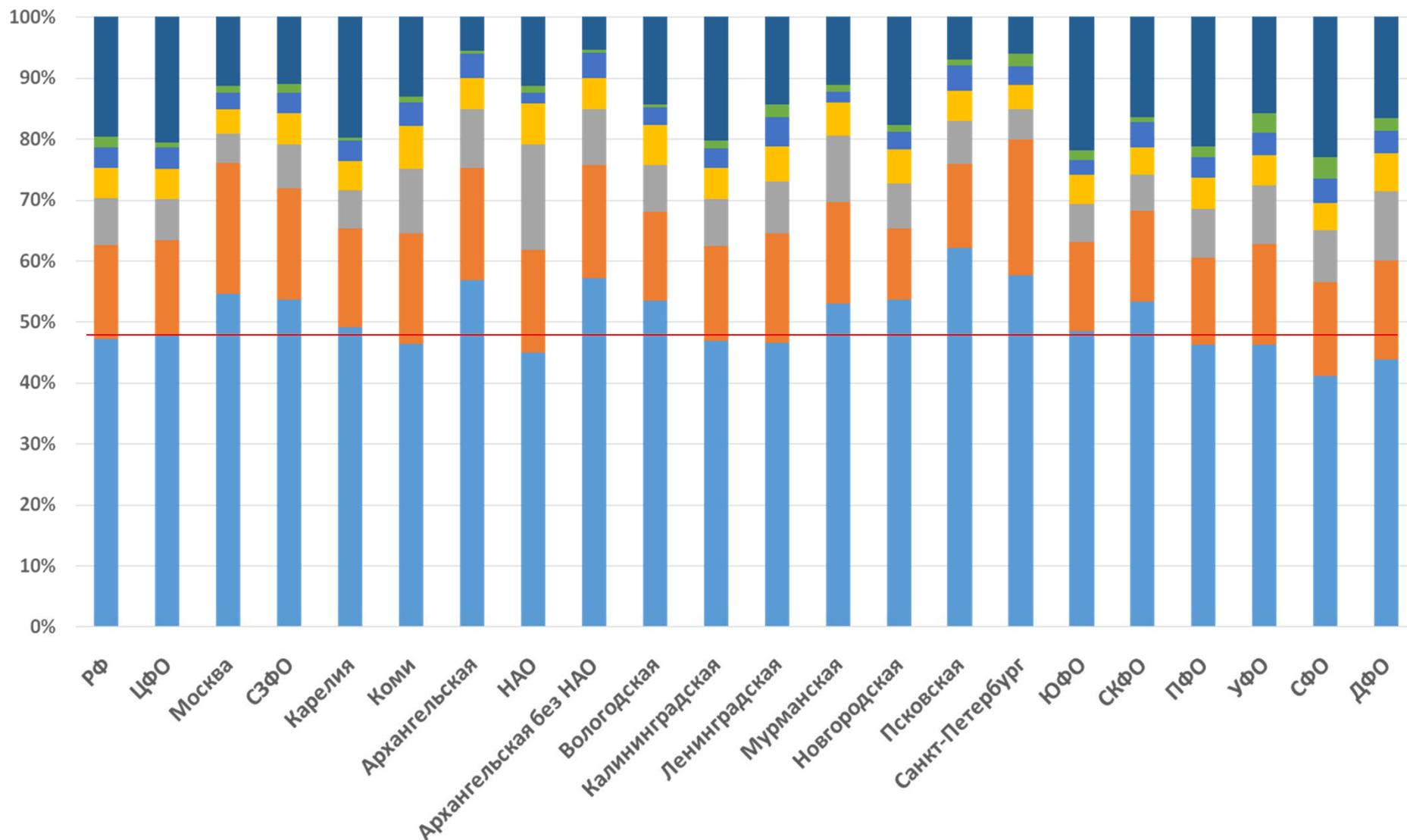


Жизнь после инфаркта: как выжить?

Папко Андрей Александрович
г. Вельск, октябрь 2017г.

Структура летальности по основным причинам (на 100000 жителей), январь-август 2017 года

