

Руководство по диагностике и лечению острого коронарного синдрома без подъемов сегмента ST Европейского Кардиологического Общества (Июнь 2007) [1] .

Основные положения об антитромботическом лечении.

Рекомендации по антикоагулянтному лечению

- Применение антикоагулянтов (антикоагуляция) рекомендуется для всех больных в дополнение к антитромбоцитарной терапии (I-A).
- Антикоагуляция должна избираться в соответствии с риском, как ишемических событий, так и кровотечений (I-B).
- Имеется несколько антикоагулянтов, а именно, нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин, фондапаринукс, и бивалорудин. Выбор между ними зависит от начальной стратегии лечения: неотложной инвазивной, ранней инвазивной, или консервативной (I-B).
- При неотложной (ургентной, срочной) инвазивной стратегии должен быть немедленно начат нефракционированный гепарин (I-C), эноксапарин (IIa-B), или бивалорудин (I-B).
- В не-ургентной ситуации, пока решение о применении ранней инвазивной или консервативной стратегии еще не принято:
 - Фондапаринукс рекомендуется на основании наиболее благоприятного профиля эффективность/безопасность (I-A).
 - Эноксапарин с менее благоприятным профилем эффективность/безопасность должен использоваться только при низком риске кровотечения (IIa-B)..
 - Так как профиль эффективность/безопасность низкомолекулярных гепаринов (кроме эноксапарина) или нефракционированного гепарина относительно фондапаринукса (сравнительно с фондапаринуксом) неизвестен, нельзя дать рекомендацию об их применении относительно фондапаринукса (IIa-B)
 - При процедурах ЧКВ начальный антикоагулянт должен

продолжаться во время процедуры независимо от того, используется ли нефракционированный гепарин, эноксапарин, или бивалорудин, тогда как в случае применения фондапаринукса необходим дополнительный нефракционированный гепарин в стандартной дозе (болюс 50–100 МЕ/кг) (IIa-C).

- Антикоагуляция может быть прекращена в пределах 24 час после инвазивной процедуры (IIa-C). При консервативной стратегии, фондапаринукс, эноксапарин или другие НМГ могут быть продолжены до выписки (I-B).

Рекомендации по применению антитромбоцитарных средств для приема внутрь

- Аспирин рекомендуется для всех больных с ОКСБПСТ без противопоказаний в начальной ударной (нагрузочной) дозе 160-325 мг (не кишечной формы) (I-A), и длительно в поддерживающей дозе 75-100 мг (I-A).
- У всех больных рекомендуется немедленно применить нагрузочную дозу клопидогреля (300 мг), за которой следует ежедневный прием 75 мг клопидогреля в сутки (I-A). Клопидогрель должен быть продолжен в течение 12 месяцев, при отсутствии повышенного (excessive – чрезмерного) риска кровотечений (I-A).
- Всем больным с противопоказаниями к аспирину вместо него должен быть дан клопидогрель (I-B).
- У больных, у которых возможно (у которых обсуждается) применение инвазивной процедуры/чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), может быть использована ударная (нагрузочная) доза клопидогреля 600 мг для достижения более быстрого ингибирования функции тромбоцитов (IIa-B).
- У больных, получивших клопидогрель, и которые нуждаются в операции шунтирования коронарных артерий, хирургическое вмешательство должно быть отложено на 5 суток для выведения клопидогреля, если это клинически допустимо (IIa-C).

Таблица.

Клиническое использование антитромботической терапии.

Антитромбоцитарная терапия средствами для приема внутрь.
Аспирин. Начальная доза 160-325 мг не-кишечная форма, затем по 75–100 мг ежедневно
Клопидогрель 75 мг/сут после нагрузочной дозы 300 мг (600 мг при желании получить быстрое наступление действия)
Антикоагулянты
Фондапаринукс 2.5 мг подкожно ежедневно.
Эноксапарин 1 мг/кг подкожно каждые 12 час.
Дальтепарин 120 МЕ/кг каждые 12 час.
Надропарин 86 МЕ/кг каждые 12 час.
Нефракционированный гепарин внутривенно болюс 60-70 Ед/кг (максимально 5000 МЕ), затем инфузия 12-15 МЕ/кг/час (максимально 1000 Ед/час) с титрованием до удлинения активированного частичного тромбопластинового времени в 1.5-2.5 раза по сравнению с контролем
Бивалорудин внутривенно болюс 0.1 мг/кг и инфузия 0.25 мг/кг/час. Дополнительный внутривенный болюс 0.5 мг/кг и увеличение скорости инфузии до 1.75 мг/кг/час перед чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ).
Ингибирование гликопротеинов IIb/IIIa
Абциксимаб 0.25 мкг/кг внутривенный болюс, затем инфузия 0.125 мкг/кг/мин (максимально 10 мкг/мин) в течение 12–24 час
Эптифибатид 180 мкг/кг внутривенный болюс (второй болюс через 10 мин для ЧКВ, затем инфузия 2.0 мкг/кг/мин в течение 72-96 час
Тирофибан 0.4 мкг/кг/мин внутривенно в течение 30 мин, затем инфузия 0.10 мкг/кг/мин в течение 48–96 час. Высоко дозовый режим (болюс 25 мкг/кг + 0.15 мкг/кг/мин инфузия в течение 18 час) проверяется в клинических испытаниях.

Литература.

1. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007; Advance Access published June 14, 2007. www.escardio.org. Accessed 14 June, 2007.