



Мастер класс:
ОСОБЕННОСТИ
ДЛИТЕЛЬНОГО
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ИХС: КОРРЕКЦИЯ
ТРОМБОЦИТАРНОГО
ГЕМОСТАЗА

Долженко Марина Николаевна
Профессор кафедры
кардиологии и функциональной
диагностики

Management of Stable Angina Pectories

Recommendations of the Task forces of the European Society of Cardiology

- " **A** – Aspirin and Antianginal therapy
- " **B** – Beta-bloker and Blood pressure
- " **C** – Cigarette smoking and Cholesterol
- " **D** – Diet and Diabetes
- " **E** – Education and Exercise

Клинический случай

Больной А, 56 лет, вес 92 кг, рост 184 см, ИМТ=28,1 кг/м², объем талии 89 см.

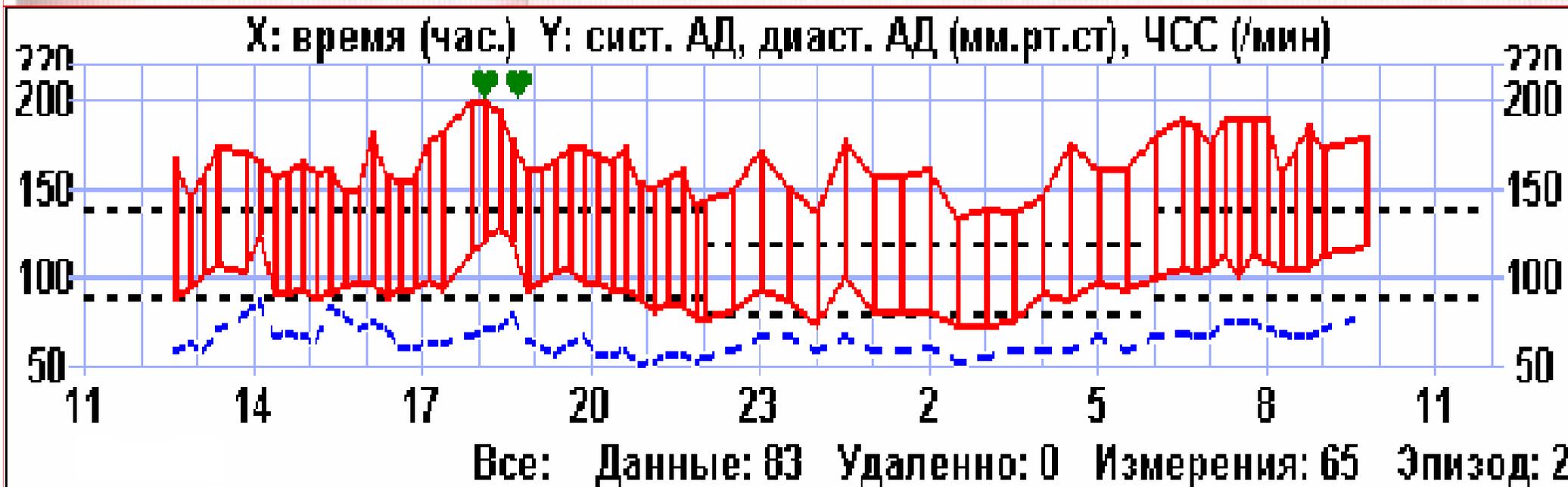
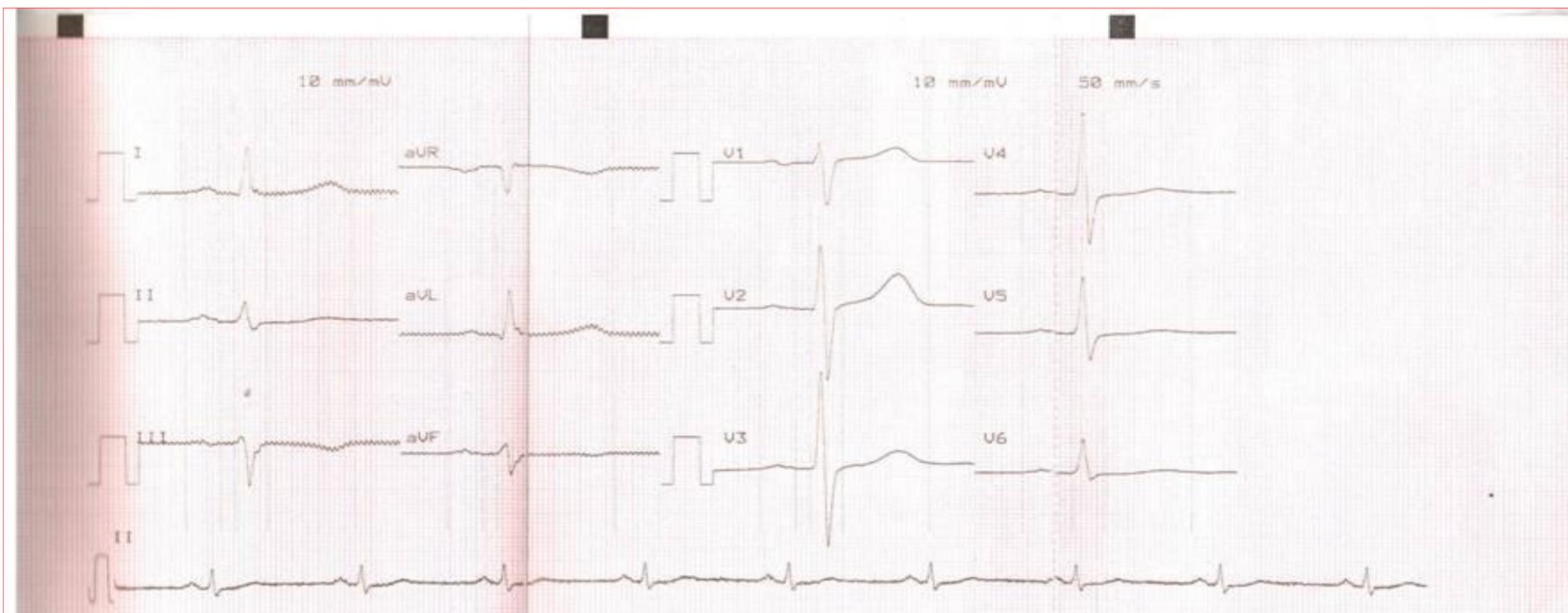
Жалобы: ангинозные боли за грудиной при эмоциональной и физической нагрузке (при ходьбе до 500 м), головная боль в затылочной области к вечеру, сопровождается головокружением, одышка при физической нагрузке.

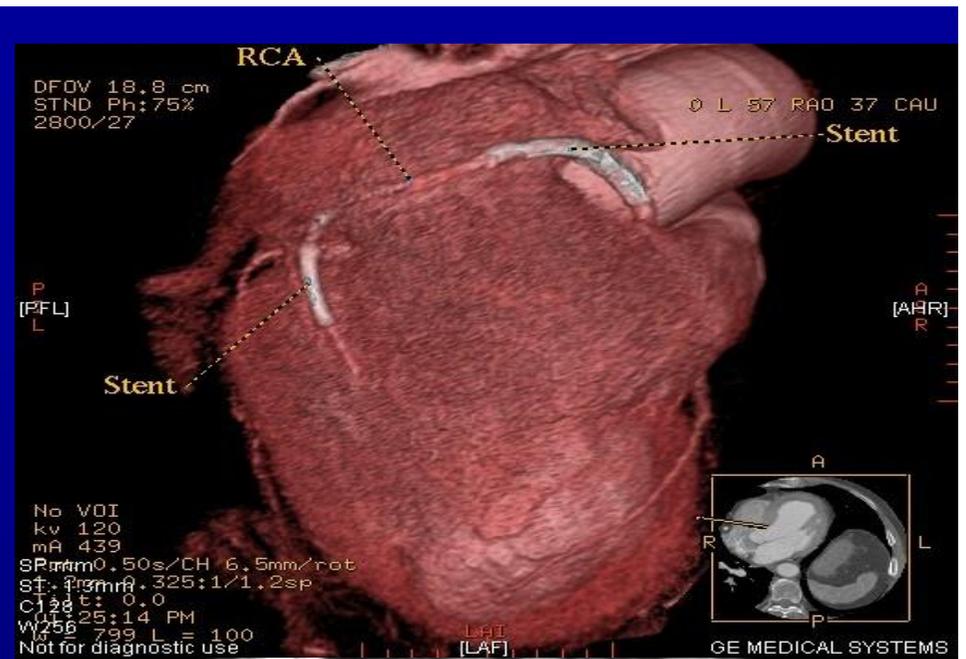
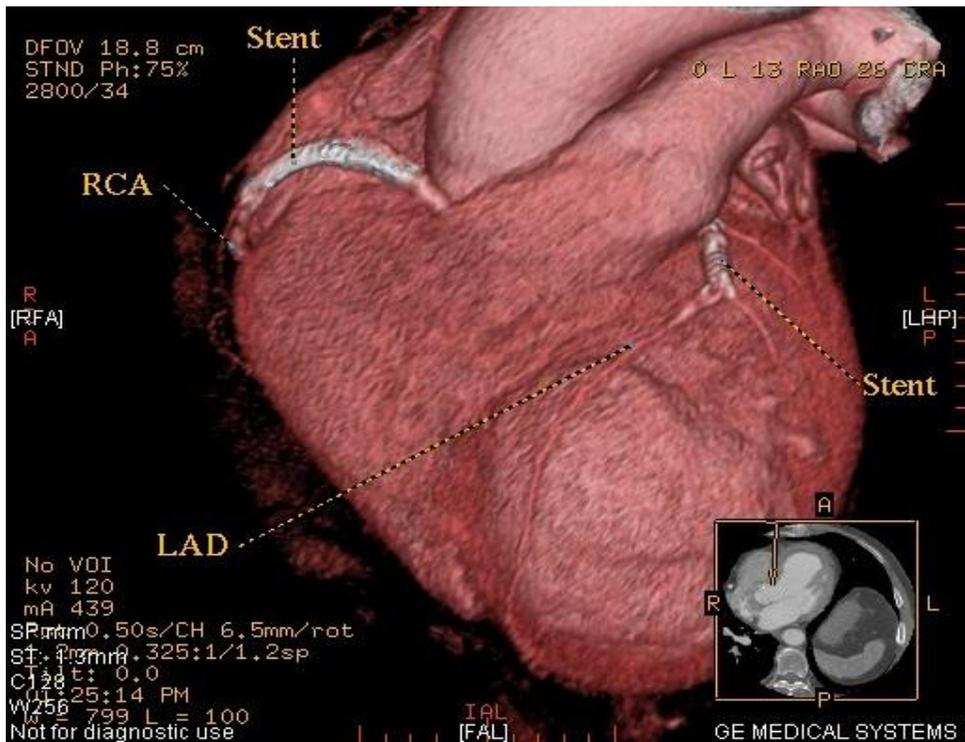
головная боль в затылочной области к вечеру, кашель по утрам

Анамнез болезни: Страдает повышением АД в течение 5 лет. Систематически не лечился. АД_{max} 220/120 мм рт ст., АД_{min} достигаемое 160/100 мм рт ст. Год назад больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST, ургентно произведено стентирование ПКА (2 сиролимус стента), ЛКА (1 сиролимус стент)

Анамнез жизни: Материально-бытовые условия удовлетворительные, выкуривает до 20 сигарет в сутки, удовлетворительные, руководитель, отец трижды перенес инсульт, умер в 70 лет. Мать страдала АГ. У сестры в анамнезе ТИА.

Объективно: Состояние удовлетворительное, Сог: деятельность ритмичная, тоны приглушены. ЧСС=86 уд/мин, АД=180/100 мм рт ст. Pulm: Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. ЧДД=20 в мин. Живот мягкий б/болезненный. Печень у края реберной дуги, б/болезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, б/болезненное. Отеков нет.





2007

ДАТА 04.07.2007. ЧАС 12:14:00

Стать:

Ематологічний аналіз крові № 546.

П.І.п.Б. пацієнта: *Алішанкі І.С.*

А/К, Лікар: *27486 Пешнірова*

ЛЕЙКОГРАМА (%):

Еоз. - *2*; П/яд. - *3*; С/яд. - *56*; Лімф. - *35*; Моноц. - *4*; Баз. - *0*

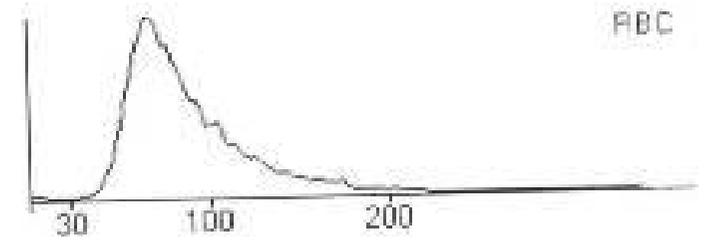
ЗАКЛЮЧЕННЯ:

Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ЛЕЙКОЦ	12.0 h	10 ⁹ /л	4 - 9
ЛІМФ %:	19.4	%	19 - 37
ЛІМФ #:	2.3	10 ⁹ /л	1.2 - 3.0
МОН %:	5.4	%	3 - 11
МОН #:	.6	10 ⁹ /л	0.1 - 0.6
ГРАН %:	75.2 h	%	48.5 - 78.0
ГРАН #:	9.1 h	10 ⁹ /л	2.1 - 5.6



Флаги WBC:

Найменування	Знач.	Од. вимір.	Норми
ЕРИТР:	5.09 h	10 ¹² /л	4.0 - 5.0
ГЕМОГЛ:	154	г/л	130 - 160
Гематокрит	.436		0.40 - 0.48
Сер.Об'єм Ер.	86		75 - 95
Вміст Нв в 1Ер.	30.3	pg	27 - 33
Вм. Нв в Ер-тах	354	г/л	300 - 380
Анізоцитоз	13.3	%	< 16



Найменування	Знач.	Од. вимірюв.	Норми
ТРОМБ	241	10 ⁹ /л	150 - 400
Сер.Об'єм Тр.	8.4		7.4 - 10.4
Тромбокрит	.202		0.4
Анізоцитоз Тр.	16.8	%	< 20



Пешнірова

5 сьнебря 2008

Міністерство охорони здоров'я України
 Найменування закладу
 Лабораторія

Код форми в ЗОУД
 Код закладу за ЗКПО

МІЛІЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
 ФОРМА № 2.1.1.1.1.1.1
 Запроваджена наказом МОЗ України
 19.12.01. З.В.1.1.1.1.1. №

АНАЛІЗ СЕЧІ ЗА ЗИМНИЦЬКИМ №
 5/II 20 082.
 (дата взяття біоматеріалу)

Прізвище, І, П. Амценко Вік _____
 Заклад _____ Відділення _____
 Медична карта № _____
 Кількість прийнятої рідини _____ (л)

Номер порції	Години	Питома вага	Кількість сечі (г)
1	9 ⁰⁰ - 12	1007	500,0
2	12 - 15	1002	500,0
3	15 - 18	1007	450,0
4	18 - 21	1003	500,0
5	21 - 24	1005	480,0
6	24 - 3 ⁰⁰	1008	400,0
7	3 - 6 ⁰⁰	1002	1,000
8	6 ⁰⁰ - 9 ⁰⁰	1002	1,000

Десятий діурез _____ (л)
 Нічний діурез _____ (л)
 Загальний діурез 4,830 (л)

" " 20
 (дата видання аналізу)

Ан. мочи на метанефрини - норма

Український науково-дослідницький інститут кардиології ім. акад. Н. Д. СТРАЖЕСКО

8083 3 XII 1997 г

Аналіз мочи

Больной Амценко
 Из отдела амно
 По предложению врача _____
 Цвет с-не Прозрачность чр
 Реакция 60
 Количество 100,0 Удельный вес 1024
 Химическое исследование
 Белок следы
 Сахар 1 не вид
 Ацетон _____
 Ацето-уксусная кислота _____
 Желчные пигменты _____
 Уробилин Уробилин осадок с-З вид
 Индикан Синий 2-5 вид
 Диазореакция л. осадок по 20 мл
 В осадке л. осадок в осадке, осадок в осадке

Зав. лабораторией
 РАПО «Ульвауполиграф», Зак. № 7024 т. 10000, 1991.