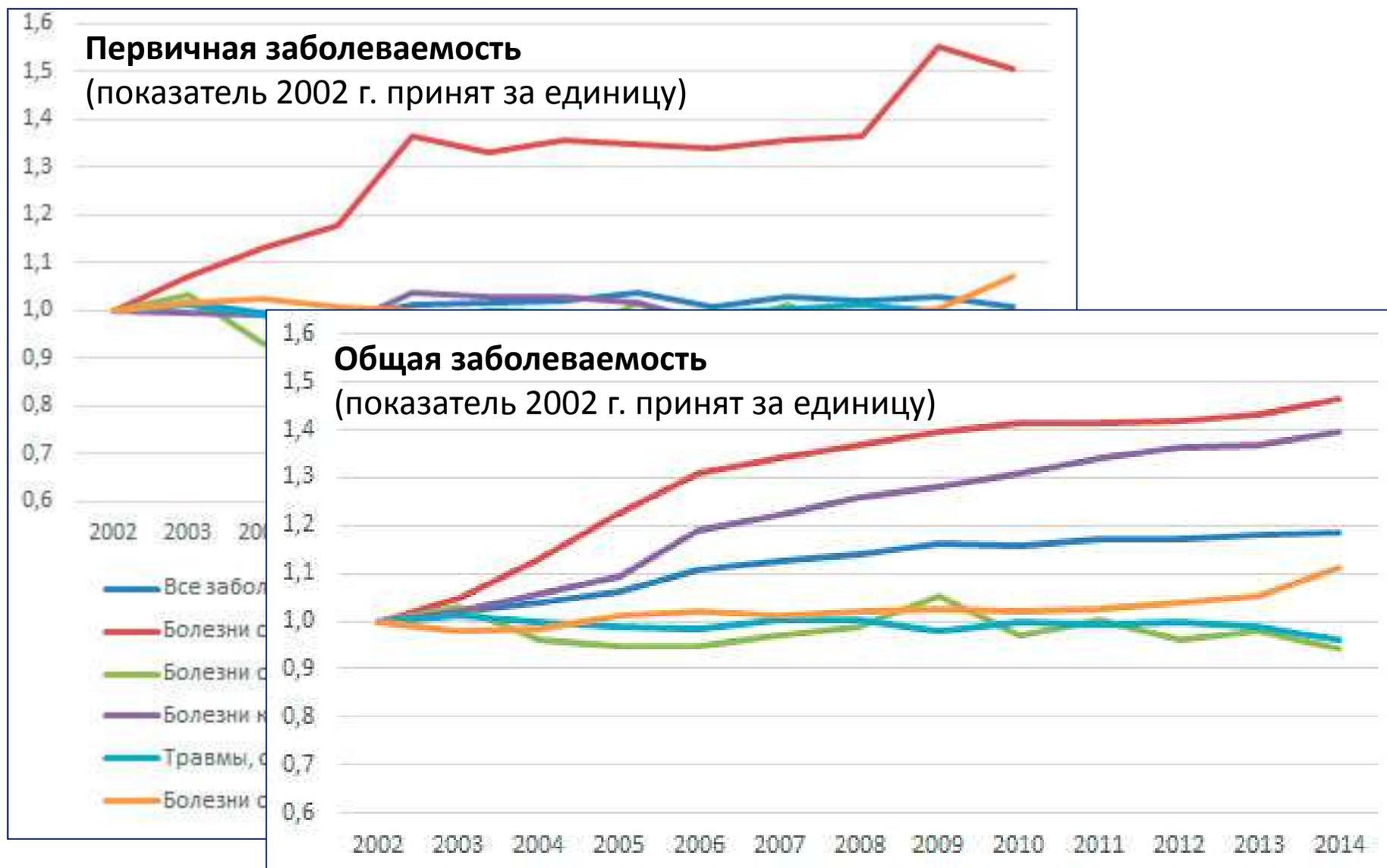


Росстат

(www.gks.ru), 2017 г.

■ БСК
 ■ Neo
 ■ Внешние
 ■ БОП
 ■ БОД
 ■ Инфекции
 ■ Прочие

Динамика заболеваемости в Российской Федерации (2002 - 2014 г.)

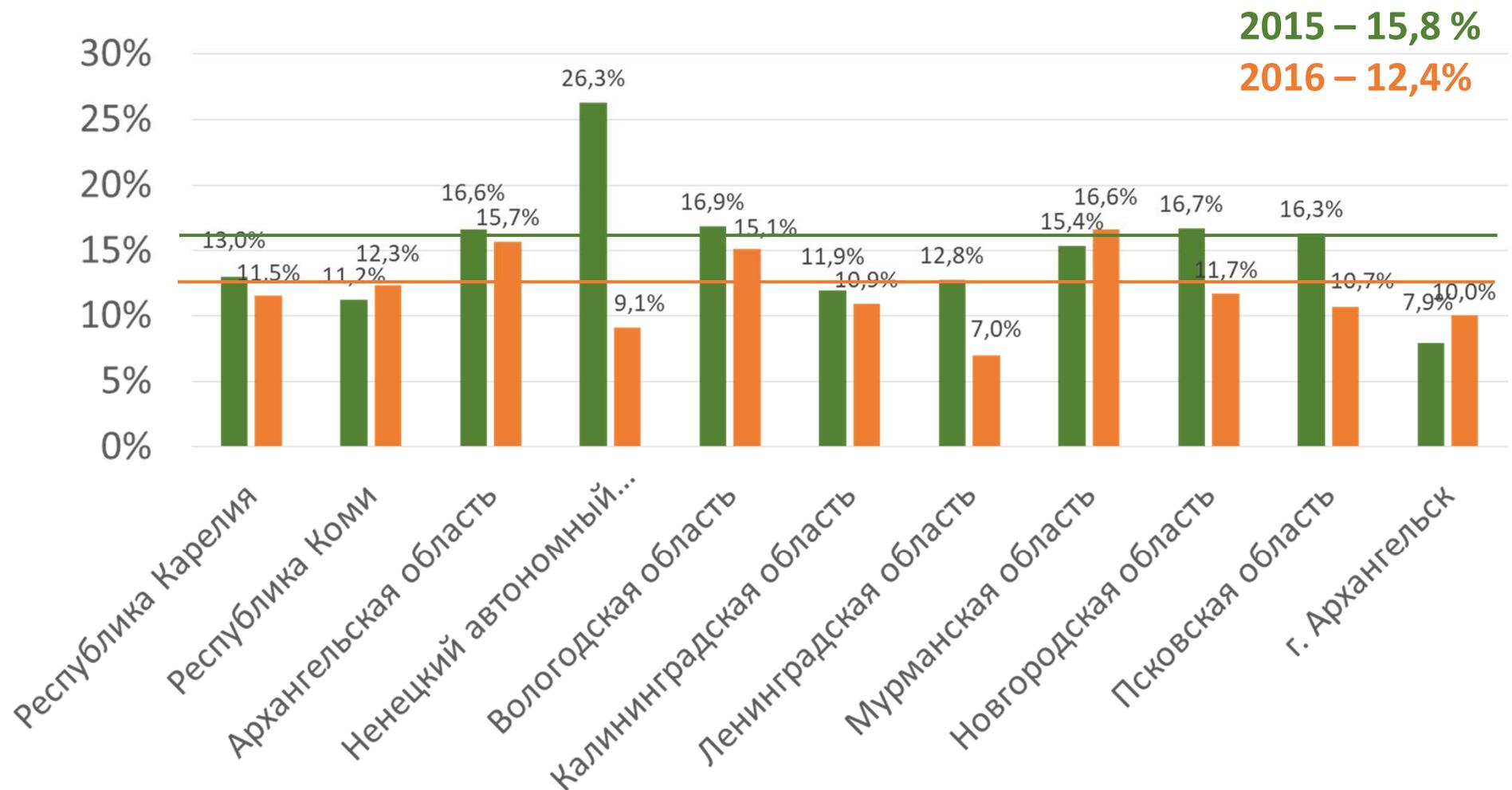


Летальность при ОКС: реальная клиническая практика

(Данные регистров GRACE, GRACE-Expand, EuroHeartSurvey II/III)

