

## Редакционная статья

© А.В. Шпектор, 2017

УДК 616.125-008.318:615.22:616.132.2-089.818.3

*А.В. Шпектор*

### **АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ: МЕЖДУ СЦИЛЛОЙ И ХАРИБДОЙ**

Кафедра кардиологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России; ул. Делегатская, 20/1, Москва, 127473, Российская Федерация

Шпектор Александр Вадимович, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой

*Для цитирования:* Шпектор А.В. Анти тромботическая терапия у больных с фибрилляцией предсердий после коронарного стентирования: между Сциллой и Харибдой. *Креативная кардиология*. 2017; 11 (1): 5–7. DOI: 10.15275/kreatkard.2017.01.01

*Для корреспонденции:* Шпектор Александр Вадимович, e-mail: cardio23@mail.ru

*A. V. Shpektor*

### **ANTITHROMBOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY STENTING: BETWEEN SCYLLA AND CHARYBDIS**

Cardiology Chair of Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of Ministry of Health of the Russian Federation; Delegatskaya ulitsa, 20/1, Moscow, 127473, Russian Federation

Shpektor Aleksandr Vadimovich, MD, DM, Professor, Chief of Chair

*For citation:* Shpektor A.V. Antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation after percutaneous coronary stenting: between Scylla and Charybdis. *Kreativnaya kardiologiya (Creative Cardiology, Russian journal)*. 2017; 11 (1): 5–7 (in Russ.). DOI: 10.15275/kreatkard.2017.01.01

*For correspondence:* Shpektor Aleksandr Vadimovich, e-mail: cardio23@mail.ru

*Acknowledgements.* The study had no sponsorship.

*Conflict of interest.* The authors declare no conflict of interest.

Received March 07, 2017

Accepted March 15, 2017

Согласно последним рекомендациям Европейского общества кардиологов по лечению фибрилляции предсердий (ФП), выпущенным в 2016 г., после проведения коронарного стентирования больным с ФП рекомендуется в течение 1 мес проводить тройную анти тромботическую тера-

пию, комбинируя пероральный антикоагулянт с аспирином и клопидогрелом (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности B) с последующим переходом на двойную терапию антикоагулянтом и одним из антиагрегантов, а затем на постоянную монотерапию антикоагулянтом [1]. Тройная

терапия позволяет уменьшить риск тромбэмболического инсульта и тромбоза стента в наиболее опасный период непосредственно после эндоваскулярного вмешательства, однако значительно повышает риск кровотечений. В небольшом рандомизированном исследовании WOEST было показано, что альтернативой тройной антитромботической терапии может быть двойная (антикоагулянт + клопидогрел без аспирина) [2]. В течение 1 года наблюдения среди 284 больных в группе тройной терапии эпизоды кровотечений были зарегистрированы у 126 (44%) пациентов, в то время как в группе двойной терапии — только у 54 (19%) из 279 больных, и эта разница была высоко достоверна ( $p < 0,0001$ ). Принципиально важно, что частота ишемических событий в обеих группах не различалась. На основании этих данных в рекомендациях Европейского общества кардиологов указывается на возможность ограничиться у больных с ФП после стентирования комбинацией перорального антикоагулянта и клопидогрела без аспирина, но класс рекомендаций только IIb, уровень доказательности C [1].

Уже после выхода последних рекомендаций Европейского общества кардиологов в *New England Journal of Medicine* были опубликованы результаты исследования PIONEER AF-PCI [3]. В исследование было включено 2124 пациента с неклапанной ФП, перенесших коронарное стентирование. В соотношении 1:1:1 их рандомизировали в 3 группы: пациенты 1-й группы получали малые дозы ривароксабана (15 мг 1 раз в день) в сочетании с блокатором рецепторов P2Y<sub>12</sub> в течение 12 мес, 2-й группы — очень малые дозы ривароксабана (2,5 мг 2 раза в день) в сочетании с двойной антитромбоцитарной терапией в течение 1, 6 или 12 мес, 3-й группы — стандартную терапию варфарином в сочетании с двойной антитромбоцитарной терапией в течение 1, 6 или 12 мес. Первичной конечной точкой являлось клинически значимое кровотечение (большое или малое крово-

течение согласно критериям TIMI или кровотечения, потребовавшие медицинской помощи).