4 лютого 2007

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № 37

Прізвище, І, Б. Алещенко С О Рік народження _____ Стать: Ч/Ж
Медична карта № 23486 Лікар 2942 Діагноз _____

АНАЛІТ	Результат	Норма
Заг. білок	79	65-85 г/л
Сечова к-та	...	Ч. 0,20-0,42 мМ/л Ж. 0,14-0,34 мМ/л
Сечовина	9,8	2,5-8,3 мМ/л
Креатинін	0,22	Ч. 0,05-0,11 мМ/л Ж. 0,045-0,097 мМ/л
Тимолова п.	4,0	0-4 од.
Серомукобін	250	140-200 ум. од.
Калій	3,8	3,8-5,3 мМ/л
Натрій	142	130,5-152,3 мМ/л
Кальцій іон.		1,03-1,3 мМ/л
Кальцій заг.		2,25-2,5 мМ/л
Хлор		96-108 мМ/л
Залізо		Ч. 11,6-31,3 мк М/л Ж. 9,0-30,4 мк М/л

АНАЛІТ	Результат	Норма
Білірубін загальний	15,8	3,6-25,5 мк М/л
Білірубін зв'язаний	15,8	
Білірубін вільний	15,8	
АлАТ	22	Ч. до 42 Од/л Ж. до 32 од/л
АсАТ	16	Ч. до 37 Од/л Ж. до 31 од/л
ГГТП	42,8	Ч. 11-61 Од/л Ж. 9-39 Од/л
Амілаза		16-32 г/чхл
Фосф — за лут.	166	Ч. 64-306 Од/л Ж. 80-306 Од/л
Холестерин заг.	6,3	3,68 мМ/л
Тригліцериди	2,7	0,55-1,7 мМ/л
ХС-ЛВЩ	4,0	1,0-1,56 мМ/л
ХС-ЛНЩ	4,0	3,4-4,1 мМ/л
Інд. атероген	3,3	До 3,5

Дата 4. VII 07

Виконав [підпис]

«Преса України» 1. 06/0211

СКФ = 58 мл/мин

11 лютого 2008

КДЛ КМКЛ ШМД

Дата 11 02 08 Відділення содр
П.І.Б. Алещенко

Біохімічне дослідження крові 60

Загальний білок 62 65-85 г/л
 Альбумін _____ 35-50 г/л
 А/Г коефіцієнт _____ > 1,2
 Білірубін загальний 10,8 2-21 мкмоль/л
 Білірубін прямий _____ 0-5 мкмоль/л
 Глюкоза 7,8 3,9-6,4 ммоль/л
 Калій _____ 3,4-5,3 ммоль/л
 Натрій _____ 130-157 ммоль/л
 Холестерин 4,3 3,9-6,5 ммоль/л
 АлАТ 0,24 0,1-0,68 ммоль/г. л
 АсАТ 0,20 0,1-0,45 ммоль/г. л
 Лужна фосфатаза 133 135-123
 _____ 740-2290 нмоль/с. л.
 ГГТП _____ 10-106 мкмоль/хв. л.
 Альфа амілаза 21,8 12-32 г/г. л.
 Холінестераза _____
 Сечовина 12,1 2,5-8,3 ммоль/л
 Креатинін 186 44-100 мкмоль/л
 Тимолова проба 1,8 до 5 Од

Підпис [підпис]

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

АНАЛІЗ КРОВІ № 22544

ВМІСТ ГЛЮКОЗИ

«4» 07 200...4 р.

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О.

№ Карт. 23486 Лікар Томірове

РЕЗУЛЬТАТ

7,1

ММОЛЬ/Л

W / (3,3 - 6,4)

Підпис [Signature]

«Преса України». 3.0616206.



ООО "Медицинская лаборатория"
г. Киев, ул. Героев Севастополя 30,
каб. 7, 3-й этаж тел. (044) 408-08-54

30 января 2008

Результаты лабораторного обследования

30.01.2008 16:0



86382

Дата обследования : 30.01.08

Фамилия И. О. : АЛЕЩЕНКО А

Место приема : Медпрактика

Год рождения:

Пол: мужской

Примечание:

Название исследования, материал	Ед.изм-ия	Результат	Реф.значение
МАРКЕРЫ ДИАБЕТА			
Гликозилированный гемоглобин (плазма ЭДТА)	процент	<u>6,70</u>	4,5 <u>6,2</u>
Подпись :		М. П.	

16 марта 2007

ДЗ «Поліклініка № 1» ДУС
Лабораторія

АНАЛІЗ КРОВІ № 362

ВМІСТ ГЛЮКОЗИ

«16» 03 200... р.

Прізвище, І., Б. Алещенко І.О.

№ Карт. 2438 Лікар Г 28

РЕЗУЛЬТАТ

7,7

ММОЛЬ/Л

W 3,3 - 6,4

Підпис [Signature]

«Преса України». 3.0616206.

Декабрь 1998

ОСМОТР ОКУЛИСТА

Александров

Дата 3 XII 98 Жалобы _____
 Анамнез _____
 Острота зрения ОД 0,9 ОС 0,9
 Очки ОД _____ ОС _____ ДРР _____ мм
 Передний отдел ОД _____ ОС _____
 Биомикроскопия сосудов бульбоконъюнктивных
 I. Сосудистые изменения: _____
 II. Внутрисосудистые изменения: _____
 III. Внесосудистые изменения: _____
 Роговица: прозрачная, помутнение /Д.С./ _____
 Передняя камера: мелкая, глубокая, неравномерная /Д.С.: влага в норме
 Радужка: норма /Д.С./ _____, зрачок: норма /Д.С./ _____
 Хрусталик: прозрачен /Д.С./, мутный частично, спицы, полностью /Д.С./ _____
 Глазное дно ОИ: ди эр нерв в норме
 Границы в норме цвет блуждающая
 Сосудистые соотношения /в №/ _____
 Артерии /сужены, неравномерны, напряжены, выпрямленные, извиты, симптом серебряной, проволоки симптом медной проволоки, облитерация распространенная, нераспространенная/
 Вены расширены, очень широкие, обычного калибра, извиты, наличие микроаневризм. Самсоу I, II, III.
 Очаговые изменения: кровоизлияния единичные, мелкие, множественные, различной величины /Д.С./ в центральных отделах, на периферии.
 Ишемические очаги, фигура звезды, дегенеративные, хориоретинальные очаги:
 ВГД ОД _____ ОС _____ ЭК _____ ОД _____ ОС _____
 Диагноз: Нарушения микроциркуляции сетчатки
Ангiomатозная микроангиопатия
 Назначение: _____
Лечение

Октябрьская больница

Почки

7 апреля 2000

Центральная клиническая больница г. Киева
Отделение радионуклидной диагностики т. 227-9188

Динамическая сцинтиграфия почек с пентатех Tc-99m

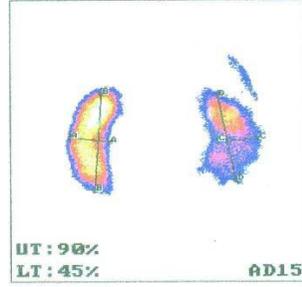
10:47:01 07-04-00

Пациент: АЛЕШЕНКО И.О. (408)

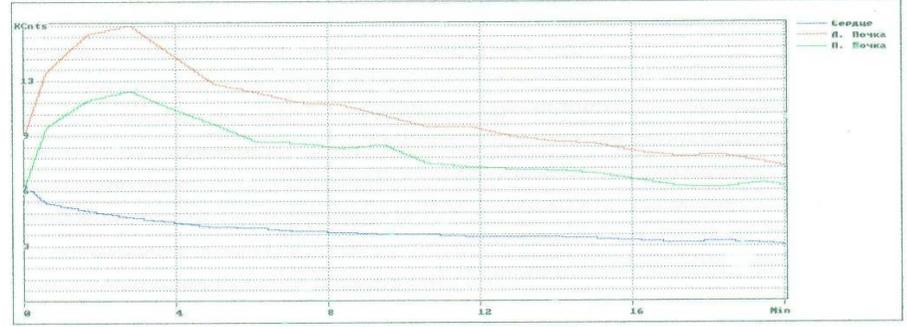
Возраст: 42 года

Изотоп: Tc99m (40мкб)

Лучевая нагрузка: 0.96 мЗв



A-A : ПП. Шир. : 42 мм
 B-B : ПП. Выс. : 106 мм
 C-C : ПП. Шир. : 43 мм
 D-D : ПП. Выс. : 94 мм



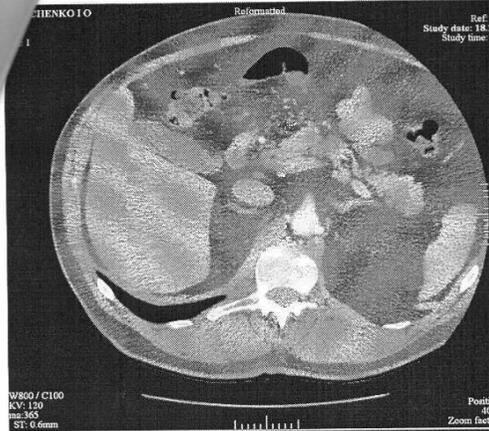
Показатель	Общие	П. Поч	П. Поч	Ед.	Норма
T 1/2 крови	37			мин	35-40
КФ	103			мл/м	80-120
КФ /ст. пов.	83			мл/м	
дКФ	113			мл/м	
ФРП	91			%	
КФ разд.		59	44	мл/м	45-55
T макс		3	3	мин	до 5
Макс. сч.		15796	11996	имп/м	
T 1/2		19	Нет	мин	до 20
Бст. РФП		49	54	%	
Ассим.	132			%	

На сцинтифото представлен объем функционирующей паренхимы обеих почек.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ: снижение секреторно-экскреторной функции правой почки. Объем клубочковой фильтрации правой почки снижен на 25% относительно левой почки и должной величины КФ.

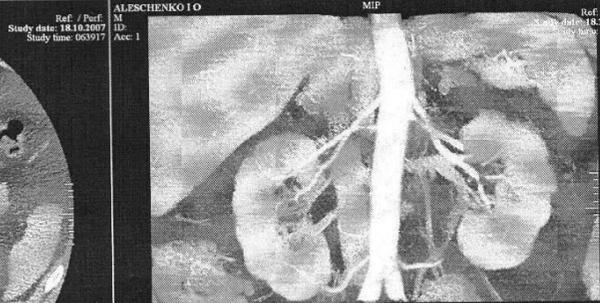
С.В. Александров

<<Verte!>>

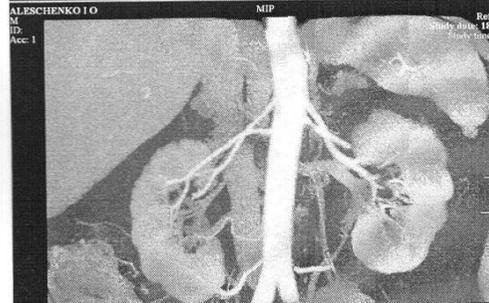
SCHENKO I.O. , : CT from 18.10.2007



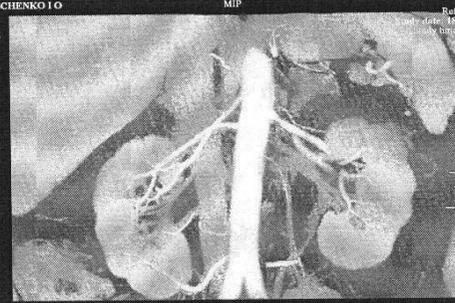
W800 / C100
KV: 120
ma: 365
ST: 0.6mm



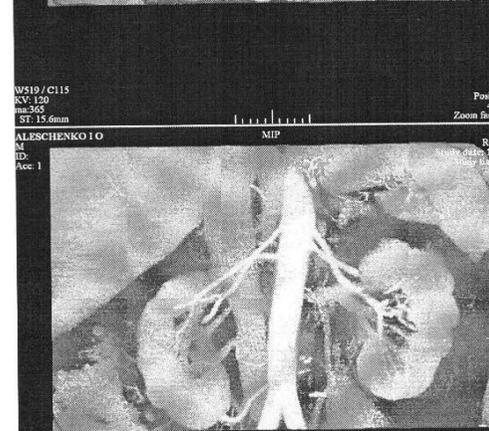
Position: HFS
400 IMA 1
ma: 365
ST: 15.6mm
Zoom factor: x2.08



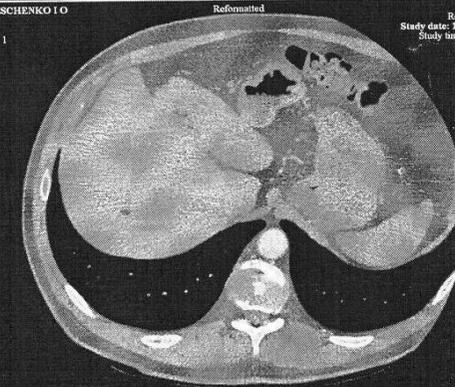
W519 / C115
KV: 120
ma: 365
ST: 15.6mm



Position: HFS
400 IMA 3
ma: 365
ST: 15.6mm
Zoom factor: x2.08

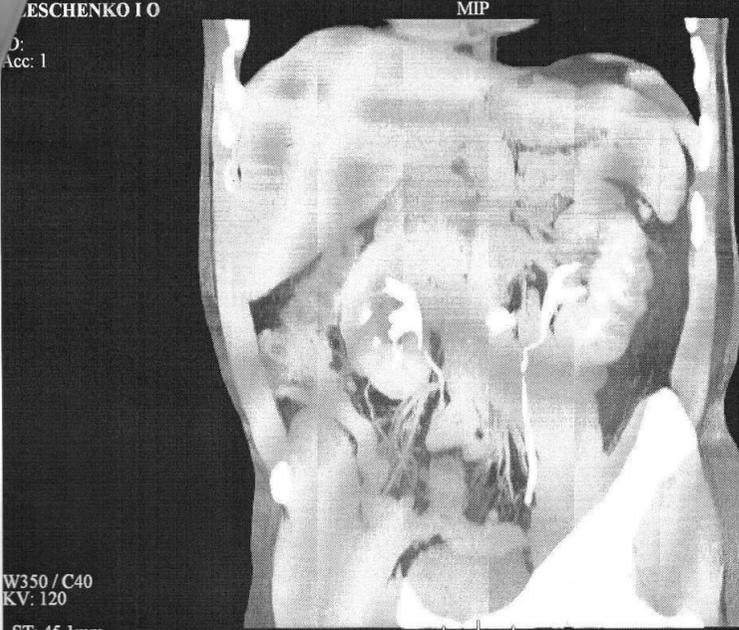


W519 / C115
KV: 120
ma: 365
ST: 15.6mm



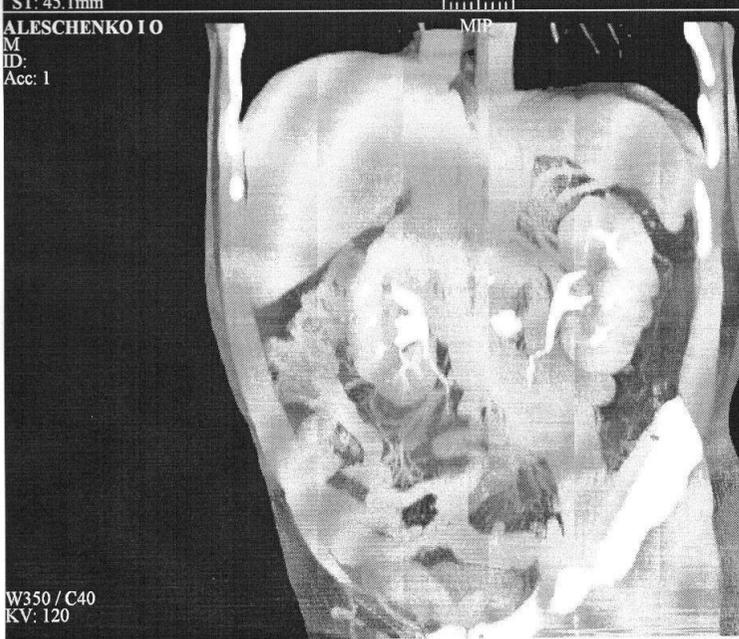
W800 / C100
KV: 120
ma: 365
ST: 0.6mm

SCHENKO I.O. , : CT from 18.10.2007



W350 / C40
KV: 120
ST: 45.1mm

Ref. / Perf.
Study date: 18.10.2007
Study time: 065309



W350 / C40
KV: 120

Ref. / Perf.
Study date: 18.10.2007
Study time: 065316

Position: HFS
106 IMA 2

18 октября 2007

НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Інститут Кардіології ім. М.Д. Стражеска

Кабінет томографії Регіонального лікувально-діагностичного центру
03680 Київ-80, вул. Народного Ополчення, 5. тел.(38-044) 249-70-14

Протокол мультиспіральної комп'ютерної томографії аорти, черевної порожнини

ПІБ:	Апещенко І.О.	Номер дослідження:	2739	Товщина зрізу, мм:	0,625
Вік:	49	Дата дослідження:	18.10.07.	Орієнтація зрізу:	Поперечна
Стать:	Чол.	Променеве навантаження, мЗв:	3.2	Контраст:	ОМНИПАК
Історія хвороби:		Концентрація, мг/мл:	350	Об'єм, мл:	100
Діагноз:	ОБСТЕЖ.	Швидкість введення, мл/с:	3.5		

Исследование выполнено до и после в/в введения контрастного препарата в артериальную и паренхиматозную фазы контрастирования. Ослощенный на в/в введение контрастного препарата не выявлено.

Печень обычно расположена, контуры ее четкие, ровные, незначительно увеличена, на 20мм ниже края реберной дуги. Паренхима гомогенная, плотность 57 - 61НУ., внутри- и внепеченочные протоки не расширены. Желчный пузырь не расширен, содержимое однородное, стенки уплотнены. Селезенка в размерах не увеличена, с четкими контурами, паренхима ее однородная.

Поджелудочная железа гетерогенного строения, с четкими контурами, не увеличена, очаговых изменений паренхимы не определяется.

Надпочечники без особенностей. Контуры четкие ровные.

Почки расположены на уровне L3-L4, верхний полюс ниже уровня 12 ребра. Контуры их четкие, ровные, паренхима однородная, плотность не изменена. Рентгеноконтрастных конкрементов не выявлено.

Визуализируются увеличенные л/у печеночной группы 20x23мм, 27мм в диаметре, 20x31мм, желудочно-сальниковой группы до 15мм в диаметре. Костной деструкции на исследованном уровне не определяется.