	В стационаре	6 мес	5 лет
ОКС с подъёмом сегмента ST	4,6 – 7,8 %	4,5 – 4,8 %	19 %
ОКС без подъёма сегмента ST	2,2 – 5,9 %	6,2 %	22 %
Нестабильная стенокардия	0,8 – 2,7 %	3,6 %	18 %

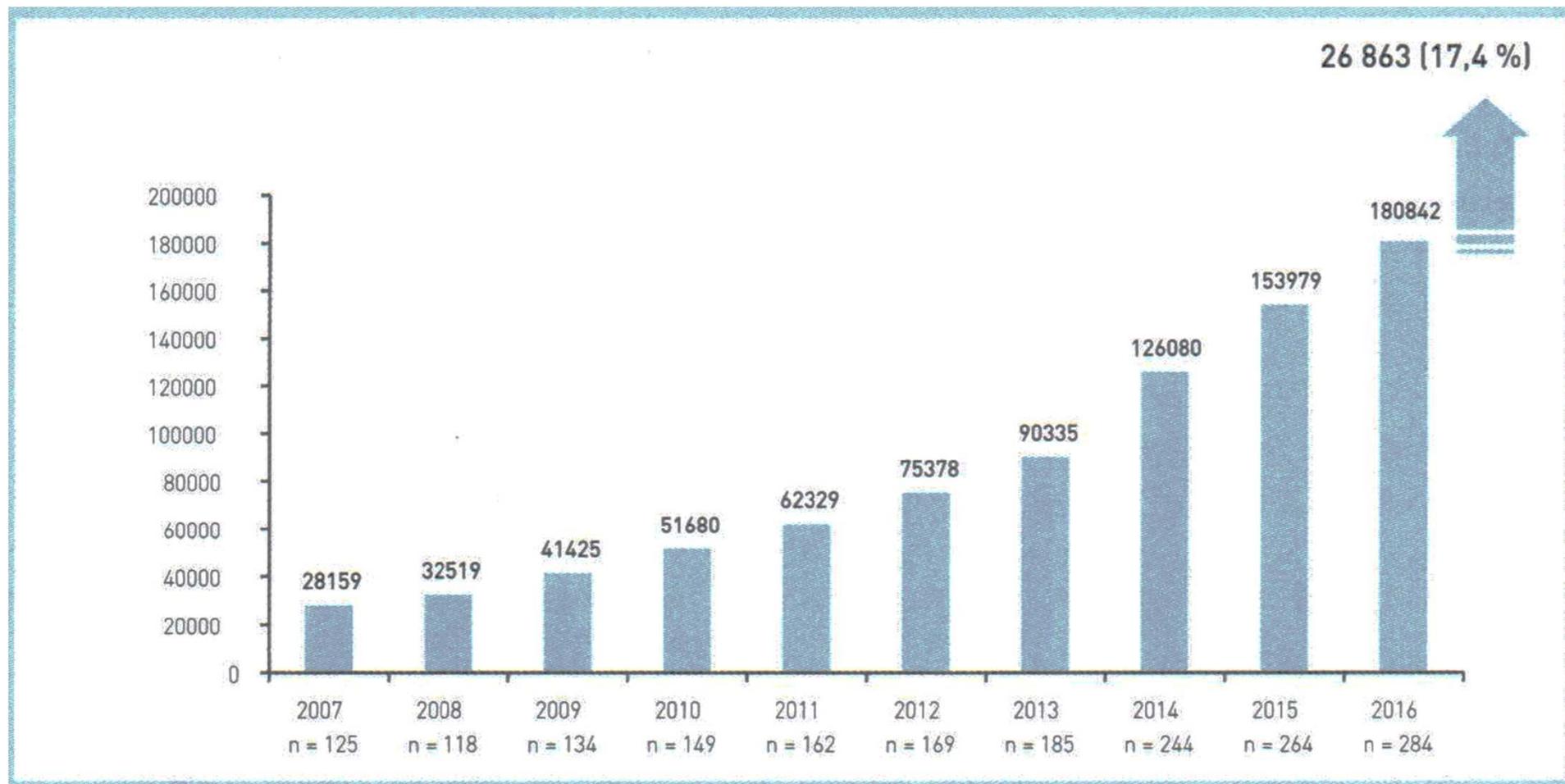
Госпитальная летальность при инфаркте миокарда в субъектах СЗФО 2015-2016 гг



Цель применения современных технологий оказания помощи пациентам с высоким риском ССО

- Снижение госпитальной летальности (с ~10-20% до <5%)
- Снижение частоты тяжёлых осложнений, приводящих к потере трудоспособности и многократным повторным госпитализациям
- Снижение частоты неблагоприятных событий в отдалённом периоде (вторичная профилактика)

Рост числа выполненных в РФ чрескожных вмешательств 2007-2016 гг.



Европейский кардиологический конгресс - 2017: клинические рекомендации (гайдлайны)