Частота клинически значимых кровотечений была ниже в обеих группах, получавших ривароксабан по сравнению с группой, получавшей стандартную терапию (16,8% в 1-й группе, 18,0% — во 2-й, 26,7% — в 3-й; отношение рисков для 1-й и 3-й групп 0,59; 95% доверительный интервал (ДИ), 0,47–0,76;  $p < 0,001$ ; отношение рисков для 2-й и 3-й групп 0,63; 95% ДИ, 0,50–0,80;  $p < 0,001$ ). Частота смертей от сердечно-сосудистых причин, инфарктов миокарда и инсультов была одинаковой в трех группах. Их сумма составила 6,5% в 1-й группе, 5,6% во 2-й группе и 6,0% — в 3-й (различия недостоверны).

Комбинация малых или очень малых доз ривароксабана с двойной антиагрегантной терапией оказалась безопаснее стандартной терапии варфарином, клопидогрелом и аспирином, не уступая последней по эффективности. Сами авторы, однако, указали, что большие разбросы доверительных интервалов при анализе эффективности различных лекарственных схем снижают уверенность в результатах. В связи с этим они провели *post hoc* анализ полученных данных, который был опубликован в 2017 г. [4]. Удалось показать, что сумма смертей от любых причин и повторных госпитализаций в группах ривароксабана была достоверно меньше по сравнению с группой пациентов, использовавших в качестве антикоагулянта варфарин (риски составили 34,9% в группе малых доз ривароксабана, 31,9% — в группе очень малых доз ривароксабана и 41,9% — в группе варфарина). Более того, достоверность сохранилась, когда при анализе учитывали только те случаи повторной госпитализации, которые были связаны с сердечно-сосудистыми событиями без учета госпитализаций, связанных с кровотечениями (риски 21,4, 21,7 и 29,3% соответственно).

Таким образом, возможно, что использование при проведении тройной терапии

малых или очень малых доз ривароксабана вместо аспирина не только более безопасно, но и более эффективно. Конечно, уверенно говорить об этом еще рано, и эти результаты нуждаются в подтверждении в дальнейших исследованиях. Кроме того, есть еще вопросы, на которые исследование PIONEER AF-PCI ответов в принципе не дает. Абсолютное большинство пациентов в этом исследовании (более 93%) в качестве блокатора P2Y12 получала клопидогрел [3]. Неясно, насколько эффективна и безопасна будет комбинация различных доз ривароксабана с тикагрелором или празугрелом. За рамками исследования PIONEER AF-PCI остался и анализ оптимальной антиаритмической терапии после проведения коронарного стентирования у больных с ФП на фоне острого коронарного синдрома. Ждем продолжения.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### Литература/References

1. Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur. Heart J.* 2016; 37 (38): 2893–962.
2. Dewilde W.J., Oirbans T., Verheugt F.W. et al. Use of clopidogrel with or without aspirin in patients taking oral anticoagulant therapy and undergoing percutaneous coronary intervention: an open-label, randomised, controlled trial. *Lancet.* 2013; 381 (9872): 1107–15.
3. Gibson C.M., Mehran R., Bode C. et al. An open label, randomized, controlled, multicenter study exploring two treatment strategies of rivaroxaban and a dose adjusted oral vitamin K antagonist treatment strategy in subjects with atrial fibrillation who undergo percutaneous coronary intervention (PIONEER AF-PCI). *Am. Heart J.* 2015; 169 (4): 472–8.
4. Gibson C.M., Pinto D.S., Chi G. et al. Recurrent hospitalization among patients with atrial fibrillation undergoing intracoronary stenting treated with 2 treatment strategies of rivaroxaban or a dose-adjusted oral vitamin k antagonist treatment strategy. *Circulation.* 2017; 135 (4): 323–33.

Поступила 07.03.2017

Принята к печати 15.03.2017