Максимальные размеры брюшной аорты: на уровне чревного ствола – 25 x 25мм, на уровне верхней брыжеечной артерии – 24 x 23.3 мм, на уровне отхождения почечных артерий 21 x 22 мм, на уровне бифуркации – 16 x 17 мм. Общие подвздошные артерии 10.5 мм.

При проведении аортографии определяются четыре почечные артерии правой почки и две артерии левой почки.

Верхние артерии обеих почек отходят на уровне верхней мезентериальной артерии. Ниже на 6-7мм отходят следующие почечные артерии.

Третья артерия правой почки, диаметром 1,5-2мм, отходит ниже 2-ой на 60-70мм.

Артерия нижнего полюса правой почки отходит на 5мм выше бифуркации на подвздошные артерии. Убедительных данных за сужение, стенозы почечных артерий не выявлено.

В паренхиматозную фазу обе почки функционируют, симметрично выделяют контрастное вещество. Определяется неполное удвоение лоханочно-мочеточникового сегмента.

Заключение: Аномалия развития – дополнительных артерий почек. Неполное удвоение лоханочно-мочеточникового сегмента обеих почек.

Двухсторонняя поясничная дистопия почек.

Лимфоаденопатия узлов печеночной, желудочно-сальниковой групп, не ясного генеза.

R-но: ФГДС, R-скопия желудка для исключения заболевания.

Лікар:

О.А. Шараєвський.

ЕХОКАРДІОГРАФІЯ

П.І.П. Алексенко Таро Олександр, 49 р.
 ММЛЖ = 370 г, Площа поверхні тіла = 2.3 м², ВТС ЛШ = 20.45 у.о.

	Значення	Межі норми	Показник	Значення	Межі норми
Стінка ЛШ (см)	0.7	<0.5	КДР ЛШ (см)	4.75	3.5-5.7
LVOI/Висх. аорта (см)	2.3/3.9	2.0-3.8	КСР ЛШ (см)	2.95	2.3-3.8
ЛП (см)	4.9	2.0-4.0	КДО ЛШ (мл)	105	51-160
ПП (см)		2.0-4.0	КСО ЛШ (мл)	33	14-70
ПШ (см)	3.9	0.9-3.0	УО (мл)	72	
МШП (см)	1.7	0.6-1.2	МК:		
Стінка ЛШ (см)	1.7	0.6-1.1	Е/А	0.87	
			Е/Em	0/1.0 < 1	
ФВ ЛШ (%)	68%	> 55%	Dec Time (Е, мс)	240	
			IVRT (мс)	120	RR:
			Vp (см/с), E/ Vp		
Клапан	Структура		Функція		
Мітральний	N		N		
Аортальний	N		N		
Трикуспідальний	N		N		
Легеневої артерії	N		N		

Легенева гіпертензія: немає, помірна, виражена, важка. Сист. тиск у ЛА = 15 mmHg.

Перикард: N

Діастолічна дисфункція ЛШ: немає, порушення релаксації (E < A) вікові зміни, псевдонормалізація, рестриктивне наповнення, визначити неможливо.

Сегментарна скоротливість (гіпер-1, нормо-2, гіпо-3, дискінезія-4):



ЗАКЛЮЧЕННЯ: Виражена концентрична гіпертрофія ЛШ. Ехо-признаки гіпертензивного серця. Сократимість задовільна.

Дата 12.09.2007 Лікар: [Signature]

Заключение:

**Выраженная концентрическая гипертрофия ЛЖ
 ЭХО-признаки гипертензивного сердца
 Сократимость удовлетворительная**

ИММЛЖ=208 г/м2

17 сентября 2007

НАЦІОНАЛЬНИЙ НАУКОВИЙ ЦЕНТР
"ІНСТИТУТ КАРДІОЛОГІЇ імені АКАДЕМІКА М.Д.СТРАЖЕСКА"
ВІДДІЛЕННЯ АРИТМІЙ СЕРЦЯ
(Київ, вул. Народного ополчення, 5)
ВЕЛОЕРГОМЕТРІЯ

П.І.П. Амешенко Н.О., 49, 19 р.н., стать жінка

Мета проби: проба на ІХС, визначення толерантності до фізичного навантаження
Вихідний стан: вага 102 кг, зріст _____ см.

- Розрахункові належні величини:
1. Субмаксимальне (75%) навантаження 135 Вт.
 2. Субмаксимальна (75%) ЧСС 152 уд/хв.

Протокол: Початковий рівень 50 Вт, приріст 52 Вт, тривалість кожного ступеня 3 хв.

Навантаження	Вихід	50 Вт	100 Вт	150 Вт	200 Вт	Вт	Вт	Вт
Тривалість		3'	3'	3'	2'			
ЧСС, уд/хв.	68'	74'	82'	100'	126			
АТ, мм.рт.ст.	130/95	140/100	145/100	170/100	180/120			

- Досягнуті показники:
- Порогове навантаження 230 Вт.
 - Тривалість навантаження 2 хв.
 - Максимальна ЧСС 126 уд/хв.
 - Максимальний АТ 180/120 мм.рт.ст.

- Зміни ЕКГ: - немає
- зміни сегмента ST: депресія на _____ мм. у відведеннях _____
елевація на _____ мм. у відведеннях _____
 - зміни зубця Т: позитивізація у відведеннях _____
негативізація у відведеннях _____
 - порушення ритму: _____
 - зміни вольтажу зубця R: _____

Клінічні дані: немає, виражена втома, приступ стенокардії, необхідність прийому нітрогліцерину (_____ табл.), запаморочення. + біль в ногах

ЗАКЛЮЧЕННЯ ПО ФУНКЦІОНАЛЬНОМУ СТАНУ СЕРЦЯ:

- Проба на ІХС: негативна, позитивна, сумнівна, неінформативна (недосягнення ЧСС).
- Толерантність до фізичного навантаження: в нормі, знижена, відповідає ФК.
- Реакція АТ на навантаження: нормотонічна, гіпертонічна, дистонічна, гіпотонічна.
- Реституція: -ЧСС: - в межах вікової норми, сповільнена, 3 хв.
- АТ - в межах вікової норми, сповільнена, 3 хв.
- зміни ЕКГ: _____ хв.
- больового синдрому: _____ хв..

- Проба припинена у зв'язку з:
- досягненням максимальної ЧСС.
 - перевищенням АТ максимально допустимих меж (230/120 мм.рт.ст.).
 - виникненням приступу стенокардії.
 - виникненням проявів ішемії на ЕКГ.
 - втомою пацієнта. + біль в ногах

Дата 17/09/2007 Лікар _____

Заключение:

**Проба на ИБС –
неинформативная, не
достигнута ЧСС max**

**Толерантность к
физ.нагрузке - в норме**

**Реакция АД –
гипертоническая**

Реституция – норма

**Проба прекращена
вследствие усталости
пациента, (боль в
ногах)**

6 лютого 2007

Сосуди голови і шиї

ДУПЛЕКСНЕ СКАНУВАННЯ

екстракраніальних відділів брахіоцефальних судин і транскраніальне
дуплексне сканування

Апарат: **LOGIQ 400 PRO series**

Пацієнт: Александров Г. О. 1958 р. нар.

Дата: 6 / II 2007 р.

Комплекс "інтіма-медіа" сонних артерій 0,7 мм структурно-важко

Діаметр хребтових артерій у VI сегменті: лівої 4,0 мм, правої 3,0 мм.

Брахіоцефальний стовбур: з проходів

Підключичні артерії: в біфуркації обидв. СА - стінка до 0,9 мм

(Handwritten signature)

Венозний відтік: н

ТК УЗДС

Артерія	справа (Ps, см/с)	ліва (Ps, см/с)	N (см/с)
A. cerebri anterior	90	90	40-90
A. cerebri media	130	125	60-120
A. cerebri posterior	80	70	40-90
A. vertebralis (V 4)	50	60	30-90
A. basillaris		65	30-90
A. supratrochlearis	50/18	50/18	

RI (індекс периферичного опору): 0,58 - змертвілий
тис спектrogram

Заключення: Теморималією нормальних

Рекомендації: перевірки кровотоку на
висівки Ангіографія

Лікар: Лазаківа І.Р.

Поліум, м. Кіровоград, (0522) 22-39-29, e-mail: polium@ukrpost.net #258308r
Г-но, керуєтесь АТМ.

Поліклініка № 1 ДУС
Лабораторія

Аналіз крові
показники системи згортання

П. І. Б. Александров Г. О.
Мед. карта 234 86 Лікар 299

Найменування дослідження	Результат	Норма
Толерантність плазми до гепариту	10	6-13 хв.
Протромбіновий індекс	116	70-130%
МНВ	15,85	0,89-1,33
Тромбіновий час	15,85	15-18 сек
Фібриноген	3,3	2-4 г/л
Еталонний тест	негативний	Негативний
Фібринолітична активність	38 8	7-8 хвилин
АТЧТ	38 8	32-42 сек
Гематокрит	50	Ч: 40-48% Ж: 36-42%

4 " 07 2007 р. Підпис (Signature)

ДМП "Полімед", Св. Кі №78 від 30.06.05 р.

Клинический диагноз:

ИБС, стенокардия напряжения II ф.к., постинфарктный кардиосклероз (Q-ИМ, март 2010, стентирование ПКА 2 стента, ЛКА -1 стент).

ГБ, III степени, III стадии, очень высокого риска (4). ГЛЖ. СН I ст. , NYHA II ст. сохраненной систолической функцией.

СД 2 тип, легкая форма, ст компенсации.

ХБП, II стадия, аномалия развития почек, ХПН I ст.

ЛЕЧЕНИЕ?

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ВЫСОКОГО КАДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И СД 2 типа



КАКОЙ ВИД АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАН ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

STEMI					
Antiplatelet therapy					
	ASA		I	B	55,94
	Clopidogrel ^f (with 600 mg loading dose as soon as possible)		I	C	—
	Prasugrel ^d		I	B	246,252
	Ticagrelor ^d		I	B	248,253
	+ GPIIb-IIIa antagonists (in patients with evidence of high intracoronary thrombus burden)				
		Abciximab	IIa	A	55,94
		Eptifibatide	IIa	B	259,260
		Tirofiban	IIb	B	55,94
		Upstream GPIIb-IIIa antagonists	III	B	86
Anticoagulation					
	Bivalirudin (monotherapy)		I	B	255
	UFH		I	C	—
	Fondaparinux		III	B	256

12.3 ST-segment elevation myocardial infarction

(a) Antiplatelet therapy

DAPT consists of ASA 150–300 mg per os or 250 (–500) mg bolus i.v., followed by 75–100 mg daily, and prasugrel

60 mg loading dose, followed by 10 mg daily, or ticagrelor 180 mg loading dose, followed by 90 mg twice daily, depending on drug availability.⁹⁴ Clopidogrel 600 mg loading dose, followed by 75 mg daily, should be used primarily if the more effective ADP receptor blockers are contraindicated or unavailable.

КАКОЙ ВИД АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАН ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

Рекомендации ACC/AHA/SCAI по чрескожным коронарным вмешательствам 2007

Пероральная антитромбоцитарная терапия

Клопидогрель – 600 мг – однократно
После ТЛТ - 300 мг - однократно

Клопидогрель 1-12 мес – металлический стент
12 мес и более – сиролимус стент
12 мес и более – паклитаксел стент

Аспирин – 162-325 мг - 1 мес - металлический стент
3 мес – сиролимус стент
6 мес – паклитаксел стент
Затем 75-162 мг неопределенно длительное время
При геморрагиях – 75-162 мг

Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

DAPT includes acetylsalicylic acid (ASA) 150–300 mg per os or 250 (–500) mg bolus i.v. followed by 75–100 mg per os daily for all patients plus clopidogrel 300 (600)-mg loading dose followed by 75 mg daily for all patients.⁵⁵

Since the vast majority of PCI procedures eventually conclude with stent implantation, every patient scheduled for PCI should be considered for pre-treatment with clopidogrel, regardless of whether stent implantation is intended or not. To ensure full antiplatelet activity, clopidogrel should be initiated at least 6 h prior to the procedure with a loading dose of 300 mg, ideally administered the day before a planned PCI. If this is not possible, a loading dose of 600 mg should be administered at least 2 h before PCI. Of note, this pre-loading strategy was not shown to improve outcome. A 600-mg clopidogrel loading dose may be preferable because of greater platelet inhibition than with the 300-mg standard dose, even if this is given >6 h before PCI. When diagnostic angiography is negative or no intervention is performed, clopidogrel can be stopped. When a 300-mg loading dose has been given and *ad hoc* PCI is performed, another 300-mg dose can be given. The use of a higher maintenance dose (150 mg) has been proposed in patients with high thrombotic risk (e.g. in diabetics, patients after recurrent MI, after early and late stent thrombosis, for complex lesions, or in life-threatening situations should occlusion occur). GPIIb–IIIa inhibitors should be used only in 'bail-out' situations (thrombus, slow flow, vessel closure, very complex lesions).⁵⁵ Recent trials did not demonstrate additional benefit of GPIIb–IIIa inhibitors after a clopidogrel loading dose of 600 mg.

Сентябрь
2010

(b) Anticoagulation

Unfractionated heparin (UFH) is currently the standard anti-thrombotic medication: 70–100 IU/kg i.v. bolus without GPIIb–IIIa inhibitors, and 50–70 IU/kg with GPIIb–IIIa inhibitors.⁵⁵ The STEEPLE trial has suggested a benefit of enoxaparin (0.5 or 0.75 mg/kg i.v. bolus) compared with UFH with reduced bleeding hazard but comparable efficacy.²⁴⁴ This was at the cost of increased mortality in a lower-dose group, which was terminated early. An association between mortality and 0.5 mg/kg enoxaparin could not be demonstrated.

Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

(b) Recommended duration of dual antiplatelet therapy

After percutaneous coronary intervention

- 1 month after BMS implantation in stable angina;^{55,60,94}
- 6–12 months after DES implantation in all patients;^{60,94}
- 1 year in all patients after ACS, irrespective of revascularization strategy.

Data suggest that certain patient populations (e.g. high risk for thromboembolic events, patients after SES or PES implantation), may benefit from prolonged DAPT beyond 1 year. The downside of this strategy is the increased rate of severe bleeding complications over time. Recent data suggest that DAPT for 6 months might be sufficient because late and very late stent thrombosis correlate poorly with discontinuation of DAPT.

After coronary artery bypass grafting

Indications for DAPT and treatment duration depend primarily on the clinical indication (stable CAD, NSTEMI-ACS, STEMI), irrespective of the mode of revascularization. Secondary prevention demands lifelong antiplatelet therapy with 75–325 mg ASA daily (Section 13).

Antiplatelet agents also promote long-term graft patency, especially SVG. In cases of aspirin intolerance, clopidogrel should be used. There are no RCTs comparing the efficacy of clopidogrel or clopidogrel plus aspirin vs. aspirin alone on long-term graft patency.

Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)



Сентябрь 2010

Elective PCI			
Antiplaetlet therapy		Class ^a	Level ^b
	ASA	I	B
	Clopidogrel	I	A
	Clopidogrel - pretreatment with 300 mg loading dose >6 h before PCI (or 600 mg >2 h before)	I	C
	+ GPlIb-IIIa antagonists (bailout situation only)	IIa	C
Anticoagulation			
	UFH	I	C
	Enoxaparin	IIa	B

12.2 Non-ST-segment elevation acute coronary syndrome

High ischaemic risk is associated with ST-segment changes, elevated troponin, diabetes, and a GRACE score > 140. A high bleeding risk is associated with female sex, age >75 years, bleeding history, GFR <30 mL/min,

(a) Antiplatelet therapy

DAPT includes ASA 150 bolus, followed by 75–100 mg daily loading dose, followed by 75 mg daily dose, followed by 10 mg daily dose, followed by 90 mg twice daily, clopidogrel maintenance dose. Dual antiplatelet therapy during stent implantation has shown lower MACE rates without significant increase in bleeding risk.

NSTE-ACS

Antiplatelet therapy

	ASA	I	C
	Clopidogrel (with 600 mg loading dose as soon as possible)	I	C
	Clopidogrel (for 9–12 months after PCI)	I	B
	Prasugrel ^d	IIa	B
	Ticagrelor ^d	I	B
	+ GPIIb-IIIa antagonists (in patients with evidence of high intracoronary thrombus burden)		
	Abciximab (with DAPT)	I	B
	Tirofiban, Eptifibatid	IIa	B
	Upstream GPIIb-IIIa antagonists	III	B
Anticoagulation			
Very high-risk of ischaemia ^a	UFH (+GPIIb-IIIa antagonists) or	I	C
	Bivalirudin (monotherapy)	I	B
Medium-to-high-risk of ischaemia ^a	UFH	I	C
	Bivalirudin	I	B
	Fondaparinux	I	B
	Enoxaparin	IIa	B
Low-risk of ischaemia ^a	Fondaparinux	I	B
	Enoxaparin	IIa	B

КАКОЙ ВИД АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАН ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа

ИБС И ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК: АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

(e) Renal dysfunction

The extent of CKD is strongly related to the risk of adverse in-hospital outcomes. As many antithrombotic drugs are metabolized or excreted by the kidneys, an accurate assessment of renal function is required for proper dose adjustment. In general, most antithrombotic agents are contraindicated or need dose reduction in CKD patients (Table 37). In patients referred for acute PCI, the first dose of an antithrombotic drug usually does not add to the risk of bleeding in cases of CKD. Repeated infusion or intake might lead to drug accumulation and increase bleeding risk. Accordingly, patients with CKD should receive the same first-line treatment as any other patient, in the absence of contraindications. Thereafter, dose adaptation is mandatory with respect to kidney function and specific antithrombotic agents may be preferred (Table 37).

