассматривается сегодня в качестве абсолютного противопоказания к назначению антиагрегантов (естественно, при скрупулезной оценке соотношения польза-риск).

Тщательная подготовка пациентов к проведению ДАТ (лечение язв, эрозий слизистой желудка) также позволяет снизить риск развития кровотечений даже при предшествовавшем развитии этих осложнений на фоне приема антиагрегантов. Назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) — одно из мероприятий, которое рекомендовано сегодня для уменьшения риска неблагоприятных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта при проведении ДАТ, однако рутинное назначение ИПП больным с низким риском осложнений нецелесообразно. ИПП угнетают активность CYP2C19, поэтому при совместном применении этой группы препаратов с клопидогрелем может наблюдаться снижение концентрации активного метаболита последнего. В случае использования клопидогреля в составе ДАТ рекомендовано назначение пантопрозола или лансопрозола. Хотя в исследовании COGENT назначение омепразола одновременно с клопидогрелем способствовало достоверному снижению частоты осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта на 66% без снижения клинической эффективности клопидогреля (не было отмечено увеличения частоты кардиоваскулярной смерти, ИМ, инсульта, потребности в реваскуляризации).

В ряде ситуаций не является противопоказанием к проведению ДАТ и тромбоцитопения, например, если не очень значимое снижение уровня тромбоцитов выявлено исходно, до приема антитромбоцитарных препаратов. Отмена антиагрегантов оправдана при снижении уровня тромбоцитов  $\geq 50\%$  на фоне проводимого лечения, однако при применении клопидогреля такие случаи наблюдаются редко (<1%).

#### ? При сравнении клопидогреля с новыми антиагрегантами часто поднимается вопрос о возникновении к нему резистентности. Насколько актуальна данная проблема для клинической практики, и следует ли в процессе лечения клопидогрелем исследовать показатели свертывающей системы крови для оценки его эффективности?

— Истинная клинически значимая резистентность к клопидогрелю, или не достижение адекватной блокады достаточного количества рецепторов на поверхности тромбоцита, встречается не столь уж часто, а увеличение дозы препарата вдвое (это исследовано в ранние сроки развития ОКС) позволяет устранить или частично решить данную проблему. На сегодняшний день не рекомендована рутинная лабораторная оценка эффективности клопидогреля в процессе лечения.

Необходимо напомнить о другой клинически значимой проблеме — чаще всего «резистентность» к терапии клопидогрелем у больных объясняется невыполнением рекомендаций врача, самостоятельным прекращением приема препарата. Кроме того, даже самая современная терапия не устраняет полностью риск развития кардиоваскулярных осложнений у пациента, перенесшего ОКС, не предпринимающего усилий для модификации факторов риска, например, продолжающего курить. Прежде чем поднимать вопрос о наличии резистентности к терапии клопидогрелем, врач должен быть уверен, что все модифицируемые факторы риска устранены, и больной строго придерживается всех рекомендаций и сохраняет приверженность к терапии. В международных регистрах по ОКС показано, что приверженность к приему препаратов в течение года после развития события сохраняют не более 70% пациентов. В Украине эта цифра существенно ниже и, по данным разных авторов (С.В. Валуева, 2012), не превышает 30%.

Для повышения приверженности пациентов к лечению необходимо использовать все возможности, формируя партнерские взаимоотношения, доступно объясняя важность постоянного приема препаратов, максимально упрощая его режим. Последнего можно добиться за счет

Продолжение на стр. 14.

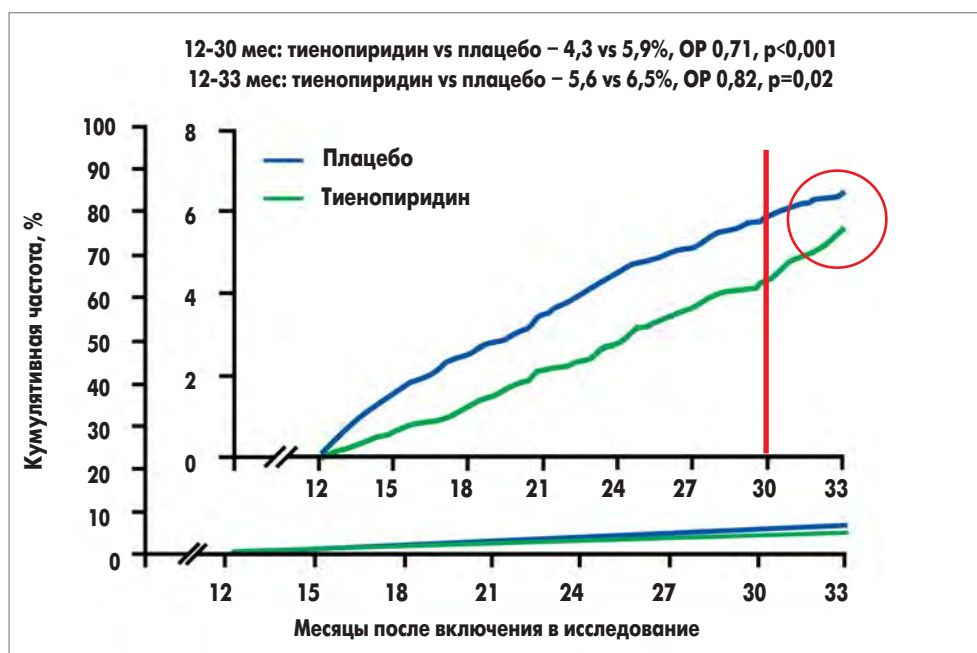


Рис. 1. Первичные конечные точки исследования DAPT и их компоненты (12-30 мес)