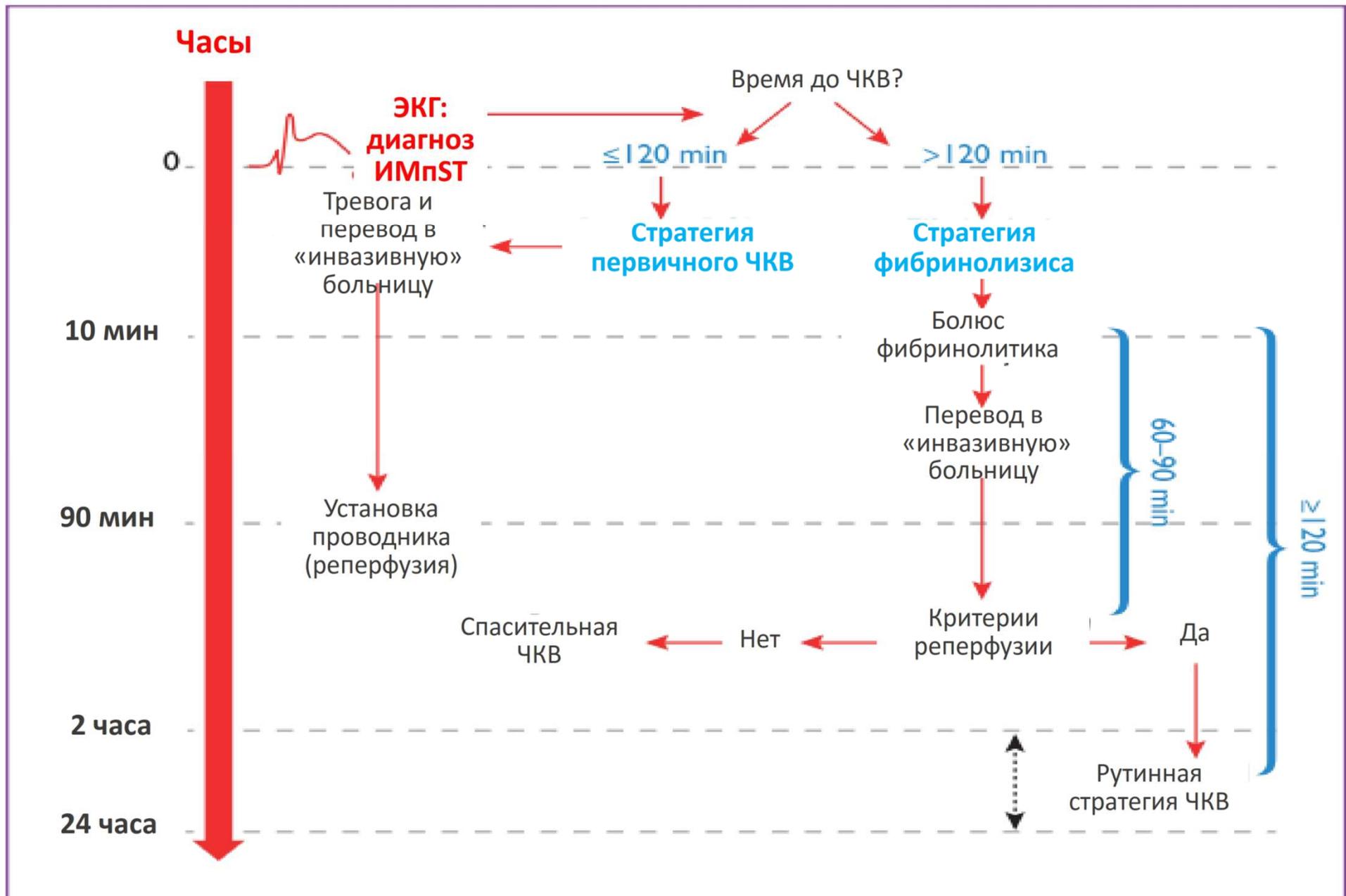
Обновление существующих рекомендаций:

- Острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST
- Заболевания периферических артерий
- Клапанные пороки сердца

Впервые представленные рекомендации:

- Двойная антиагрегантная терапия

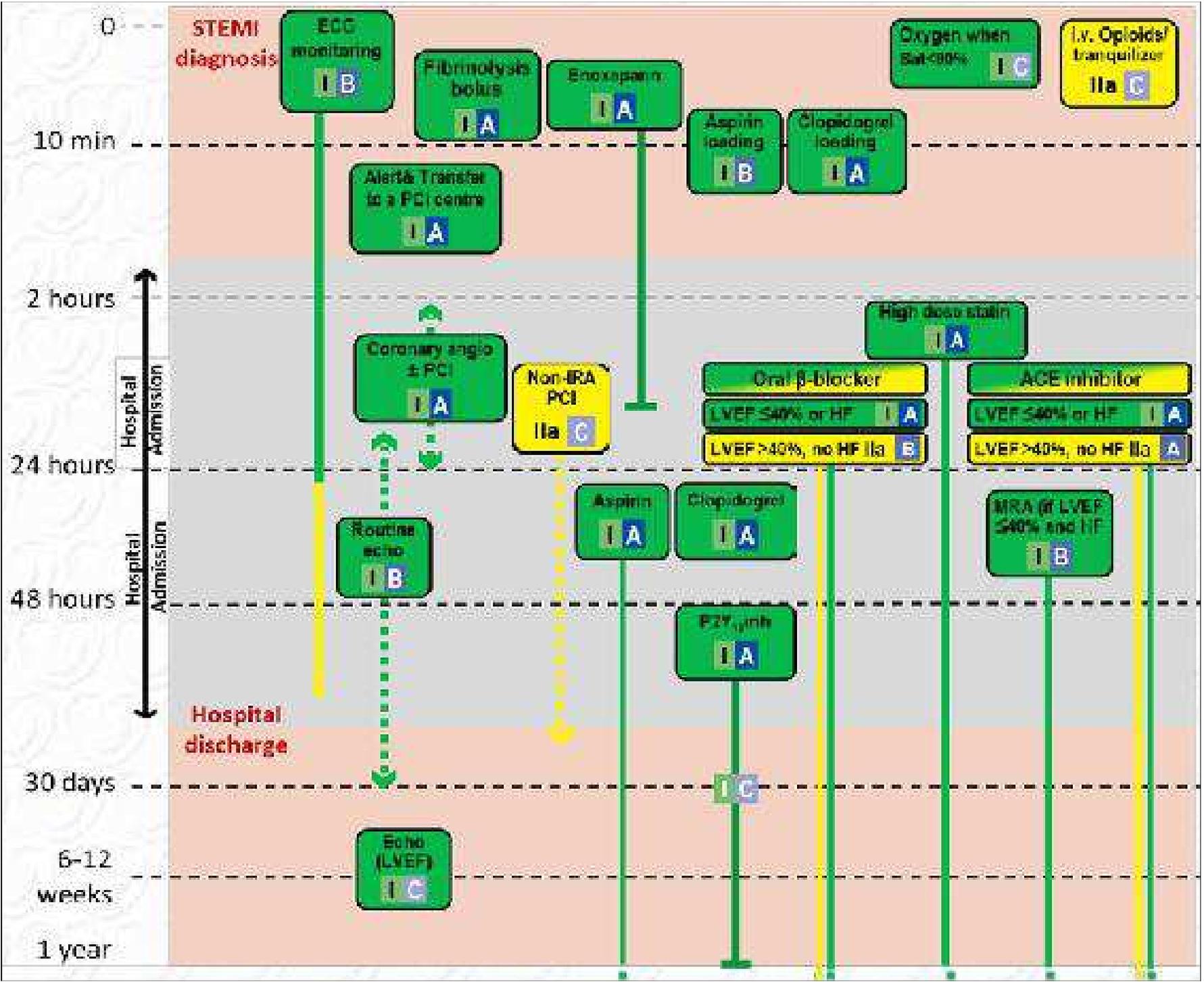
Обновлённая стратегия при ОКСпСТ: Рекомендации ESC 2017