Antiplatelet therapy	
ASA	No specific recommendations.
Clopidogrel	No information in patients with renal dysfunction.
Prasugrel	• Contraindicated in severe renal dysfunction
Anticoagulation	
UFH	Dose reduction necessary based on frequent aPTT measurements to control therapeutic range.
Ticagrelor	In case of severe renal failure (GFR <30 mL/min/1.73 m ²) either to be avoided or 50% dose reduction and control of therapeutic levels by factor Xa-activity measurements. In patients with reduced GFR (range 30–60 mL/min/1.73 m ²) dose reduction to 75% of the recommended full dose.
GPIIb/IIIa antagonists	
Abcixima	
Tirofiban	Contraindicated in severe renal failure (<30 mL/min/1.73 m ²); drug of choice in patients with reduced renal function (GFR 30–60 mL/min/1.73 m ²) due to lower risk of bleeding complications compared with enoxaparin.
Fondaparinux	
Eptifibatid	Consider reduction of infusion rate to 1.0 mg/kg/h in patients with severe renal dysfunction; consider use in patients with NSTEMI-ACS and reduced renal function (GFR 30–60 mL/min/1.73 m ²) undergoing angiography ± PCI due to lower bleeding risk compared with UFH + GPIIb/IIIa antagonists.
Bivalirudin	

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: СЛАБЫЙ ОТВЕТ НА ЛЕЧЕНИЕ КЛОПИДОГРЕЛЕМ ИЛИ ОПАСНОСТЬ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ?

Abstract: P2121

Responsiveness to clopidogrel adversely influences outcome in patients with chronic kidney disease undergoing coronary interventions

Authors:

T. Geisler¹, P. Htun², S. Fateh-Moghadam², C. Bischofs², K. Mueller², B. Bigalke², K. Stellos², A. May², M. Flather¹, M. Gawaz², ¹Royal Brompton and Harefield NHS Trust - London - United Kingdom, ²University Hospital Tübingen - Tübingen - Germany,

Topic(s):

CAD and comorbidities (Spotlight 2010)

Citation:

European Heart Journal (2010) 31 (Abstract Supplement), 341

Aims: Patients with chronic kidney disease (CKD) are at higher risk for major events after percutaneous coronary intervention (PCI) compared to subjects with normal renal function. The aim of the study was to evaluate responsiveness to clopidogrel treatment in patients with CKD and to examine the impact of antiplatelet drug response on post-interventional outcome in these patients.

Methods and Results: A consecutive cohort of 1,567 patients with symptomatic CAD undergoing PCI was retrospectively evaluated. Serum creatinine was obtained prior to catheterization and glomerular filtration rate was determined according to MDRD (modification of diet in renal disease) formula. Responsiveness to clopidogrel was assessed by ADP (20 μ mol/L)- induced platelet aggregation (PA) after administration of a 600-mg clopidogrel loading dose and 100 mg aspirin p.o. Clopidogrel low response was defined as final PA > 75th percentile of the study cohort (i.e. >47.6%). Six hundred forty-eight patients (41.4%) were classified in group 1 (severe CKD, K/DOQI III-V) and 919 (58.6%) in group 2 (normal to mildly impaired renal function, K/DOQI I-II). Severe CKD (group 1) and clopidogrel low response were independent predictors of the primary endpoint (composite of myocardial infarction, ischaemic stroke and death within one year) in multivariate survival analysis among 1,335 (85.2%) followed-up patients.

Conclusions: In patients with severe CKD the prevalence of clopidogrel low response is increased, resulting in further impairment of the poor outcome of these patients. Hence, adjustment of antiplatelet therapy should be considered in this risk group after careful evaluation of bleeding risk.

КАКОЙ ВИД АНТИТРОМБОЦИТАРНОЙ ТЕРАПИИ ПОКАЗАН ДАННОМУ БОЛЬНОМУ?

Больной перенес ОКС с подъемом сегмента ST менее 1 года

Стентирование ПКА 2 сиролимус стента и ЛКА -1 сиролимус стент

Больной страдает ХЗП, аномалия развития почек, ХПН 1 ст.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа



JACC

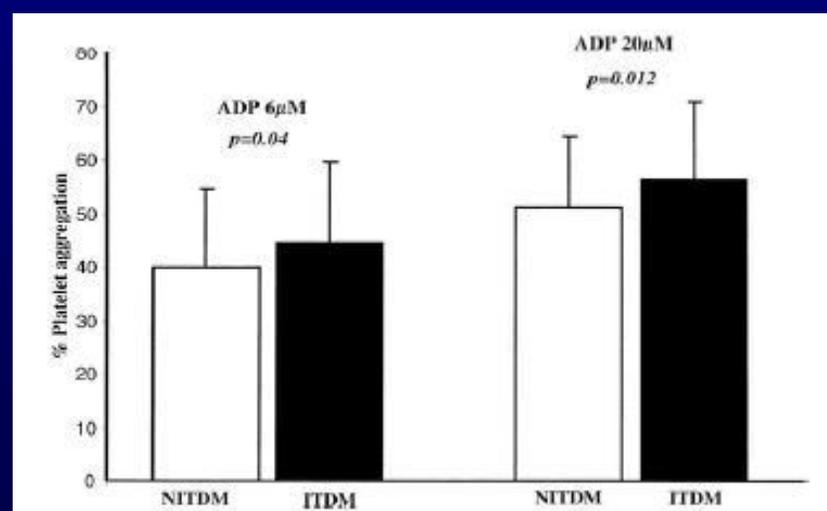


JOURNAL of the AMERICAN COLLEGE of CARDIOLOGY

Insulin Therapy Is Associated With Platelet Dysfunction in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus on Dual Oral Antiplatelet Treatment

Dominick J. Angiolillo, MD, PhD, FACC,* Esther Bernardo, BSc,† Celia Ramírez, BSc,† Marco A. Costa, MD, PhD, FACC,* Manel Sabaté, MD, PhD,† Pilar Jimenez-Quevedo, MD,† Rosana Hernández, MD, PhD,† Raul Moreno, MD,† Javier Escaned, MD, PhD,† Fernando Alfonso, MD, PhD,† Camino Bañuelos, MD,† Theodore A. Bass, MD, FACC,* Carlos Macaya, MD, PhD,† Antonio Fernandez-Ortiz, MD, PhD†

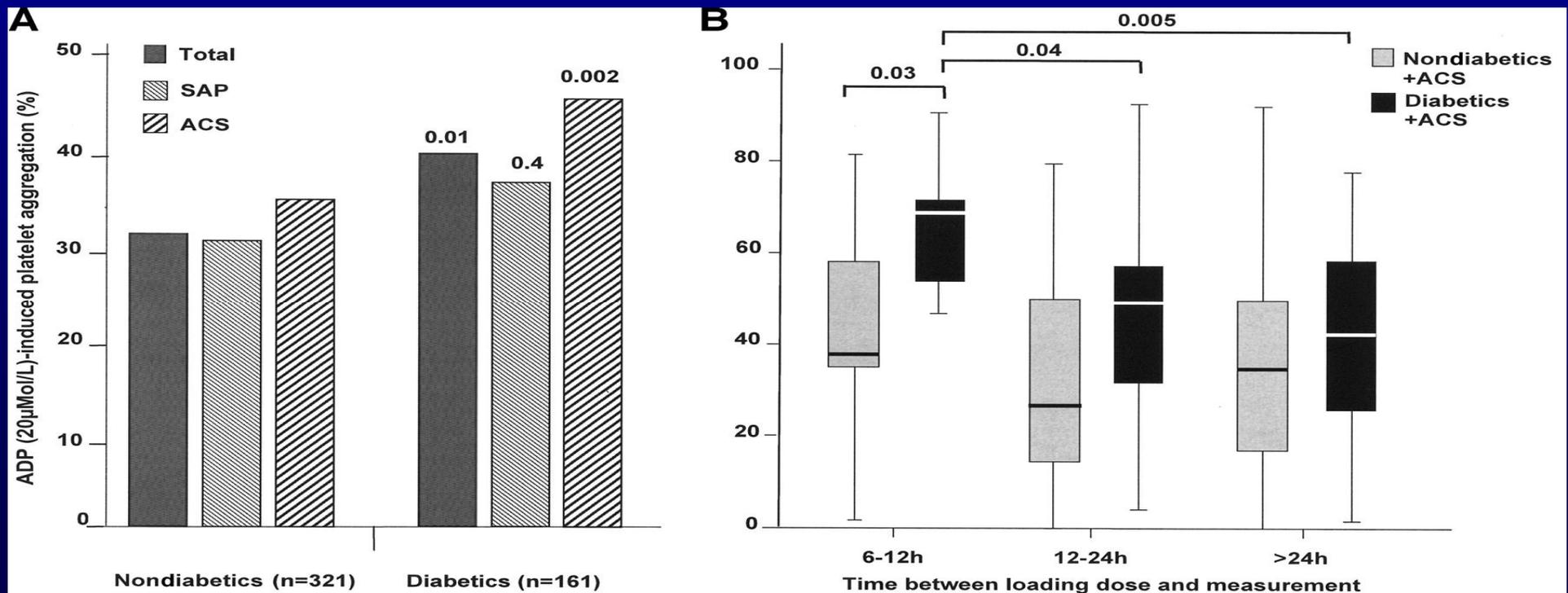
	Coefficient β	95% CI	p Value
ADP 6 μ M			
Insulin treatment	10.0	4.6–15.4	<0.0001
Female gender	3.4	0.2–8.1	0.06
Obesity	3.7	0.3–7.7	0.07
ADP 20 μ M			
Insulin treatment	11.1	5.7–16.5	0.001
Obesity	3.8	0.2–7.9	0.02



Platelet Response to Clopidogrel Is Attenuated in Diabetic Patients Undergoing Coronary Stent Implantation

TOBIAS GEISLER, MD
NICOLE ANDERS, MD
MARIA PATEROK, MD
HARALD LANGER, MD
KONSTANTINOS STELLOS, MD

STEPHAN LINDEMANN, MD
CHRISTIAN HERDEG, MD
ANDREAS E. MAY, MD
MEINRAD GAWAZ, MD



ПОДГОТОВКА К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ ПРИНИМАЕТ ДАТ

(f) Surgery in patients on dual antiplatelet therapy

Management of patients on DAPT who are referred for surgical procedures depends on the level of emergency and the thrombotic and bleeding risk of the individual patient (Figure 3). Most surgical procedures can be performed on DAPT or at least on ASA alone with acceptable rate of bleeding. A multidisciplinary approach is required (cardiologist, anaesthesiologist, haematologist, and surgeon) to determine the patient's risk and to choose the best strategy.

In surgical procedures with high to very high bleeding risk, including CABG, it is recommended that clopidogrel be stopped 5 days before surgery and ASA continued. Prasugrel

In very high risk patients in whom cessation of antiplatelet therapy before surgery is judged to be too hazardous (e.g. within the first weeks after stent implantation), it has been suggested that a patient be switched from clopidogrel 5 days before surgery to a reversible antiplatelet agent with a short half-life, e.g. the GPIIb-IIIa inhibitor tirofiban or eptifibatid, stopping the infusion 4 h before surgery. The substitution of DAPT with LMWH or UFH is ineffective.

In surgical procedures with low to moderate bleeding risk, surgeons should be encouraged to operate on DAPT.

Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

ДЛИТЕЛЬНАЯ ПРОТИВОИШЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

	Class ^a
<ul style="list-style-type: none"> • ACE inhibitors should be started and continued indefinitely in all patients with LVEF \leq40% and for those with hypertension, diabetes, or CKD, unless contraindicated. 	I
<ul style="list-style-type: none"> • ACE inhibitors should be considered in all patients, unless contraindicated. 	IIa
<ul style="list-style-type: none"> • Angiotensin receptor blockers are indicated in patients who are intolerant of ACE inhibitors and have HF or MI with LVEF \leq40%. 	I
<ul style="list-style-type: none"> • Angiotensin receptor blockers should be considered in all ACE-inhibitor intolerant patients. 	IIa

<ul style="list-style-type: none"> • It is indicated to start and continue β-blocker therapy in all patients after MI or ACS or LV dysfunction, unless contraindicated. 	I
<ul style="list-style-type: none"> • High-dose lipid lowering drugs are indicated in all patients regardless of lipid levels, unless contraindicated. 	I
<ul style="list-style-type: none"> • Fibrates and omega-3 fatty acids (1 g/day) should be considered in combination with statins and in patients intolerant of statins. 	IIa
<ul style="list-style-type: none"> • Niacin may be considered to increase HDL cholesterol. 	IIb

Современные антитромботические препараты

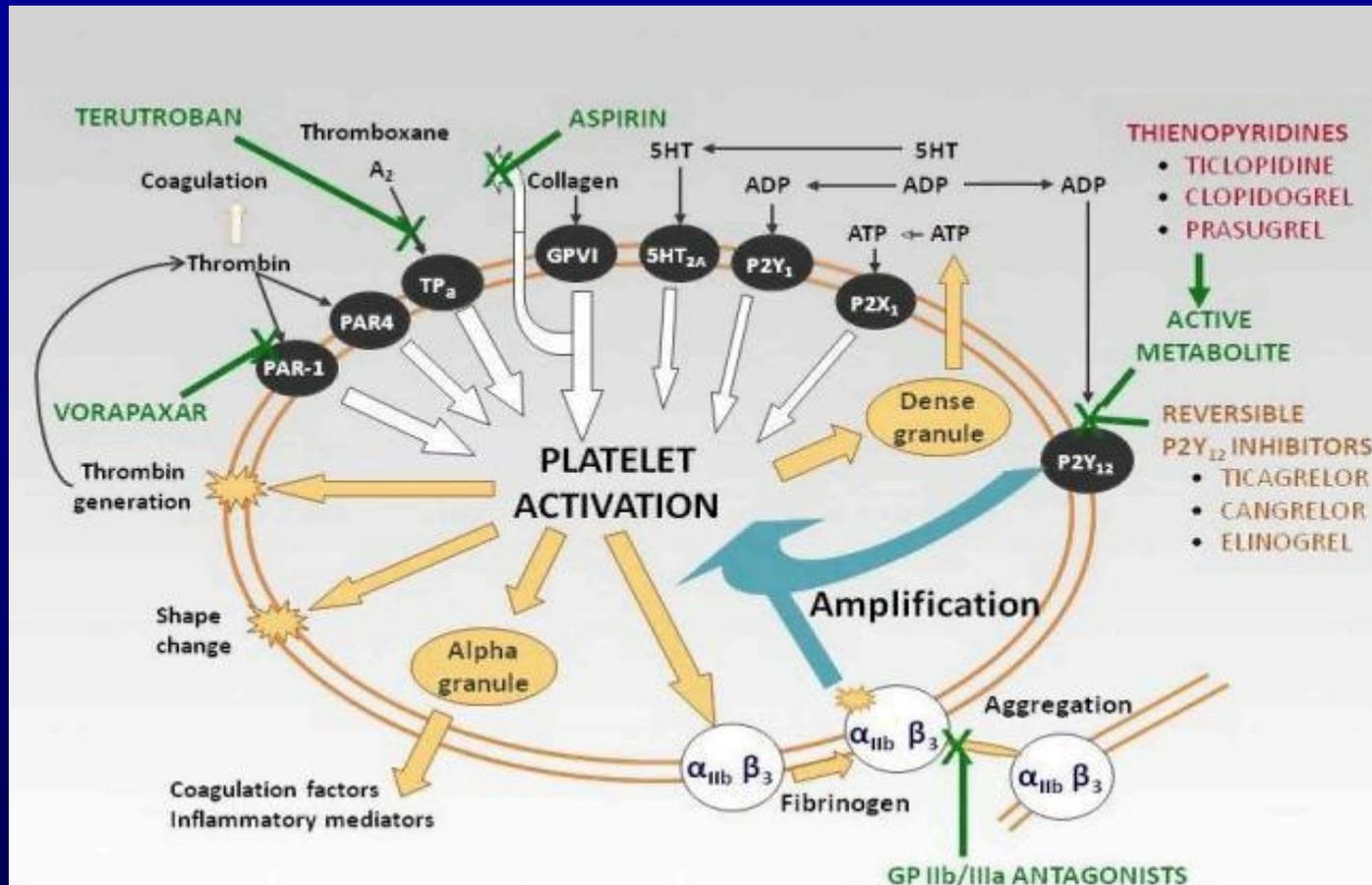
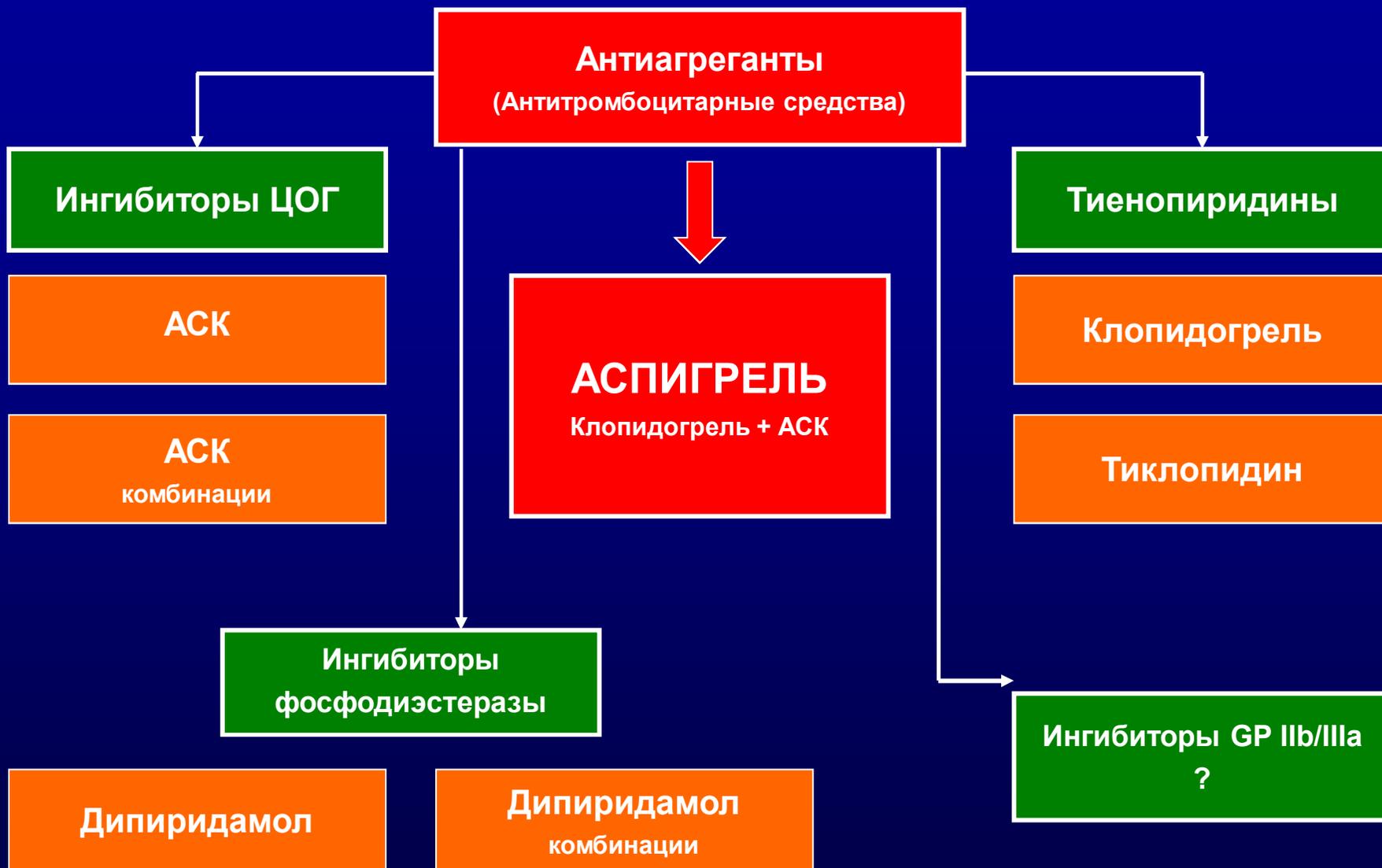