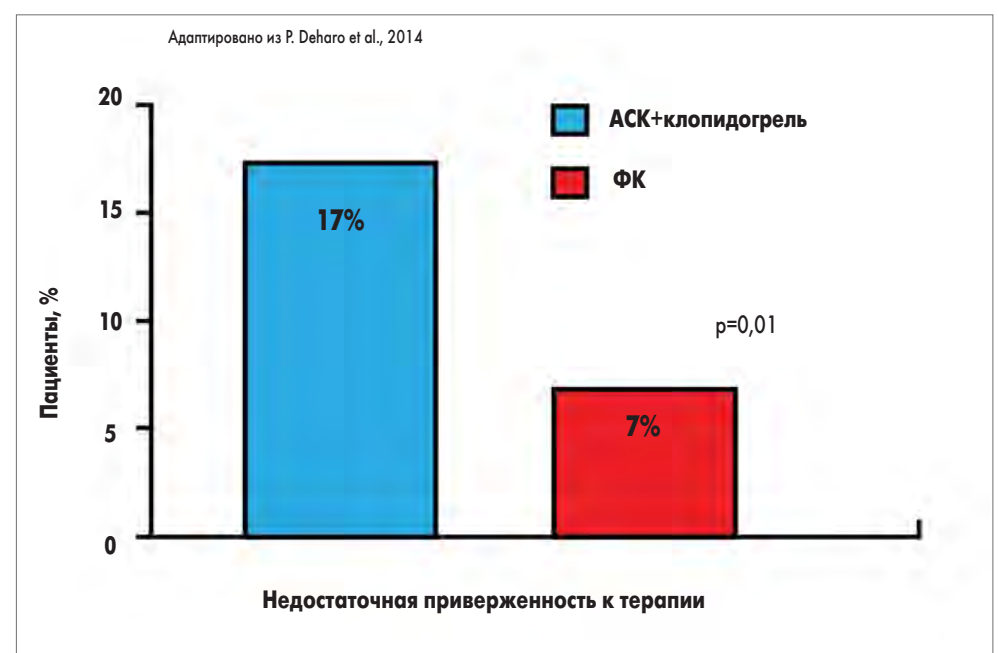


Рис. 2. Применение препарата Коплавикс более чем в 2 раза уменьшает количество пациентов с недостаточной приверженностью к антиагрегантной терапии (P. Deharo et al., 2014)

## Современная антитромбоцитарная терапия при острых и стабильных формах коронарного атеросклероза

Продолжение. Начало на стр. 12.

уменьшения количества принимаемых препаратов путем назначения фиксированных комбинаций (ФК). Эффективность такого шага подтверждена в недавнем исследовании с применением ФК АСК и клопидогреля (Коплавикс, 75 мг/75 мг), что позволило более чем в 2 раза уменьшить количество больных с недостаточной приверженностью к антиагрегантной терапии (рис. 2). Использование ФК – это удобный и простой способ повысить эффективность лечения антитромбоцитарным препаратом.

**?** **Сегодня появились данные об использовании ДАТ в составе тройной антитромбоцитарной терапии, включающей пероральный антикоагулянт. У каких пациентов оправдано назначение такого лечения?**

– Тройная антитромбоцитарная терапия может быть назначена больным с очень высоким тромботическим риском, например, при возникновении фибрилляции предсердий у пациентов, перенесших ОКС и/или стентирование коронарных артерий. В исследовании WOEST данная тактика у больных, перенесших стентирование и имеющих показания для назначения пероральных антикоагулянтов, способствовала снижению риска развития ишемических событий, однако наряду с этим увеличилась и частота развития кровотечений. В этом же исследовании установлено, что исключение АСК из схемы антитромбоцитарной терапии и назначение комбинации клопидогреля и варфарина приводит к снижению риска кровотечений и

смерти без увеличения частоты развития ИМ и тромбоза стентов по сравнению с тройной терапией. На сегодня европейскими экспертами разработан консенсусный документ, в соответствии с которым пациентам с ОКС и высоким риском кровотечений после установки стентов тройная антитромбоцитарная терапия может быть назначена в течение 4 нед с переходом на комбинацию варфарина и клопидогреля в последующие 12 мес при поддержании международного нормализованного отношения (МНО) на уровне 2,0–2,5. В дальнейшем рекомендован постоянный прием варфарина (МНО 2,0–3,0).