Целевые временные интервалы: Рекомендации по ОКСпСТ ESC 2017

Интервал	Целевое время
Максимальное время от первого медицинского контакта до ЭКГ и диагноза	≤ 10 минут
Максимально ожидаемая задержка от диагноза ИМпСТ до первичного ЧКВ (установка проводника) при выборе первичной стратегии ЧКВ перед выполнением фибринолизиса	≤ 120 минут
Максимальное время от диагноза ИМпСТ до установки проводника у пациентов, доставленных в «инвазивную» больницу	≤ 60 минут
Максимальное время от диагноза ИМпСТ до установки проводника у переведённых пациентов	≤ 90 минут
Максимальное время от диагноза ИМпСТ до болюса или старта инфузии фибринолитика у пациентов, не подходящих по времени к выполнению первичного ЧКВ 10	≤ 10 минут
Время отсрочки от старта фибринолизиса до оценки его эффективности (успешный или неуспешный фибринолизис)	60-90 минут
Время отсрочки от старта фибринолизиса до выполнения коронарографии (если фибринолизис оказался неуспешным)	2-24 часа

«To Do list» при ТЛТ



Новые рекомендации по лечению ОКСпST ESC 2017

- Дополнительная липидснижающая терапия при ХС ЛПНП > 1.8 ммоль/л (IIa)
- Полная реваскуляризация у пациентов с кардиогенным шоком (IIa)
- Кангрелор (IIb)
- Тикагрелор от 12 до 36 мес. после ОИМ (IIb)
- Polypill – повышение приверженности (IIb)

Медикаментозная терапия ОКСпСТ: Рекомендации ESC 2017

Бета-блокаторы

Пероральный приём бета-блокаторам показан пациентам с сердечной недостаточностью и/или ФВЛЖ $\leq 40\%$ при отсутствии противопоказаний

I A

Использование в/в бета-блокатора должно быть рассмотрено при поступлении у пациентов с первичным ЧКВ при отсутствии противопоказаний и при отсутствии признаков острой сердечной недостаточности и с систолическим АД >120 мм рт.ст.

IIa A

Должно быть рассмотрено рутинное использование бета-блокатора за время пребывания в больнице у всех пациентов без противопоказаний

IIa B

Необходимо избегать использование в/в бета-блокатора у пациентов с артериальной гипотонией, острой сердечной недостаточности или с АВ-блокадой, или с выраженной гипотонией

III B

Липидснижающая терапия

Рекомендовано начать терапию высокими дозами статина (аторвастатин 40-80 мг или розувастатин 20-40 мг) так быстро, как только возможно, если нет противопоказаний, и продолжать неопределённо долго

I A

Рекомендовано снижение ЛПНП до целевой дозы $<1,8$ ммоль/л (70 мг/дл) или уменьшение как минимум на 50% от исходного, если ЛПНП между 1,8-3,5 ммоль/л (70-135 мг/дл)

I B

У пациентов с ИМпСТ рекомендована оценка липидного профиля так быстро, как только возможно

I C

У пациентов с ЛПНП $\geq 1,8$ ммоль/л (≥ 70 мг/дл) несмотря на максимально переносимую дозу статина, с сохраняющимся высоким риском, должно быть рассмотрено усиление терапии, направленной на снижение ЛПНП

IIa A

Медикаментозная терапия ОКСпСТ: Рекомендации ESC 2017

Ингибиторы АПФ/блокаторы АТ-рецепторов

Рекомендовано начать приём ингибиторов АПФ в первые 24 часа после ИМпСТ у пациентов с признаками сердечной недостаточности, систолической дисфункцией ЛЖ, диабетом или передним ИМ



Блокаторы АТ-рецепторов, предпочтительно валсартан, могут быть альтернативой ингибиторам АПФ у пациентов с сердечной недостаточностью и/или систолической дисфункцией ЛЖ, особенно у пациентов с непереносимостью ингибиторов АПФ

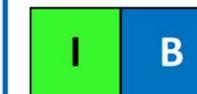


Использование ингибиторов АПФ должны быть рассмотрены у всех пациентов при отсутствии противопоказаний



Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов рекомендованы пациентам с ФВЛЖ $\leq 40\%$ и сердечной недостаточностью или диабетом, которые уже получают ингибитор АПФ, бета-блокатор без ухудшения почечной функции или гиперкалиемии



ОКС: терапия при выписке

- Аспирин
- Ингибитор P2Y₁₂ рецепторов (**12 мес.!**)
- Бета-адреноблокатор
- Ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину II
- Статин, высокая доза, целевой ХС

+ терапия гипертонической болезни, сердечной недостаточности, нарушений ритма, антисекреторная при высоком риске кровотечений из ЖКТ, антиангинальная при сохраняющейся стенокардии, сопутствующие заболевания...

Европейские рекомендации по диагностике и лечению ОКС без подъёма ST - 2015 г.