Figure 1. Platelet activation mechanisms.

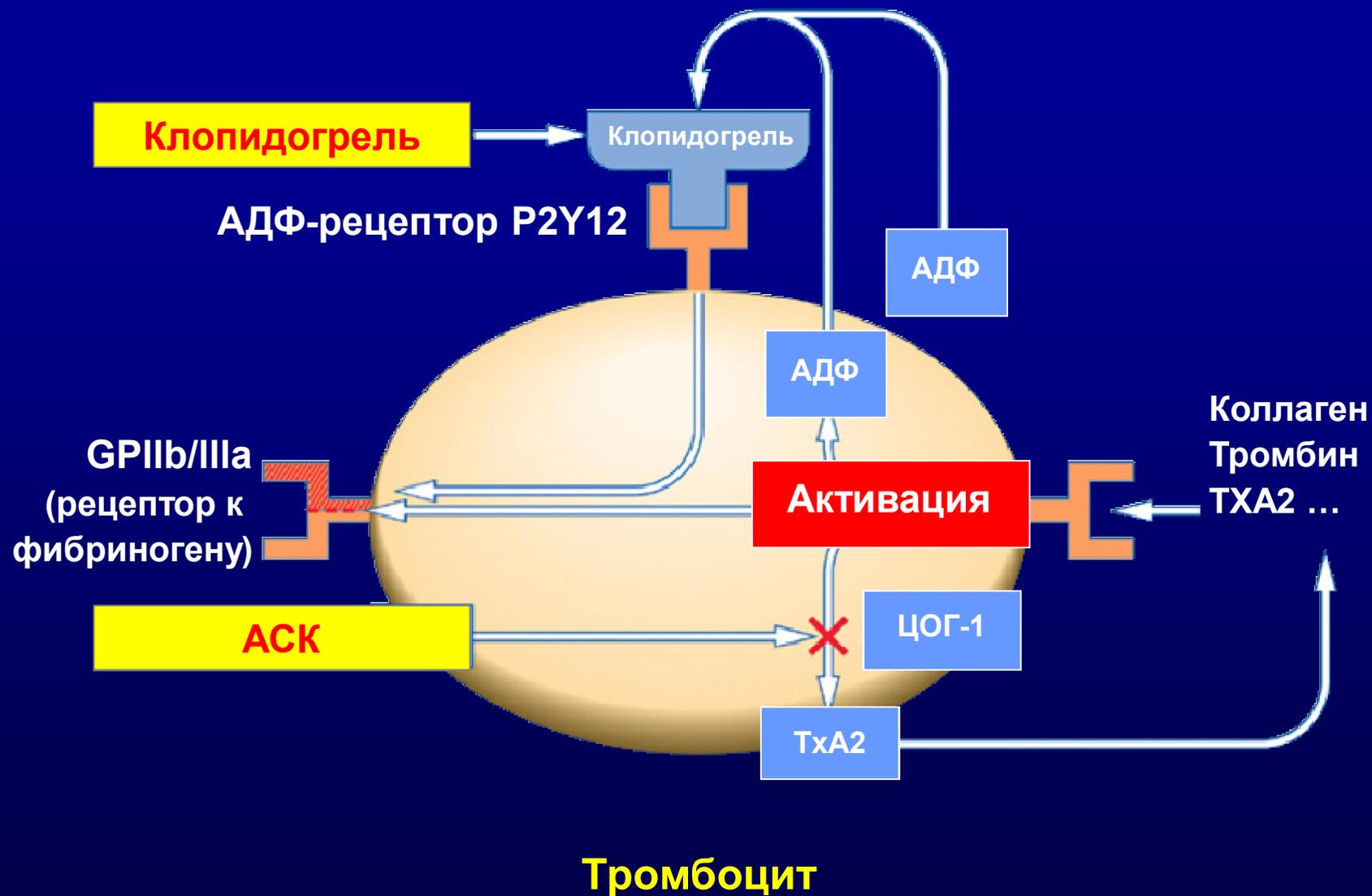
PAR = protease-activated receptor; TP = thromboxane A₂/prostaglandin H₂; ADP = adenosine diphosphate; ATP = adenosine triphosphate

From Storey RF, *Curr Pharm Des.* 2006;12:1255-1259.^[2]

Антитромбоцитарные средства в Украине

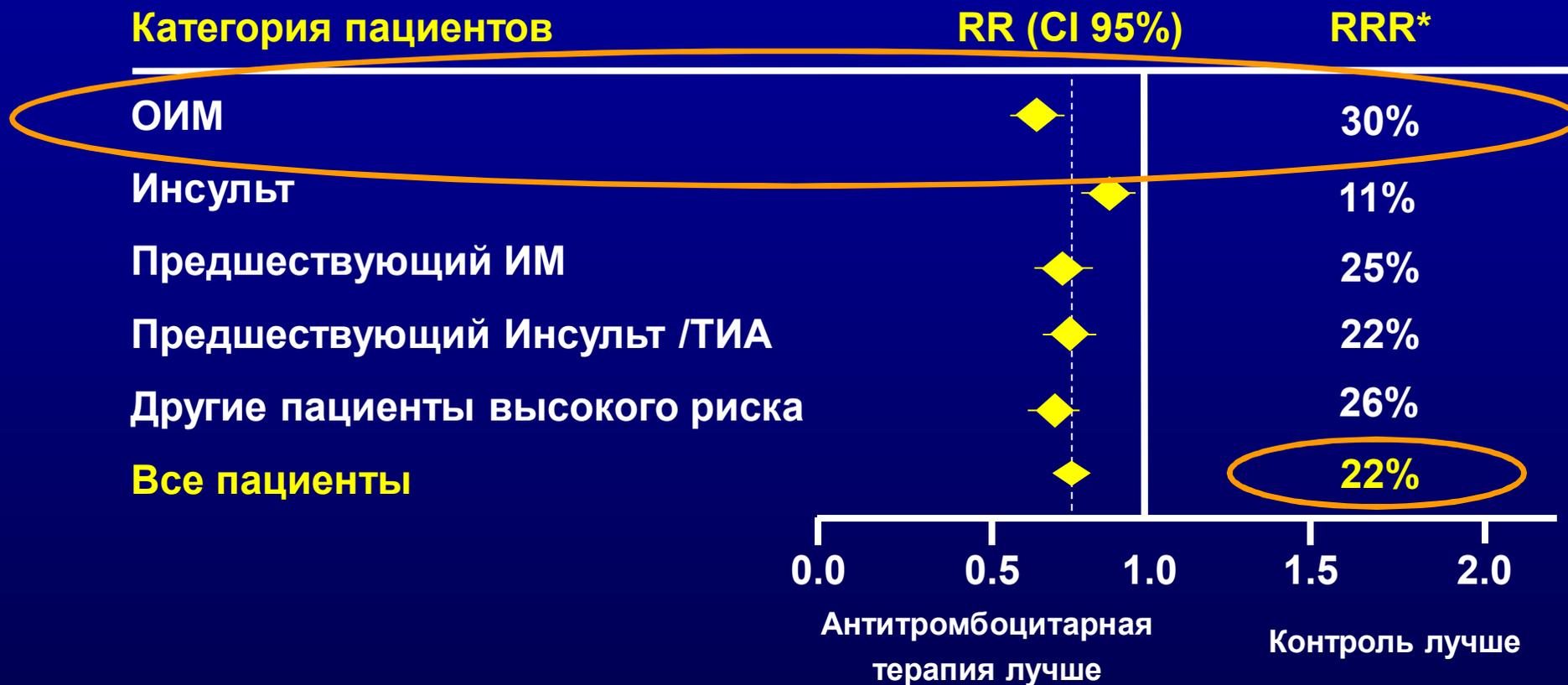


Механизм действия Клопидогреля и АСК



Antithrombotic Trialists' Collaboration (2002)

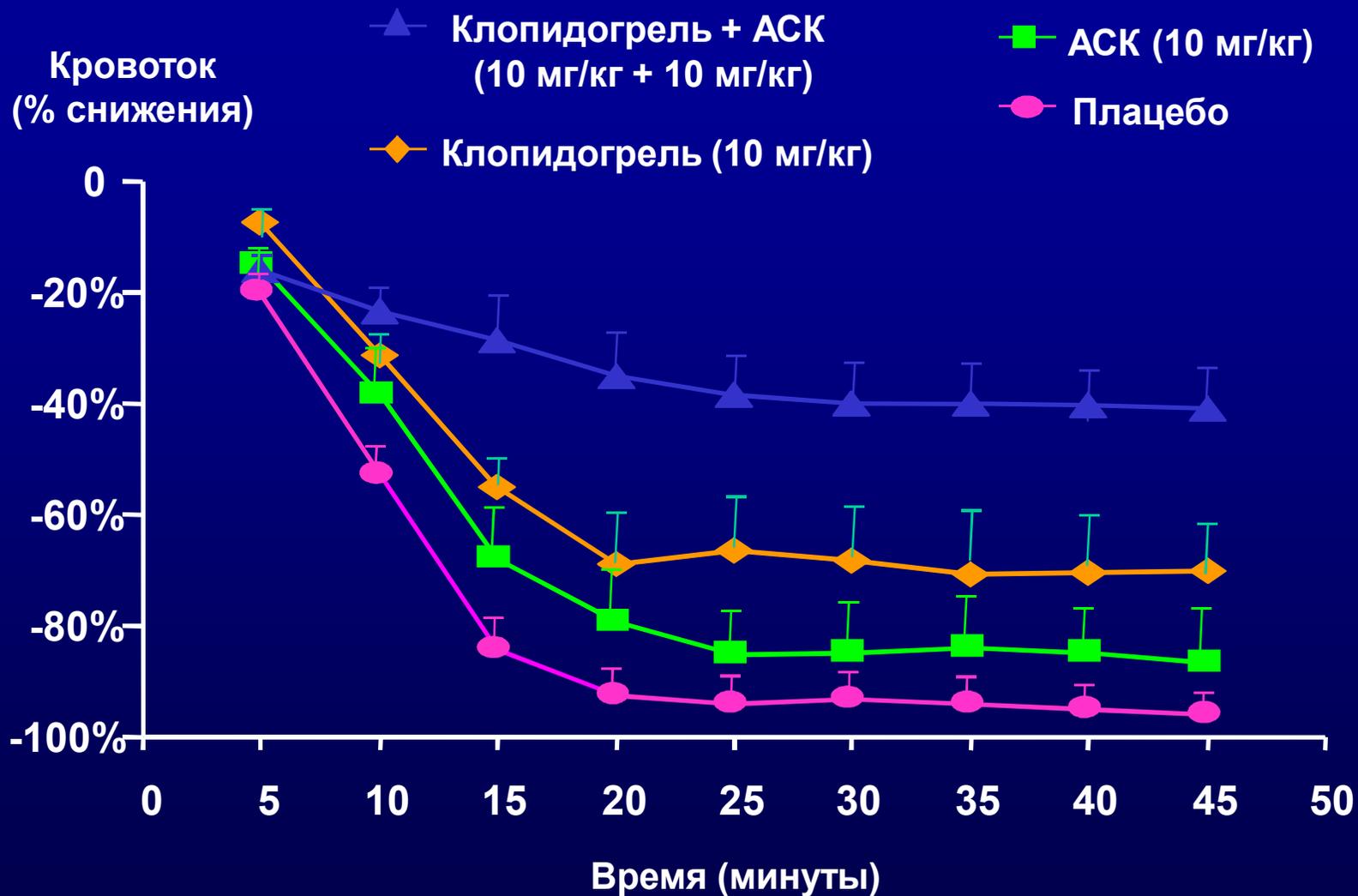
Эффективность антитромбоцитарной терапии



* RRR -

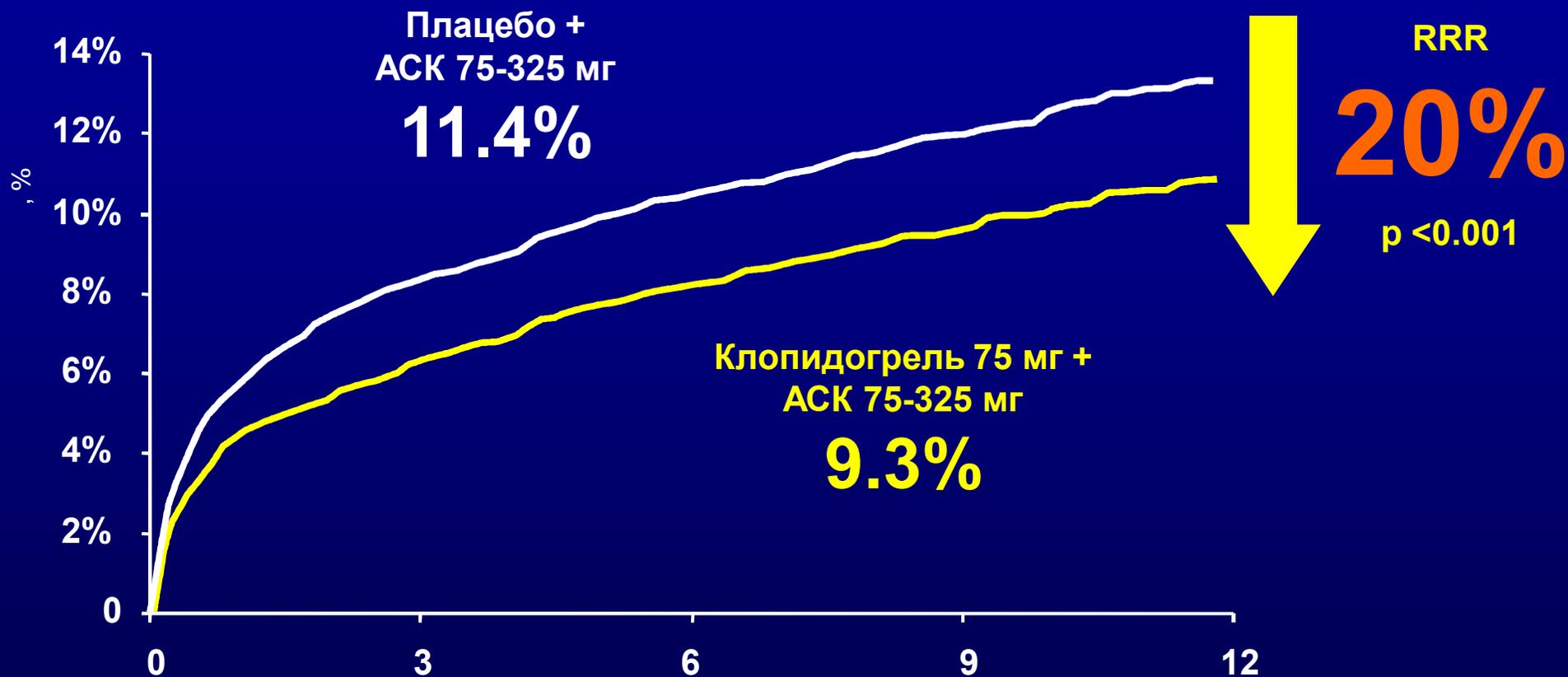
(, ,)