Таким образом, круг пациентов, которым показано проведение ДАТ очень широк, и несмотря на появление новых антитромбоцитарных препаратов, клопидогрель остается наиболее изученным среди лекарственных средств, которые сегодня рекомендованы к применению в составе ДАТ с АСК. Этот препарат может быть использован у больных с ОКС в качестве монотерапии при непереносимости АСК; при ОКСбпСТ и низком ишемическом риске; при ОКСбпСТ и среднем/высоком ишемическом риске с инвазивной стратегией лечения; при ОКСпСТ с любой стратегией лечения – медикаментозной/инвазивной/с использованием тромболитика; у пациентов с ОКС, перенесших аортокоронарное шунтирование; у стабильных больных после ЧКВ; в качестве компонента тройной или двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов высокого тромботического риска.

**?** **С целью уменьшения стоимости лечения оригинальные препараты часто заменяются на генерические. Можно ли рассматривать генерик как надежную замену брендовому препарату применительно к антиагрегантам?**

– При лечении больных высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска (а именно к этой категории принадлежат пациенты, перенесшие ОКС, ИМ и/или стентирование коронарных артерий) замена оригинальных препаратов, которые назначаются для улучшения прогноза и продления жизни, крайне нежелательна. Это обусловлено тем, что важнейшие клинические эффекты, для достижения которых мы назначаем антиагреганты, были реализованы в клинических исследованиях с использованием оригинальных препаратов. Для генериков большие длительные исследования с целью подтверждения их клинической эффективности не проводятся. Генерические препараты могут существенно отличаться от оригинальных не только наполнителями, но также количеством и качеством действующего вещества. Так, оригинальный клопидогрель (Плавикс), для которого в клинических рандомизированных исследованиях получены убедительные доказательства эффективности и безопасности при лечении пациентов с ОКС, является бисульфатной солью, а его генерики могут содержать другие соли, и нам ничего не известно о том, как они влияют на процесс агрегации тромбоцитов. Таким образом, следствием замены оригинального клопидогреля генериком может стать снижение эффективности антитромбоцитарной защиты и развитие осложнений, которых, возможно, удалось

бы избежать при использовании качественного, надежного препарата. Это предположение подтверждено в ходе одноцентрового регистра (США), в котором анализировали частоту тромбоза стентов на фоне применения оригинального клопидогреля (Плавикс) и его генериков, зарегистрированных в США, после успешного коронарного стентирования. Исследование проводили в одной из наиболее авторитетных клиник США – Mount Sinai Hospital (Нью-Йорк). Согласно результатам анализа перевод пациентов с оригинального препарата на генерический ассоциировался с увеличением частоты тромбозов стентов в 2,7–3,2 раза даже с учетом поправок на генетику больных и иные возможные факторы риска развития тромбоза стента (J.C. Kovacic, S. Mehran et al., 2014).

В 2013 году в журнале Американской коллегии кардиологов были опубликованы результаты постмаркетингового исследования с участием более 1,5 тыс. пациентов с различными формами ОКС, принимавших оригинальный клопидогрель и его генерики. Полученные данные позволили сделать вывод о том, что антитромбоцитарная активность генерических препаратов *in vitro* существенно ниже таковой оригинального клопидогреля, и это свидетельствует о необходимости более тщательного постмаркетингового контроля результатов лечения генериками.

**В заключение отмечу, что правильный подход к выбору средств и методов, с помощью которых мы пытаемся продлить жизнь, – всего лишь одно из правил философии гармоничной и долгой жизни. Мы должны научиться соблюдать эти правила, научить этому наших пациентов и, в идеале, – общество в целом.**

Подготовила **Наталья Очеретяная**

3

## Анкета читателя

Здоров'я України®

Заполните анкету и отправьте по адресу:

**Медична газета «Здоров'я України»,  
03035, г. Киев, ул. Механизаторов, 2.**

**Укажите сведения, необходимые для отправки  
тематического номера «Кардіологія, ревматологія,  
кардіохірургія»**

Фамилия, имя, отчество .....

Специальность, место работы .....

Индекс .....

город .....

село .....

район ..... область .....

улица ..... дом .....

корпус ..... квартира .....

Телефон: дом .....

раб. ....

моб. ....

E-mail: .....

\* Я добровольно передаю указанные в анкете персональные данные ТОВ «Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». Также даю согласие на их использование для получения от компаний (ее связанных лиц, коммерческих партнеров) изданий, информационных материалов, рекламных предложений, а также на включение моих персональных данных в базу данных компании, неограниченное во времени хранение данных.

Подпись .....

## Нам важно знать ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер

«Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»? .....

Назовите три лучших материала номера .....

1. ....

2. ....

3. ....

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах? .....

.....

.....

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть? .....

.....

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера

«Кардіологія, ревматологія, кардіохірургія»? .....

На какую тему? .....

.....

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении

врачебной квалификации? .....

.....