

фракции выброса, ОСН 2-3 по Киллипу). ВНОК рекомендует βАБ при ОКСПСТ всем при отсутствии противопоказаний, начиная с внутривенного их введения.

На сегодняшний день остаются некоторые нерешенные вопросы о возможности, как внутривенного введения, так и сочетанного применения внутривенных и пероральных форм βАБ:

- 1) Что представляется более целесообразным (в зависимости от состоянии гемодинамики): внутривенное капельное или внутривенное струйное введение βАБ? При нестабильности гемодинамики (без признаков ОСН), применение βАБ может ли сопровождаться его благоприятными эффектами не гемодинамического характера? В данном случае медленное ведение может ли быть предпочтительным, чем струйное ведение?;
- 2) Если достигнуто значимое снижение АД, ЧСС и интенсивности болевого синдрома (т.н. гемодинамический и клинический «покой») после первой и/или второй дозы βАБ (в частности метопролола, эсмолола) обязательно ли введение третьей дозы?;
- 3) Недостаточное количество работ посвящено изучению динамики уровня МНП (значения которого непосредственно коррелируют с механической насосной функцией миокарда) у больных получавших внутривенно βАБ в составе комплексной терапией ОКС;
- 4) Дискуссионной представляется тактика лечения при возникновении побочных эффектов βАБ. Какой альтернативный путь возможен при наличии противопоказаний к βАБ у больных с ОКС?

## **ВЛИЯНИЕ ТРЕХКОМПОНЕНТНОЙ АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

*Ибрагимов М.С., Андреев А.Н., Ходыкина Л.П., Тунис А.В., Минин В.В.,  
Козлов П.А., Милашенко А.И.*

Комбинированная антитромбоцитарная терапия является одним из важных звеньев лечения больных с ОКС, вне зависимости от состояния сегмента ST. Согласно международным рекомендациям антитромбоцитарная терапия должна быть начата максимально рано у больных с ОКС. Схемы назначения антитромбоцитарных ЛС, таких как АСК, клопидогрел, тиклопидин, гепарины и ТЛ последние годы не подвергались существенным изменениям. Схема стандартной терапии антитромбоцитарными препаратами ОКС описана в соответствующих рекомендациях по ОКС.

Представляют интерес последние клинические рекомендации ЕОК о применении комбинированной 3-х компонентной антитромбоцитарной терапии (гепарины, АСК, клопидогрел) у больных с ОКС, вне зависимости от состоянии сегмента ST и соответственно выполняемых интервенционных видов вмешательств.

Весьма актуальной задачей на сегодняшний день видится не только оценка эффективности, но и оценка переносимости, безопасности комбинированной 3-х компонентной антитромбоцитарной терапии у больных с ОКС.

Таким образом целью настоящего исследования явилось проведение сравнительной оценки эффективности, переносимости и безопасности трехкомпонентной и стандартной 2-х компонентной антитромбоцитарной терапии у больных с различными вариантами ОКС.

### **Материал и методы.**

Исследование проведено в кардиологическом отделении МБУ ЦГКБ №24. В исследовании были включены 38 больных в возрасте от 46 до 75 лет, средний возраст  $63 \pm 4,7$  лет. Из них 21 мужчина, 17 женщин. В основную группу вошли 18 человек, которые получали 3-х компонентную антитромбоцитарную терапию. В основной группе терапия проводилась клексаном и АСК. Более подробная характеристика больных приведена в таблице №1.

Основные показатели	Основная группа	Контрольная группа
количество	18	20
возраст	65	63
ОКС БПСТ	3	5
ОКС ПСТ	15	15
ЧКВ	4	5
Терапия 24 месяца	16	20

Следует отметить, что контрольная группа состояла из тех пациентов, которые получали терапию не одновременно с основной группой. Не одномоментное ретроспективное исследование было проведено за период с 2009 по 2011 гг. Все 38 больных с ОКС получали терапию в полном объеме.

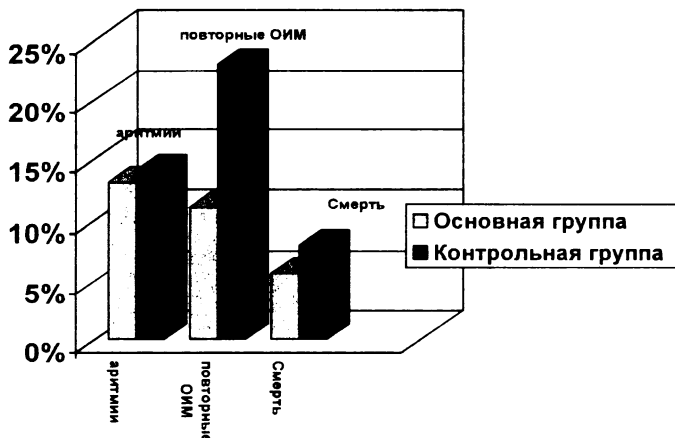
Статистическая обработка полученных данных проведена программой МЕДСТАТИСТИКА 2008 г.