Экспериментальные доказательства преимущества ДАТ



Исследование CURE (1999-2001)

Анализ первичной комбинированной конечной точки эффективности



Исследование CURE (1999-2001)

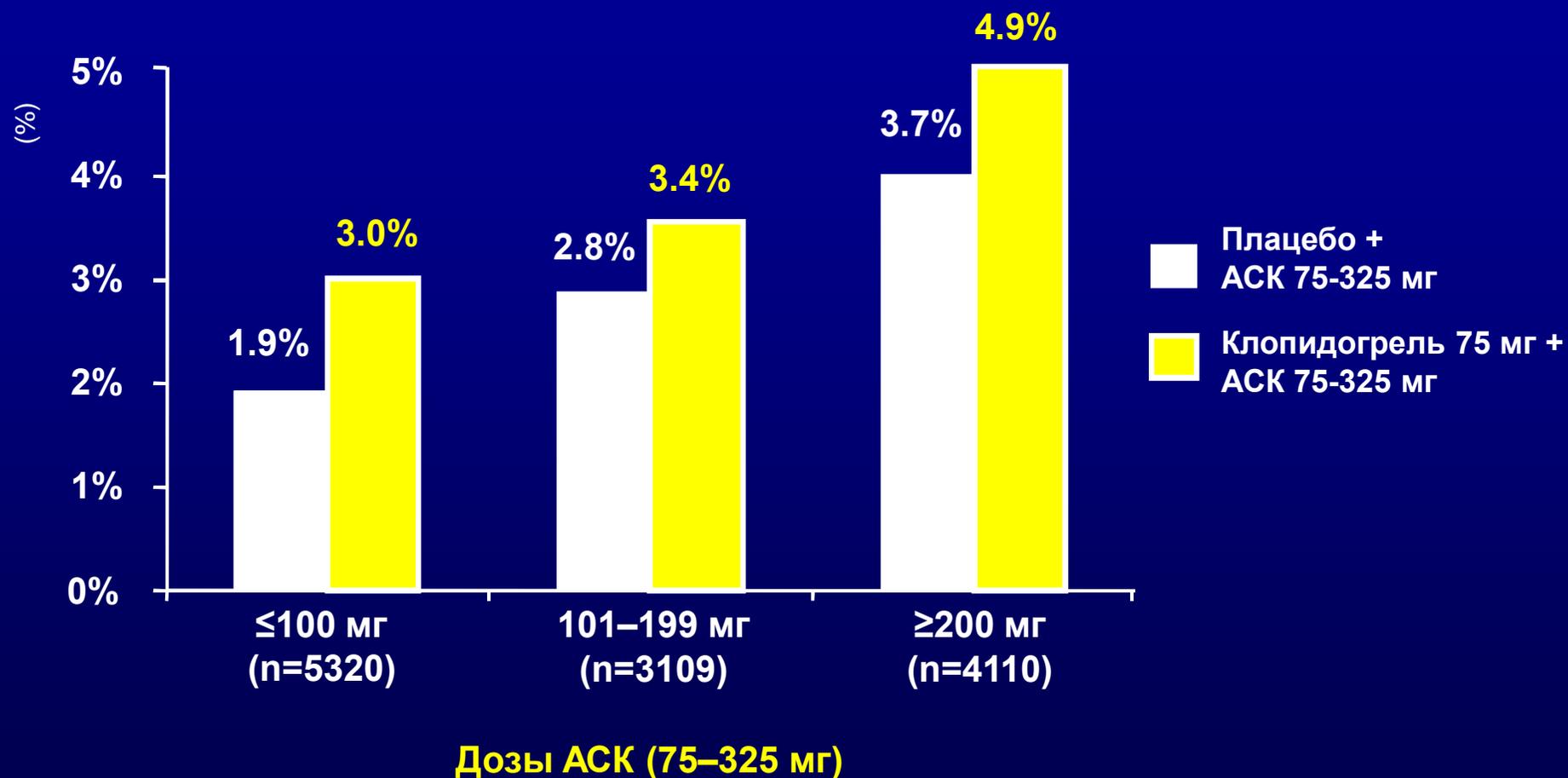
Оценка безопасности

	Плацебо + АСК (n = 6303)	Клопидогрель + АСК (n = 6259)	P
Тяжелые кровотечения	2.7%	3.7%	0.001
Угрожающие жизни кровотечения	1.8%	2.2%	NS*
Неугрожающие жизни кровотечения	0.9%	1.5%	0.002
Нетяжелые кровотечения	2.4%	5.1%	< 0.001

* NS . (not statistically significant) .

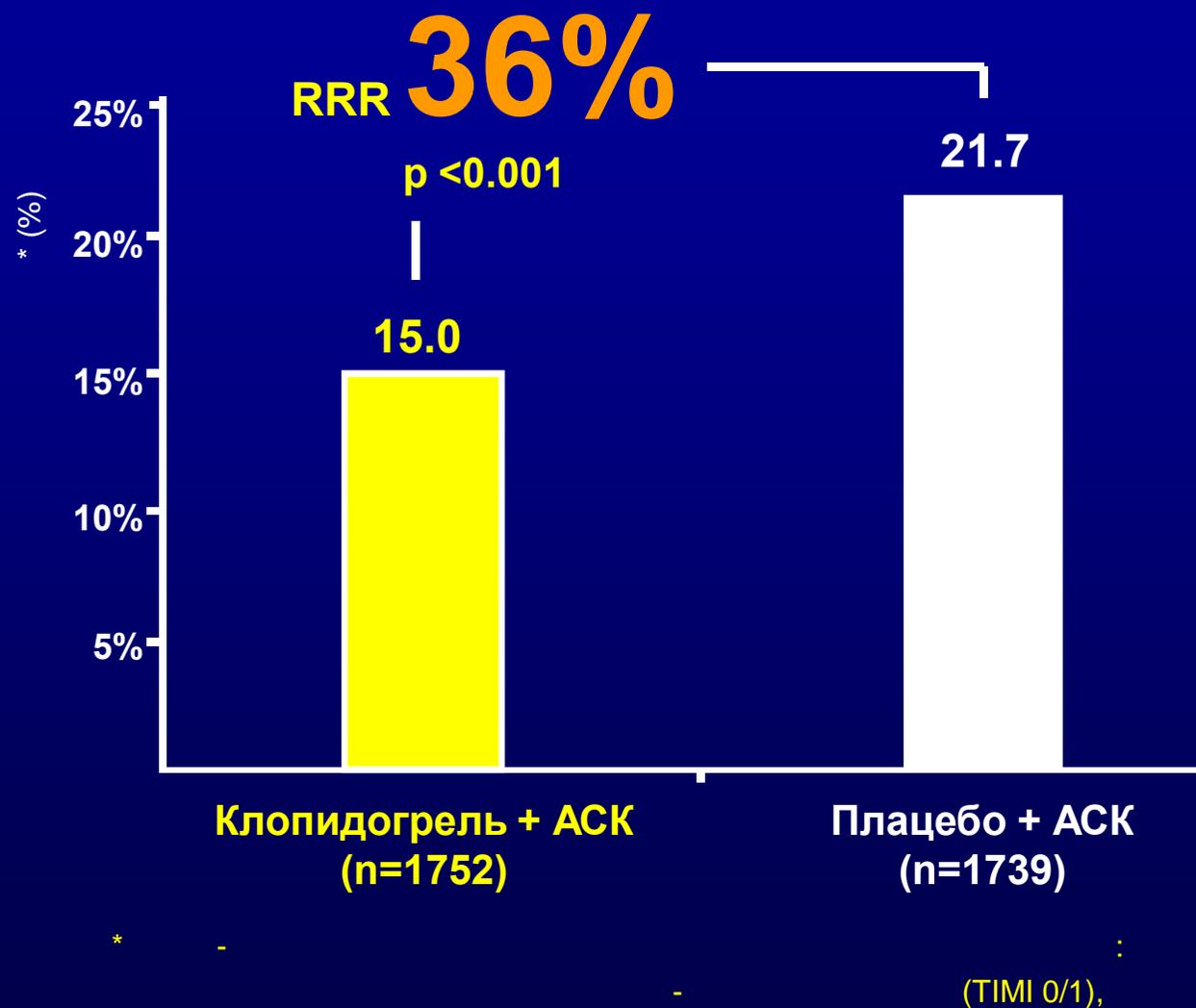
Исследование CURE (1999-2001)

Зависимость между тяжелыми геморрагическими осложнениями и дозой АСК



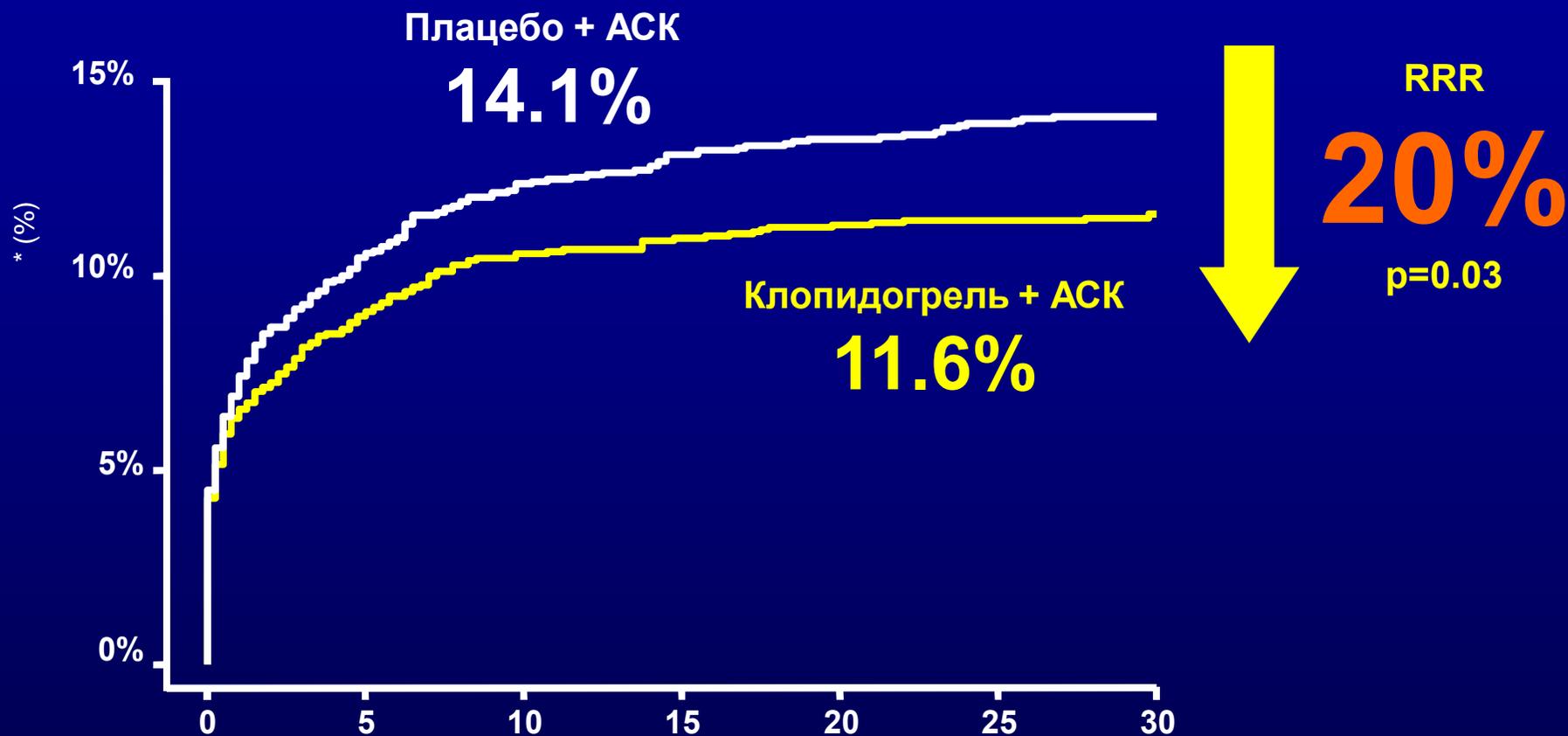
Исследование CLARITY – TIMI 28 (2003-2004)

Анализ первичной комбинированной конечной точки эффективности



Исследование CLARITY – TIMI 28 (2003-2004)

Анализ вторичной комбинированной конечной точки эффективности



Исследование CLARITY – TIMI 28 (2003-2004)

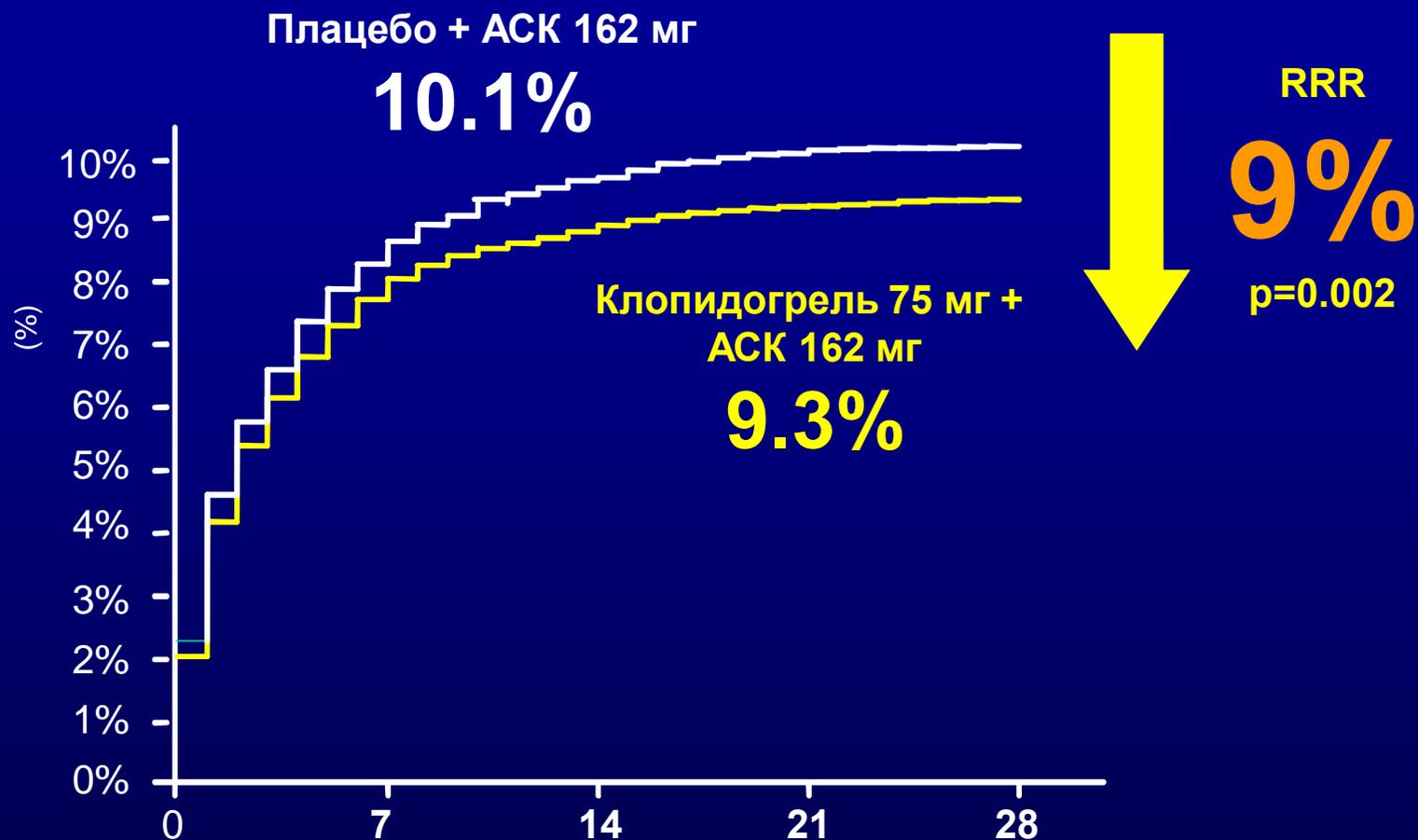
Оценка безопасности

Характеристики (%)	Клопидогрель + АСК (n=1733)	Плацебо + АСК (n=1719)	p
Конечные точки безопасности (до выполнения ангиографии)			
Тяжелые кровотечения	1.3	1.1	NS
Легкие кровотечения	1.0	0.5	NS
Геморрагический инсульт	0.5	0.7	NS
Кровотечения на протяжении 30 дней наблюдения			
Тяжелые кровотечения	1.9	1.7	NS
Легкие кровотечения	1.6	0.9	NS
Все кровотечения	3.4	2.7	NS

NS . (not statistically significant) .

Исследование COMMIT/CCS-2 (1999-2005)

Оценка эффективности



Исследование COMMIT/CCS-2 (1999-2005)

Оценка безопасности

Виды осложнений (%)	Клопидогрель + АСК (n=22958)	Плацебо + АСК (n=22891)	p
Внутричерепные кровоизлияния			
Фатальные	0.17	0.17	NS
Нефатальные	0.07	0.07	NS
Нецеребральные кровотечения			
Фатальные	0.16	0.16	NS
Нефатальные	0.20	0.16	NS
Все тяжелые кровотечения	0.58	0.54	NS

NS . (not statistically significant) .