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehv320

ESC GUIDELINES

2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation

Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)

ОКСбпСТ: новые рекомендации

Клиническая диагностика ОКСбпСТ:

- Затяжной (более 20 мин) ангинозный приступ в покое
- Впервые возникшая стенокардия не ниже II – III функционального класса
- Дестабилизация течения стенокардии с достижением как минимум III ф.кл.
- Постинфарктная стенокардия

Критерии риска при ОКСбпST

Очень высокий риск

- Нестабильная гемодинамика, кардиогенный шок
- Рецидивирующие ангинозные боли, рефрактерные к терапии
- Жизнеугрожающие аритмии, остановка кровообращения
- Механические осложнения (разрывы, острая МН)
- Острая сердечная недостаточность
- Вновь возникающие ишемические изменения ЭКГ, транзиторная элевация ST на ЭКГ

Критерии риска при ОКСбпST

Высокий риск

- Динамика уровня тропонина, характерная для ИМ
- Динамика ишемических изменений ЭКГ
- Баллы по шкале **GRACE > 140**

Критерии риска при ОКСбпST

Промежуточный риск

- Сахарный диабет
- Почечная недостаточность ($СКФ < 60$ мл/мин/1.73 м²)
- Фракция выброса ЛЖ $< 40\%$ или проявления ХСН
- Ранняя постинфарктная стенокардия
- ЧКВ или АКШ в анамнезе
- Баллы по шкале **GRACE** от **109** до **140**

* **Низкий риск** – характеристики, кроме перечисленных для очень высокого, высокого и промежуточного риска

ШКАЛА GRACE

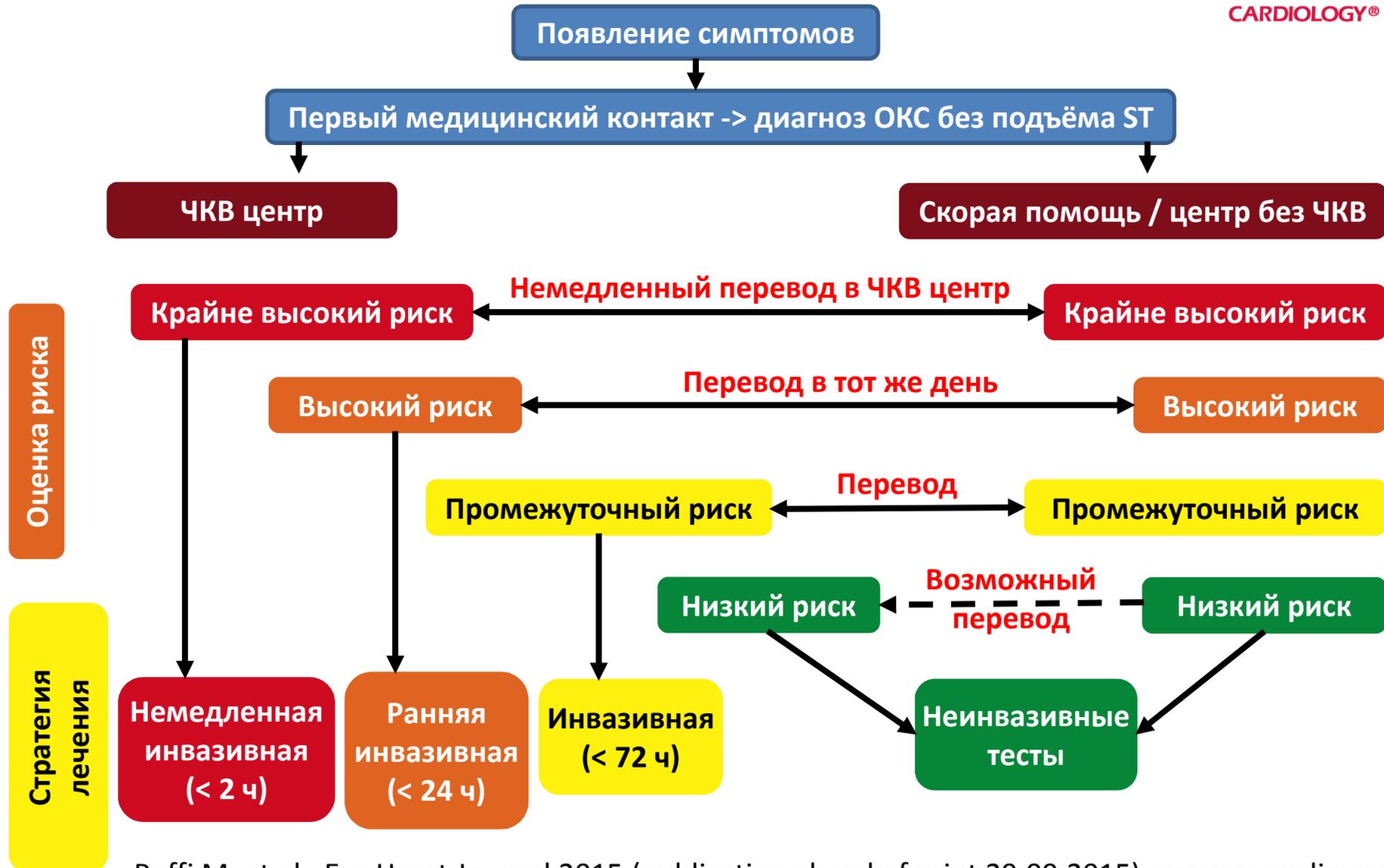
Клинические признаки		Баллы
Возраст (лет)	≤30	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	≥90	100
Частота сердечных сокращений (мин ⁻¹)	≤50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15
	110-149	24
	150-199	38
	≥200	46
Систолическое АД (мм рт.ст)	≤80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	≥200	0

Клинические признаки		Баллы
Уровень <u>креатинина</u> сыворотки (<u>мкмоль/л</u>)	0-35,3	1
	35-70	4
	71-105	7
	106-140	10
	141-176	13
	177-353	21
	≥354	28
	Класс сердечной недостаточности (по Killip)*	I
II		20
III		39
IV		59
Остановка сердца (на момент поступления пациента)	Да	39
Девияция ST	Да	28
Диагностически значимое повышение уровня <u>кардиоспецифических ферментов</u>	Да	14