#### **Результаты и обсуждение.**

Назначенные комбинированная антиромбоцитарная терапия и другие группы ЛС применяемы в группах лечение ОКС соответствовали международным требованиям и стандартам. У всех больных включенные в группы терапии были получены добровольное согласие на участие в исследовании. В основной группе больные получали 3 компонентную антиромбоцитарную терапию.

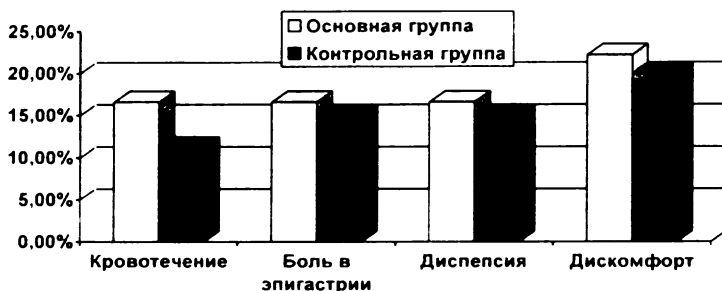
После верификации диагноза ОКС больным было назначено соответствующая терапия в зависимости от состояния сегмента ST. Т.е. при наличие подъема сегмента ST была проведена тромболитическая терапия после чего назначена т.н. 3 компонентная антиромбоцитарная терапия в объеме НМГ, АСК, плавикс. Соответственно АСК и клопидогрел были назначены по схеме: первая ударная и следом поддерживающая дозы. При отсутствие подъема сегмента ST больные получали 3 компонентную антиромбоцитарную терапию соответственно без тромболитика. По аналогичной схеме. В контрольной группе больные получали терапию без клопидогреля. Срок наблюдение составлял 12 месяцев.

Первой задачей исследования явилась изучение эффективности 3 компонентной антитромбоцитарной терапии. Рассмотрены (изученные, прослежены) такие показатели как динамика клинических данных, ранние и отдаленные прогнозы, сердечно-сосудистые события, осложнения в течение 12 месяцев. На рисунке №1 приведены сравнительная характеристика основных изучаемых показателей.



При оценке эффективности 2 видов терапии в контрольной группе по сравнению с основной группой констатирована в два раза больше эпизодов госпитализации больных в стационар за период наблюдения по поводу ОКС. В частности случаи повторных эпизодов ОИМ в контрольной группе на 12% больше встречались в отличие от основной группой. По остальным показателям значимых различий не получено.

Данные по переносимости и безопасности разных видов антитромбоцитарной терапии приведены на рисунке №2.



В отличие от контрольной группы в основной статистически достоверно больше выявлены случаи кровотечения из ЖКТ. В связи с этим были отменены антитромбоцитарная терапия, с последующим назначением гемостатиков и переводом больных в хирургический стационар. В дальнейшем эти больные выписаны были домой без серьезных последствий. Дополнение к терапии ингибиторов протонной помпы значительно улучшило переносимость антитромбоцитарной терапии и в целом без негативного влияния на эффективность проводимой терапии. В основной группе констатирован один случай кровотечения из места пункции и катетеризации бедренной артерии после проведенного ЧКВ. Других нежелательных явлений и осложнений после проведенного ЧКВ не выявлены. По остальным показателям статистически достоверных различий между группами не получено.

#### **Заключение.**

Ранняя назначенная трех компонентная антитромбоцитарная терапия (НМГ, АСК, клопидогрел), с последующим длительным приемом АСК и клопидогреля уменьшает риск развития некоторых СС осложнений у больных с ОКС.

Несмотря на случаи кровотечения в группе сочетанной терапии клопидогреля с АСК, по сравнению с контрольной группой статистической достоверной разницы не получено.

Дополнение ИПП улучшает переносимость терапии, с одновременным уменьшением риска развития эпизодов кровотечения и нежелательных явлений со стороны ЖКТ и без негативного влияния на активность антитромбоцитарных препаратов.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОКС НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

*Катунин А.Н.*

*Станция скорой медицинской помощи, г. Уфа. Россия.*

На Станции СМП г. Уфы стала распространённой практика лечения больных с ОКС по современным рекомендациям. После утверждения приказов по обязательному использованию соответствующих препаратов, двойная антитромбоцитарная терапия блокаторами P2Y<sub>12</sub> рецепторов и ацетилсалициловой кислотой совместно с антикоагулянтом гепарином (нефракционированным или низкомолекулярным) стала применяться практически всеми линейными и специализированными бригадами. Причём применение именно всех трёх препаратов (при отсутствии противопоказаний) приводит к поразительно положительным результатам.

Например, в апреле 2013 года совместно с БСМП проводился анализ влияния догоспитального лечения на прогноз доставляемых в этот стационар больных с ОКС. Большинство этих больных, за исключением случаев с противопоказаниями, получили требуемые препараты. В результате из 100 доставленных в стационар только один пациент с острым инфарктом миокарда скончался в приёмном покое, что было связано развитием терминального состояния ещё до прибытия бригады на вызов. Остальные пациенты благополучно были пролечены и выписались с улучшением.

Ярким примером пользы применяемой схемы лечения явился случай, произошедший с больным К., 39-ти лет, страдавшим до развития ОКС системной красной волчанкой. В первый раз он обратился за скорой