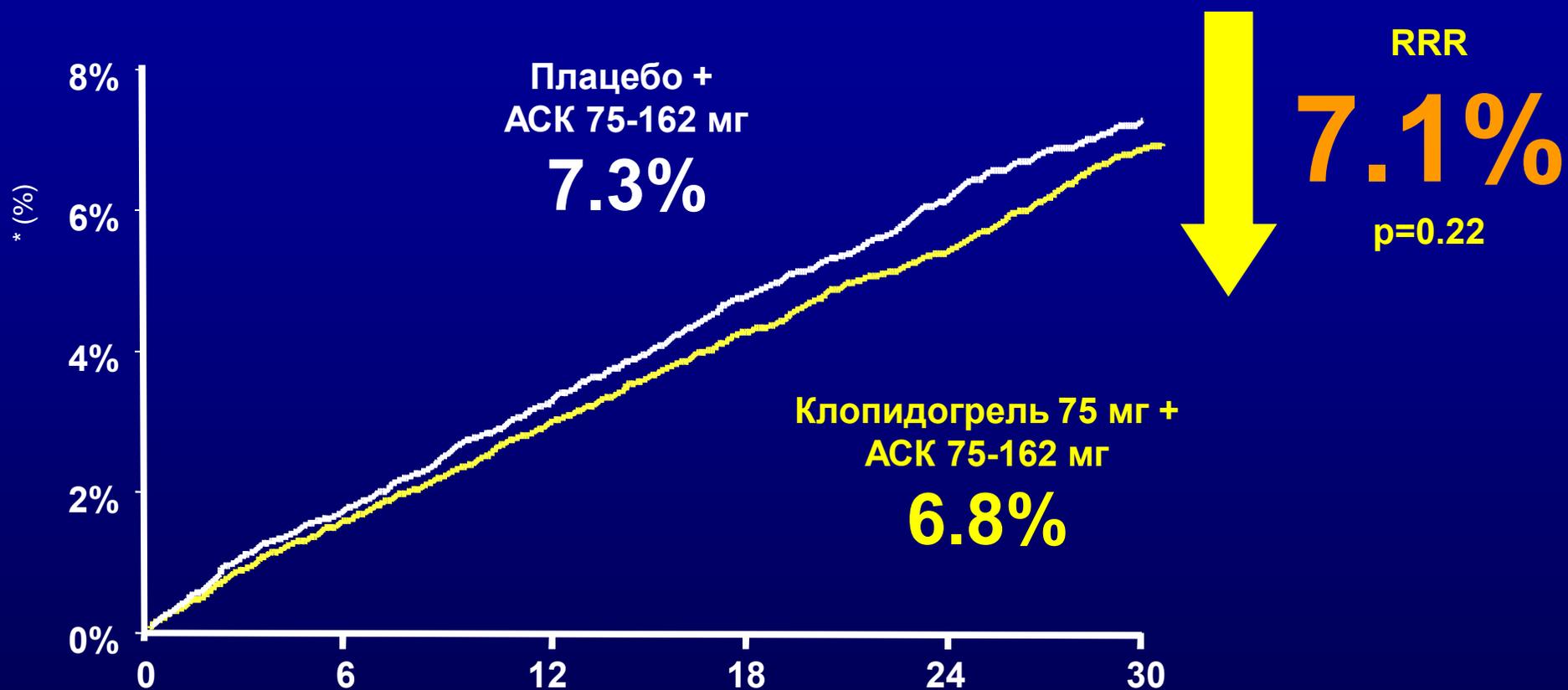
Исследование COMMIT/CCS-2 (1999-2005)

Эффективность в зависимости от сроков начала терапии*



Исследование CHARISMA (2002-2005)

Анализ первичной комбинированной конечной точки эффективности



Исследование CHARISMA (2002-2005)

Анализ первичной комбинированной точки в подгруппах

Подгруппы пациентов	АСК	ДАТ	RRR	P
Пациенты, перенесшие ИМ, Инсульт или имеющие ЗПА (n=9478)	8.8%	7.3%	17.1%	0.01
Пациенты с установленным сердечно-сосудистым заболеванием (n=12153)	7.9%	6.9%	12.5%	0.046
Пациенты с множественными факторами риска атеротромбоза (n=3284)	6.6%	5.5%	-20%	0.20 (NS)
Все пациенты (n=15603)	7.3%	6.8%	7.1%	0.22 (NS)

NS . (not statistically significant) .

Исследование CHARISMA (2002-2005)

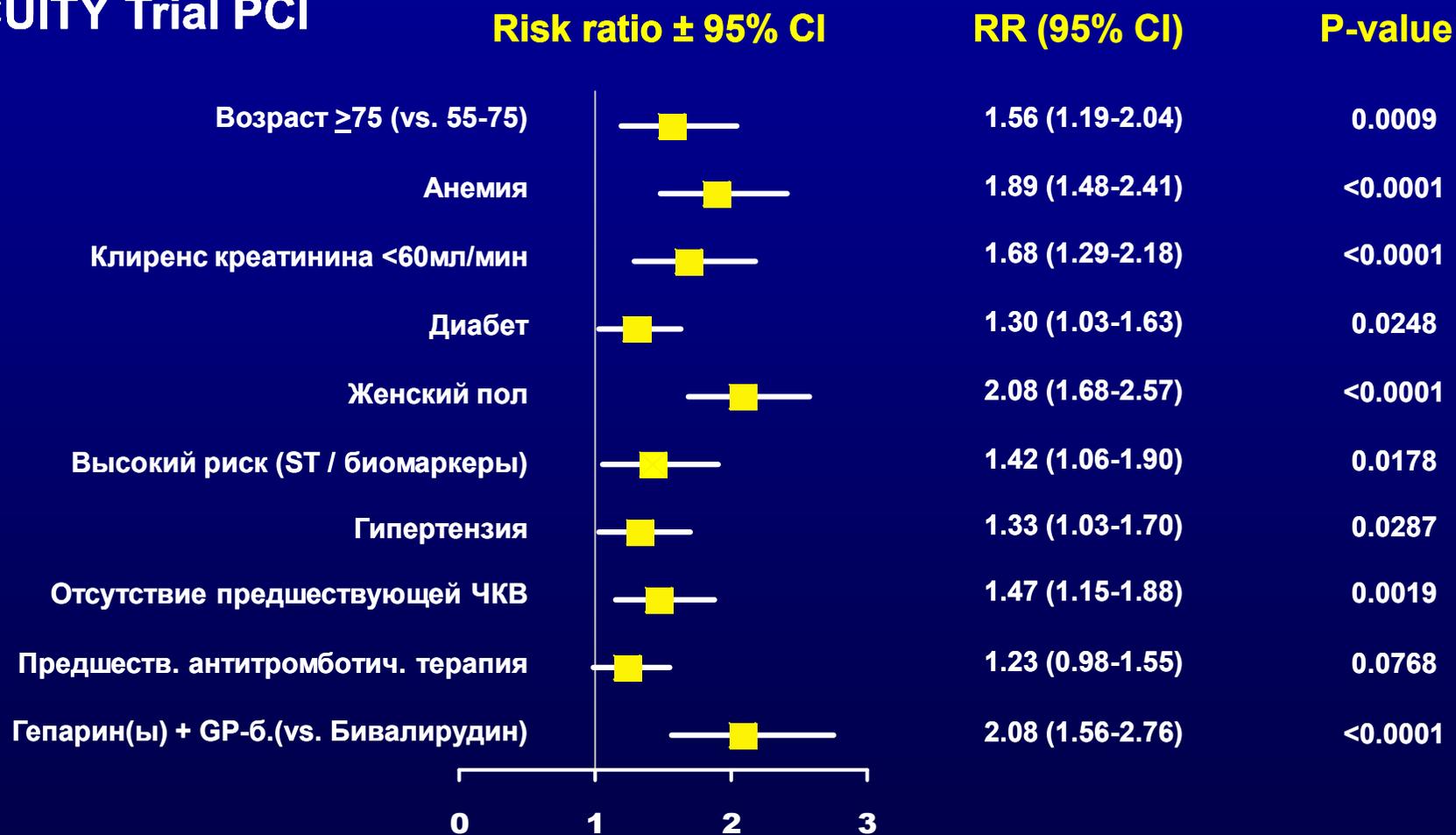
Оценка безопасности

Категории (%)	Клопидогрель + АСК (n=7802)	Плацебо + АСК (n=7801)	RR	p
<u>Все пациенты</u>				
Тяжелые кровотечения	1.7	1.3	1.25	0.09
Умеренные кровотечения	2.1	1.3	1.62	<0.001
<u>Пациенты с установленным ССЗ</u>				
Тяжелые кровотечения	1.6	1.4	1.14	0.39 (NS)
Умеренные кровотечения	2.1	1.3	1.63	<0.001

NS . (not statistically significant) .

Предикторы больших кровотечений

The ACUTY Trial PCI



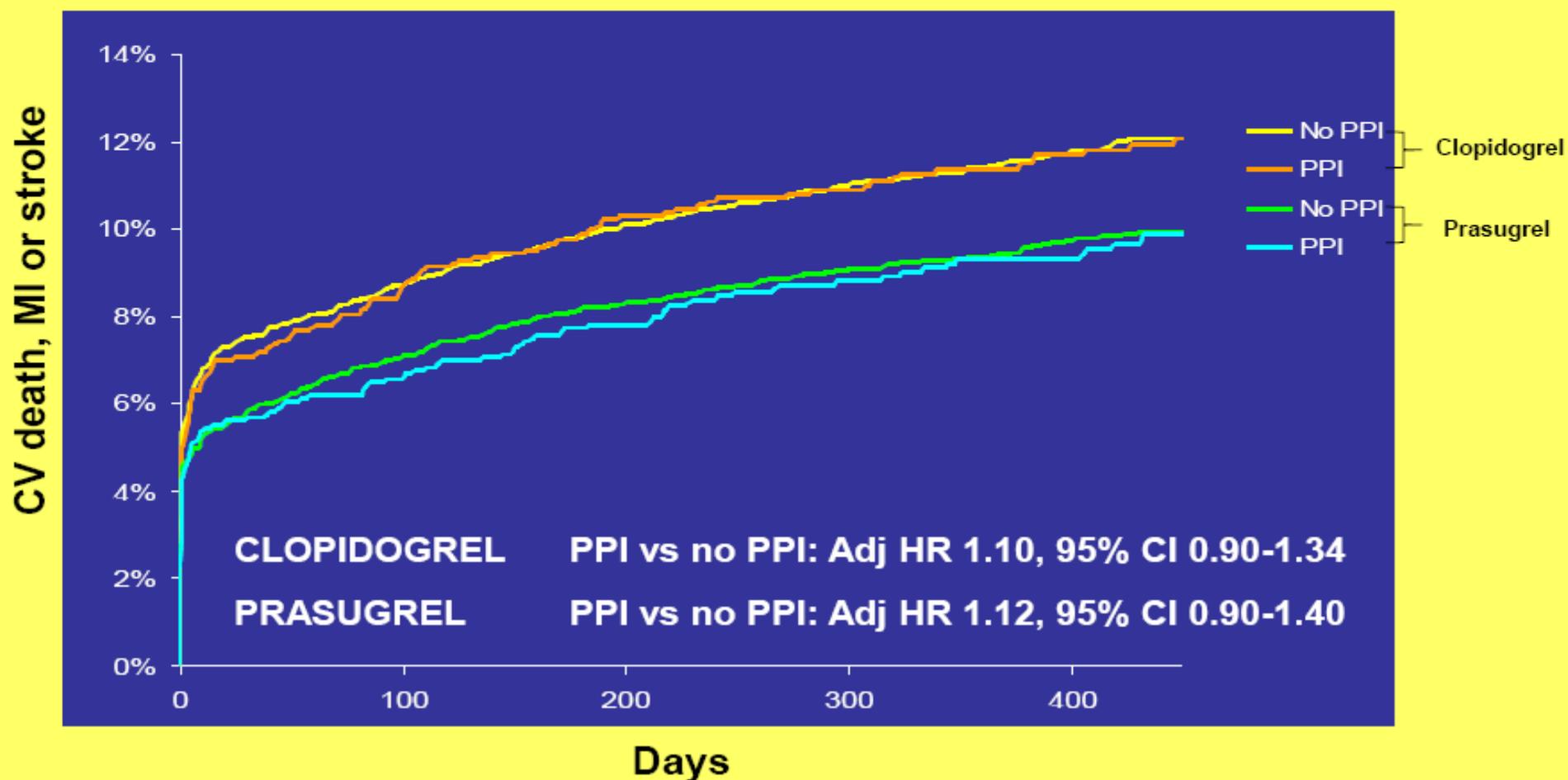
Manoukian SV, Voeltz MD, Feit F et al. TCT 2006.

TRITON TIMI-38

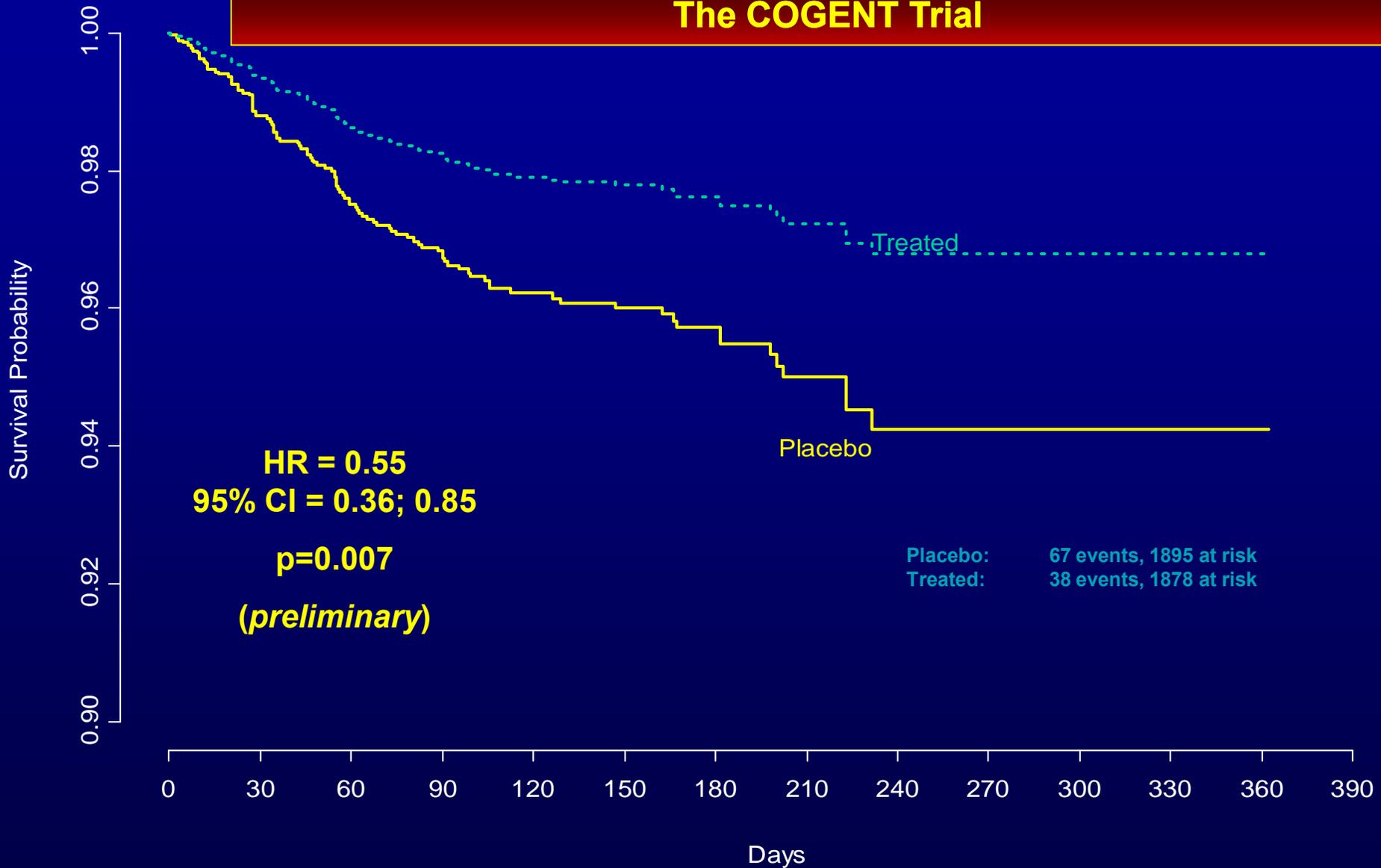
“Consistent” PPI Use – Baseline and End of F/U

PPI use at randomization and end of f/u (n= 2814)

Patients exposed to PPI for shorter durations were censored (n=3882)



**Выживаемость больных при добавлении блокатора протонной помпы vs плацебо
The COGENT Trial**





Guidelines on myocardial revascularization

The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

(d) Drug interactions and genetic testing: a clopidogrel-related topic

Statins interact with clopidogrel metabolism through a drug interaction that has little if any clinical relevance.

Proton pump inhibitors are frequently administered in combination with DAPT to reduce the risk of gastrointestinal bleeding. European and US regulatory agencies have issued warnings regarding diminished clopidogrel action when combined with proton pump inhibitors (especially omeprazole and esomeprazole). Post hoc analyses of CREDO and TRITON-TIMI 38 RCTs^{25B} show increased thromboembolic events. Accordingly, proton pump inhibitors should not be withheld when indicated.