GRACE: вклад факторов в прогноз

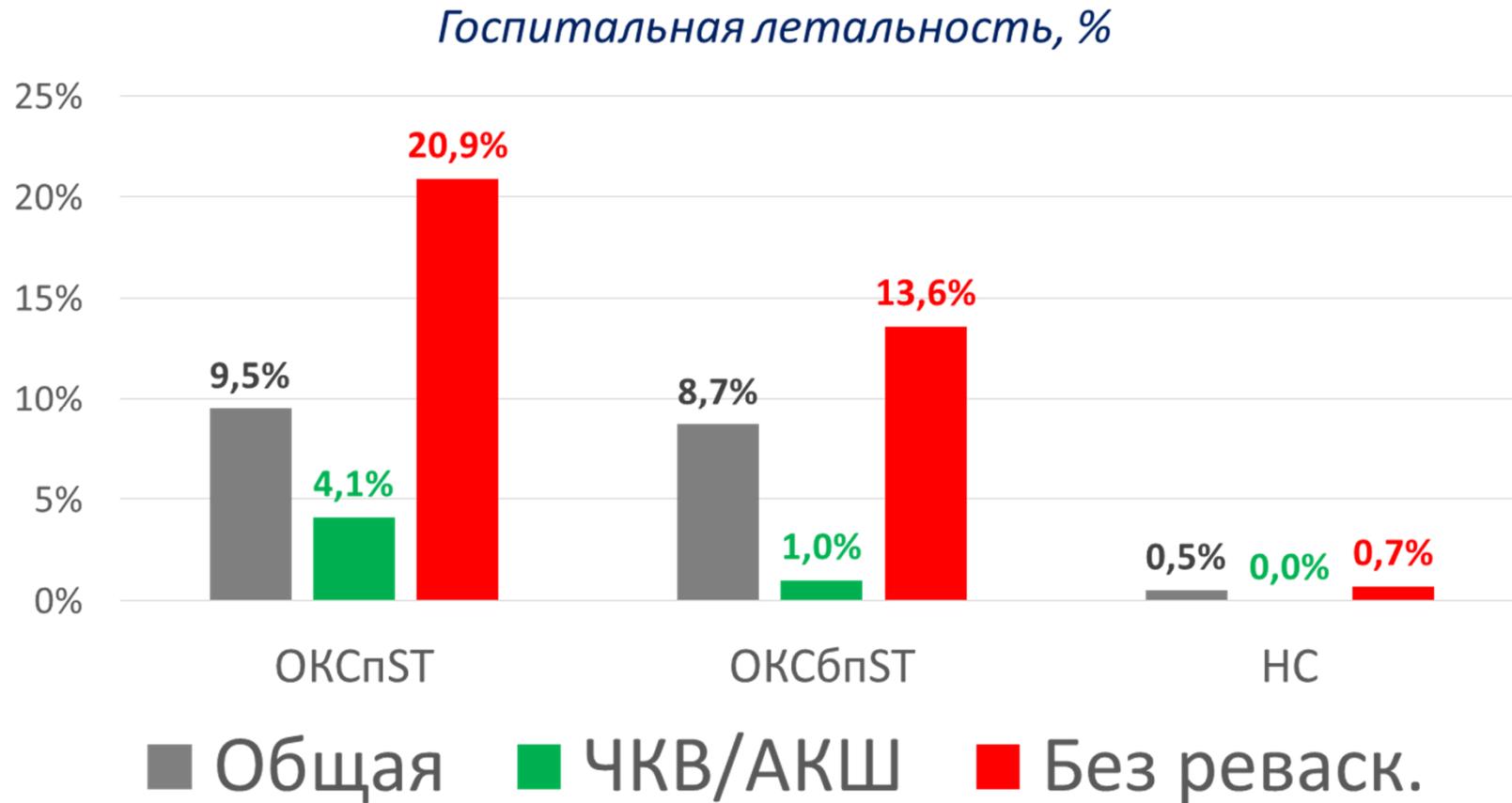


Выбор тактики при ОКСбпST



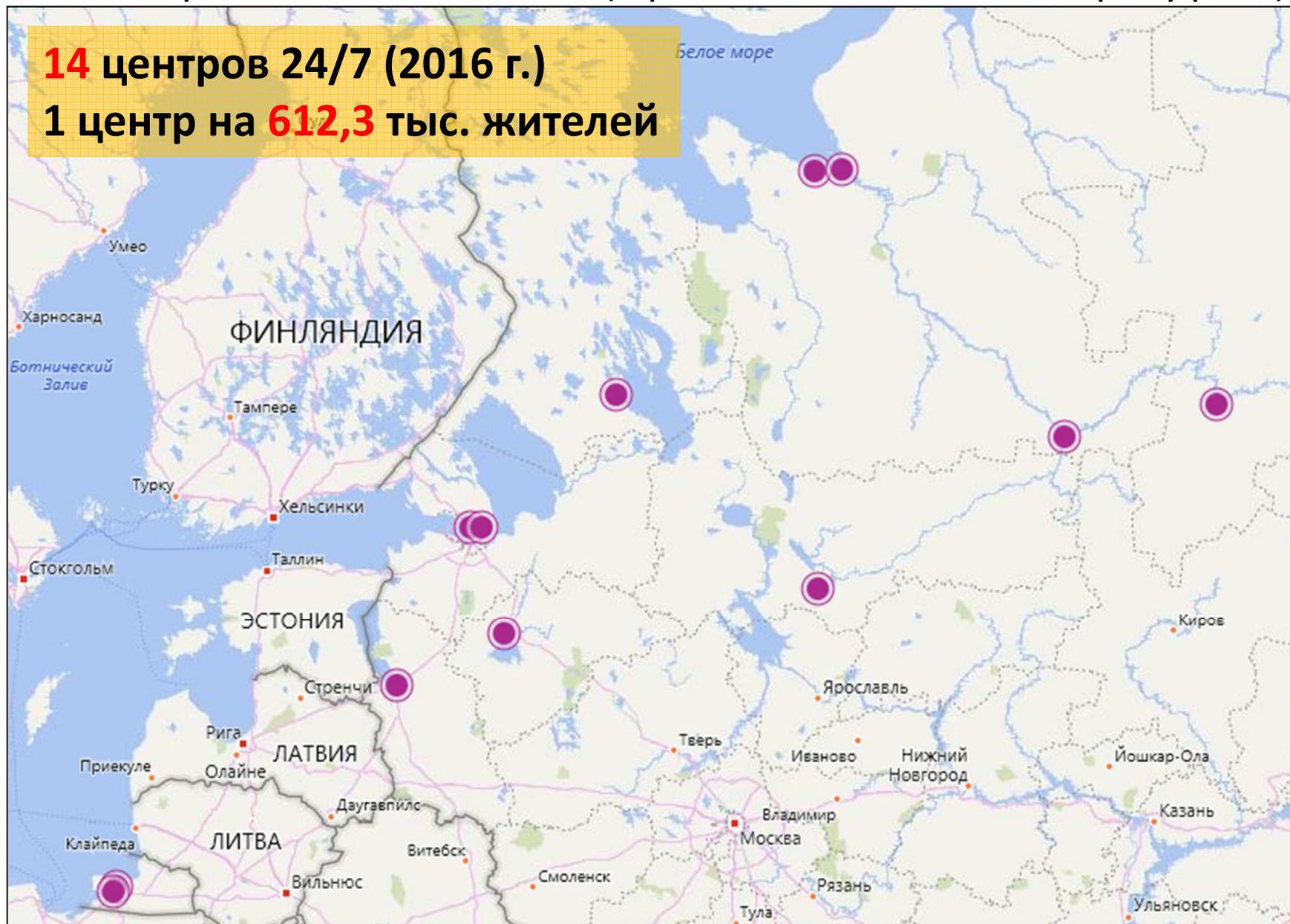
Летальность при ОКС в зависимости от методов лечения