The presence of the CYP2C19 loss-of-function allele seems to be associated with an increased risk of atherothrombotic complications in clopidogrel-treated patients. This allele does not influence the action of prasugrel on platelet function.

Clin Pharmacol Ther. 2010 Sep 15. [Epub ahead of print]

Differential Effects of Omeprazole and Pantoprazole on the Pharmacodynamics and Pharmacokinetics of Clopidogrel in Healthy Subjects: Randomized, Placebo-Controlled, Crossover Comparison Studies.

Angiolillo DJ, Gibson CM, Cheng S, Ollier C, Nicolas O, Bergougnan L, Perrin L, Lacreata FP, Hurbin F, Dubar M.

Division of Cardiology, University of Florida College of Medicine, Jacksonville, Florida, USA.

Abstract

Four randomized, placebo-controlled, crossover studies were conducted among 282 healthy subjects to investigate whether an interaction exists between clopidogrel (300-mg loading dose/75-mg/day maintenance dose) and the proton-pump inhibitor (PPI) omeprazole (80 mg) when they are administered simultaneously (study 1); whether the interaction, if any, can be mitigated by administering clopidogrel and omeprazole 12 h apart (study 2) or by increasing clopidogrel to 600-mg loading/150-mg/day maintenance dosing (study 3); and whether the interaction applies equally to the PPI pantoprazole (80 mg) (study 4). Relative to levels after administration of clopidogrel alone in studies 1, 2, 3, and 4, coadministration of PPI decreased the AUC(0-24) of the clopidogrel active metabolite H4 by 40, 47, 41, and 14% ($P \leq 0.002$), respectively; increased maximal platelet aggregation (MPA) induced by 5 $\mu\text{mol/l}$ adenosine diphosphate (ADP) by 8.0, 5.6, 8.1, and 4.3% ($P \leq 0.014$), respectively; and increased the vasodilator-stimulated phosphoprotein phosphorylation-platelet reactivity index (VASP-PRI) by 20.7, 27.1, 19.0 ($P < 0.0001$), and 3.9% ($P = 0.3319$), respectively. The results suggest that a metabolic drug-drug interaction exists between clopidogrel and omeprazole but not between clopidogrel and pantoprazole.

Влияние факторов риска и модификации образа жизни после реваскуляризации миокарда

	Class ^a	Level ^b		
Long-term management is based on risk stratification that should include:				
• full clinical and physical evaluation	I	C		
• ECG	I	B		
• laboratory testing	I	B		
• HbA1c			Echocardiography should be considered pre- or post-PCI.	IIa C
• physical activity level by history and physical examination			• Counselling on physical activity and exercise training should include a minimum of 30–60 min/day of moderately intense aerobic activity.	I A
• echocardiogram prior to revascularization			• Medically supervised programmes are advisable for high-risk patients (e.g. recent revascularization, heart failure)	I B
Resistance training 2 days/week may be considered				IIb C
• Diet and weight control management should aim at BMI <25 kg/m ² and waist circumferences <94 cm in men and <80 cm in women.	I	B		
• It is recommended to implement lifestyle changes and pharmacotherapy in order to achieve blood pressure <130/80 mmHg.	I	A		
• β-Blockers and/or ACE inhibitors are indicated as first-line therapy.	I	A		
It is recommended to assess, at each visit, smoking status, to insist on smoking cessation, and to advise avoiding passive smoking.	I	B		
In patients with diabetes, the following is recommended:				I B
• Lifestyle changes and pharmacotherapy to achieve HbA1c <6.5%.	I	B		
• Vigorous modification of other risk factors.	I	B		I A
• Coordination of diabetic care with a specialized physician.	I	C		I B
Screening for psychological distress is indicated.	I	C		IIb B
Annual influenza vaccination is indicated.	I	B		

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО ВЫСОКОГО КАДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЧЕК И СД 2 типа



Бетакор 20 мг

Ипамид 2,5 мг

АСПИГРЕЛЬ

**Ливостор
40 мг**

Пациент А., 56 л



Пантопрозол

Контроль сопутствующих состояний (СД, А/Б терапия?)

Ингибитор АПФ



СОВРЕМЕННЫЕ АНТИТРОМБОЦИТАРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

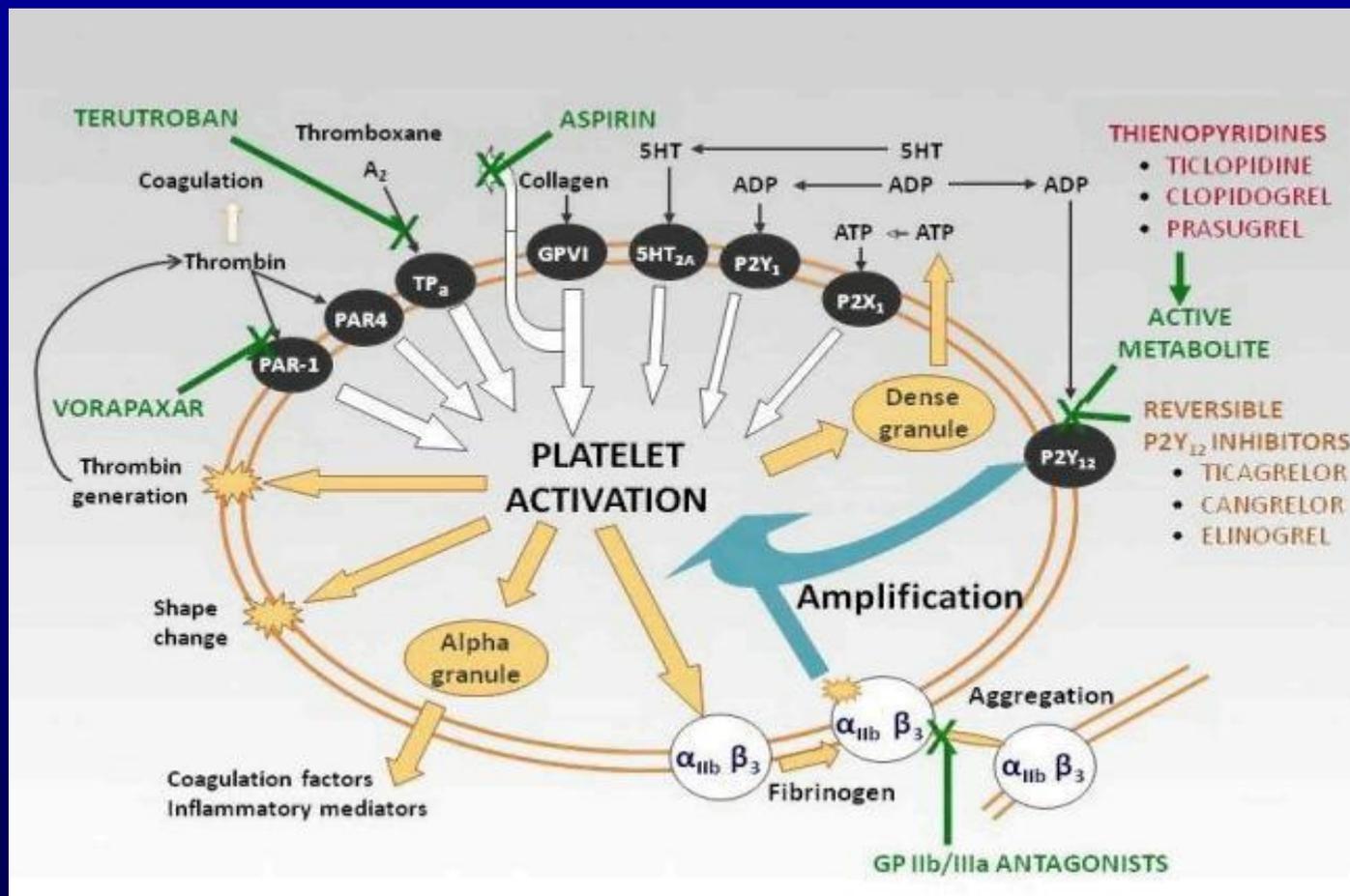


Figure 1. Platelet activation mechanisms.

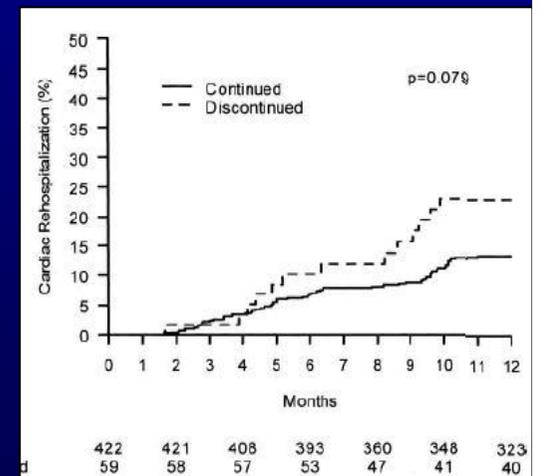
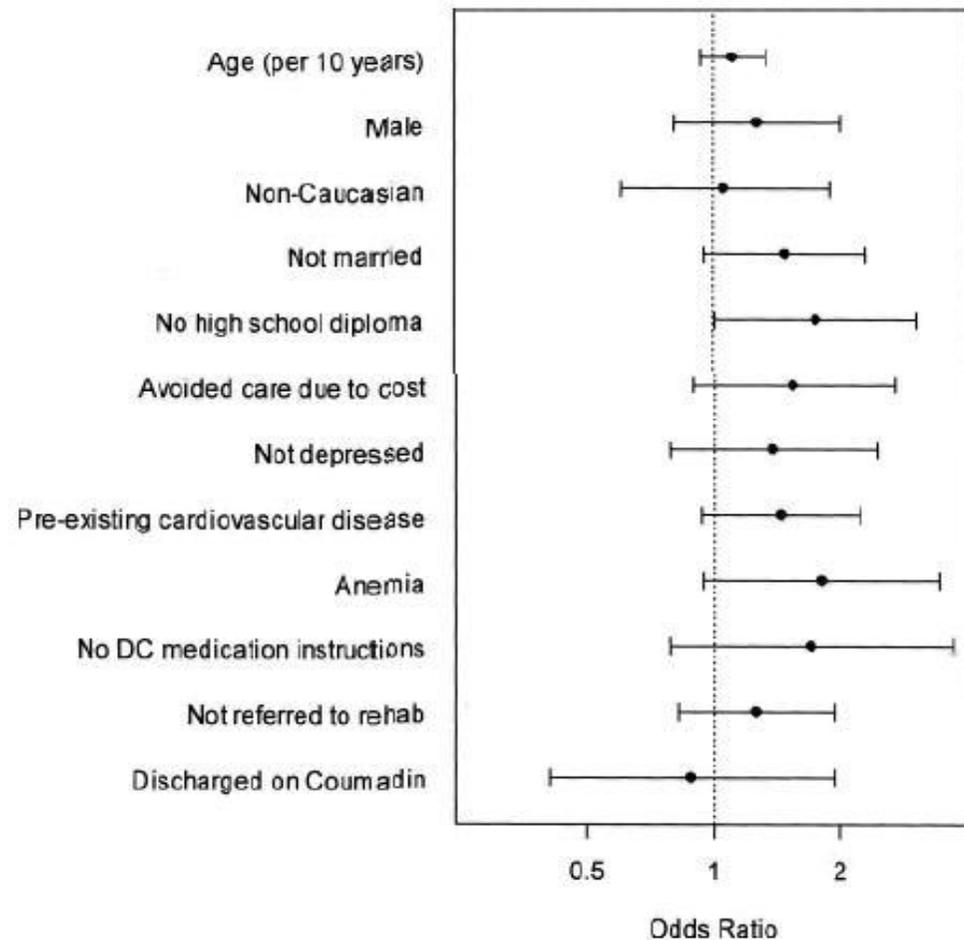
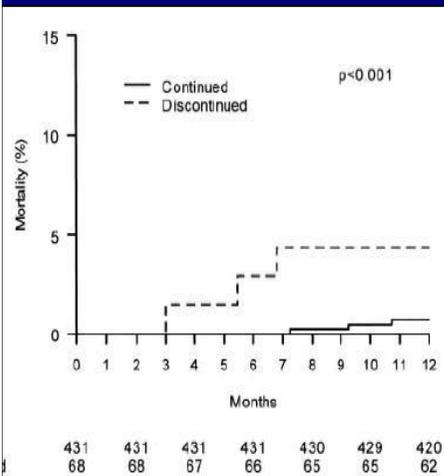
PAR = protease-activated receptor; TP = thromboxane A₂/prostaglandin H₂; ADP = adenosine diphosphate; ATP = adenosine triphosphate

From Storey RF, *Curr Pharm Des.* 2006,12:1255-1259. [2]

Prevalence, Predictors, and Outcomes of Premature Discontinuation of Thienopyridine Therapy After Drug-Eluting Stent Placement

Results From the PREMIER Registry

John A. Spertus, MD, MPH; Richard Kettelkamp, DO; Clifton Vance, MD; Carole Decker, RN, PhD; Philip G. Jones, MS; John S. Rumsfeld, MD, PhD; John C. Messenger, MD; Sanjaya Khanal, MD; Eric D. Peterson, MD, MPH; Richard G. Bach, MD; Harlan M. Krumholz, MD, SM; David J. Cohen, MD, MSc



AHA/ACC/SCAI/ACS/ADA Science Advisory

Prevention of Premature Discontinuation of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Stents

A Science Advisory From the American Heart Association, American College of Cardiology, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, American College of Surgeons, and American Dental Association, With Representation From the American College of Physicians*

12

DES

12

DES



... 12

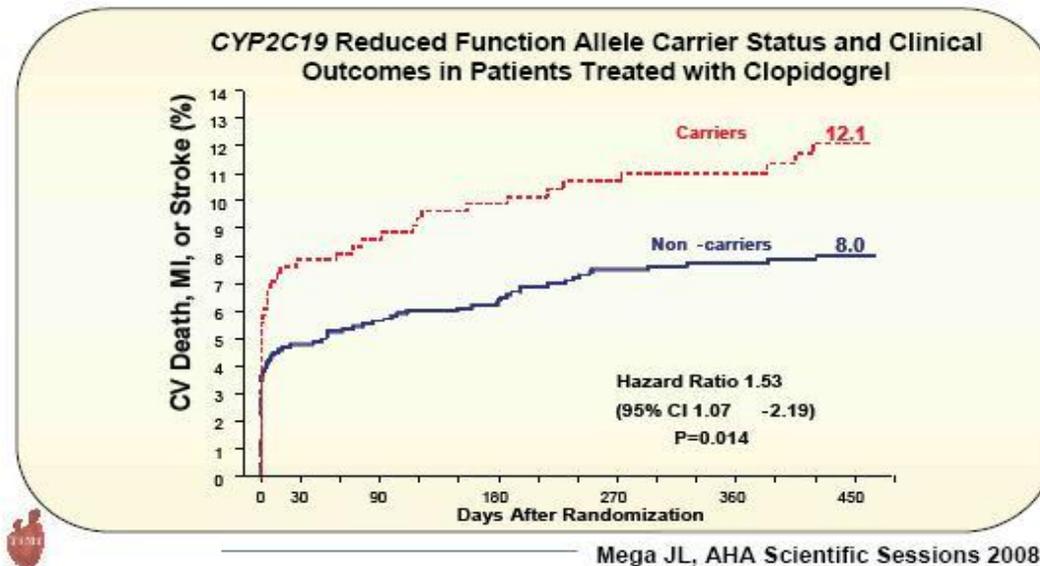
1

;

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНЫ

5.1.2 *CYP2C19 Polymorphisms and Benefit of Clopidogrel* – Carriers of the CYP2C19 reduced function allele have diminished antiplatelet effects and an increased risk of events after treatment with clopidogrel.

TRITON- TIMI 38



CYP2C19 is an isoform of cytochrome P450 and is involved in the metabolism of clopidogrel to its active metabolite. Carriers of a reduced function allele have a significant 53% increase in the risk of adverse events despite similar baseline characteristics.

Аспигрель – мощный антитромботический препарат

Аспигрель – это мощный антитромботический препарат с двойным механизмом антиагрегантного действия для лечения острого коронарного синдрома.

“ Аспигрель уменьшит риск ишемических сосудистых событий (сердечно-сосудистую смерть, инфаркт миокарда, инсульт) при остром коронарном синдроме.*

“ Аспигрель уменьшит вероятность развития резистентности к АСК и Клопидогрелю.*

“ Аспигрель уменьшит множественность назначений (полипрагмазию) и повысит вероятность выполнения пациентом рекомендаций врача (комплаенс), особенно при длительной вторичной профилактике атеротромбоза.*



*

Аспігрель

Зупиняє коронарний тромбоз

Аспігрель – це потужний антитромботичний засіб з подвійним механізмом антиагрегантної дії для лікування гострого коронарного синдрому.



Аспігрель, капсули №100
Склад: Клопідогрель 75 мг +
Ацетилсаліцилова кислота 75 мг
РП №UA/7304/01/01 від 16.11.2007
Відпускається за рецептом



Мілі Хелскаре Лтд., Велика Британія
Представництво в Україні:
01024, м. Київ, вул. Богомольця, 5, оф.1
Тел./Факс: +38 (044) 254-01-71
www.mili.com.ua

«Службы здравоохранения, страховые компании, парламент, фармацевтическая промышленность должны сделать так, чтобы стоимость лекарств не обуславливала преждевременное прекращение больными терапии тиенопиридинами, и не влекла за собой катастрофические осложнения».

AHA/ACC/SCAI/ACS/ADA Science Advisory.
Circulation 2007; 115: 813–818.