(Регистр ALERT-CZ, Чехия, n = 6265)



Центры с возможностью выполнения экстренных ЧКВ в регионах СЗФО (кроме Санкт-Петербурга)

14 центров 24/7 (2016 г.)
1 центр на **612,3** тыс. жителей





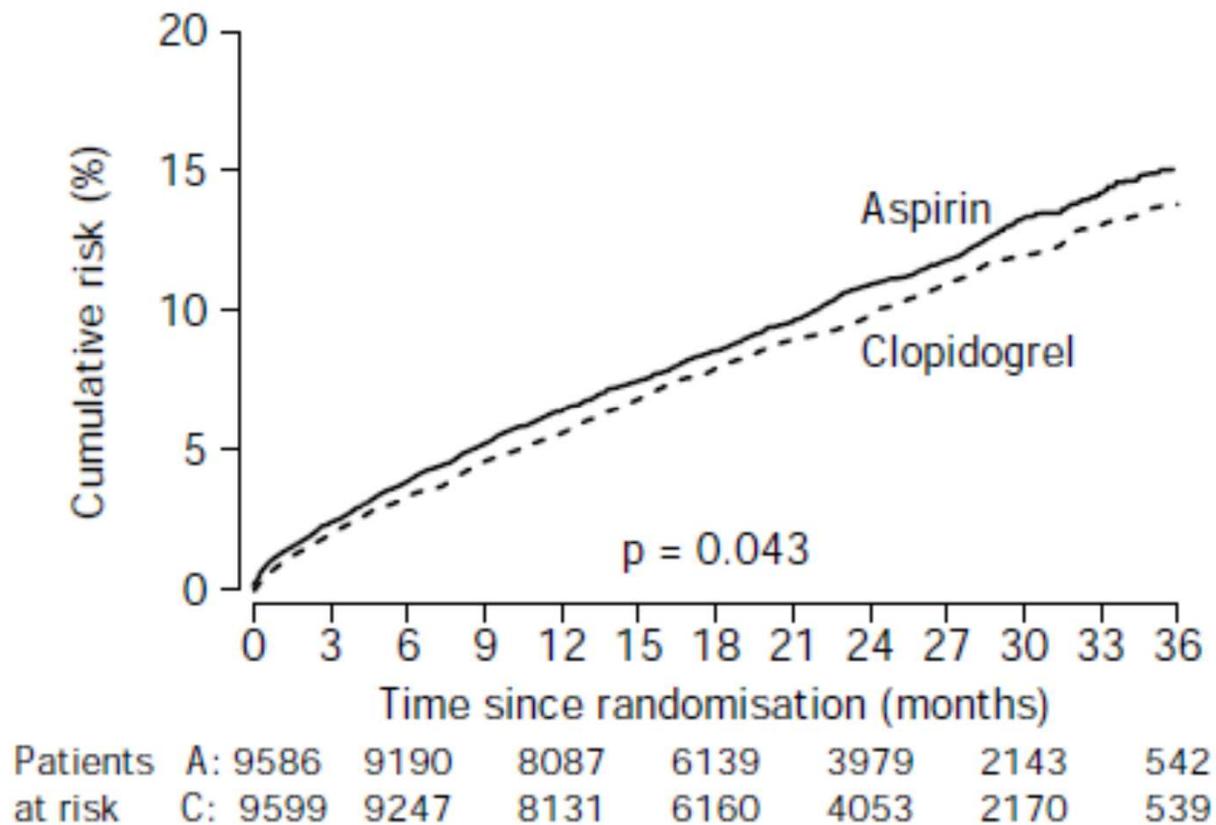
4 центра 24/7
1 центр на 291,4 тыс. жителей

Основная цель в ведении пациентов перенесших ОССЗ – профилактика ишемических и геморрагических событий, а так же формирование приверженности к необходимой терапии у пациентов

Ацетилсалициловая кислота при ОКС

- При всех видах ОКС
- При любой тактике лечения
- При отсутствии противопоказаний
- Нагрузочная доза **150 – 300** мг
- Поддерживающая доза **75 – 100** мг
- Пожизненная терапия (кроме схем тройной терапии)

Исследование CAPRIE (n=19185) клопидогрел 75 мг vs аспирин 325 мг



КЛОПИДОГРЕЛ – клинические исследования

Акроним	Показания	Эффективность	Безопасность
CURE 2001 n=12562	ОКСбпST	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 20%	Увеличение риска больших кровоотечений
CURE-PCI 2001 n=2658	ОКСбпST инвазивная стратегия	ССС/ОИМ/Реваск. снижение 30%	NS vs плацебо
CREDO 2006 n=2116	ОКС, ЧКВ+DES	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 27%	NS vs контроль
CLARITY TIMI 28 2005 n=3491	ОКСпST	ССС/ОИМ/оккл.IRA снижение 36%	NS vs плацебо
PCI-CLARITY TIMI 28 2005 n=1863	ОКСпST инвазивная стратегия	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 56%	NS vs плацебо
CLARITY AMBULANCE 2005 n=217	ОКСпST ДГТЛТ	Вторичные точки	NS vs плацебо
COMMIT-CCS 2005 n=45852	ОКСбпST	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 9%	NS vs плацебо
CURRENT-OASIS 7 2010 n=12566	ОКС 2/3 + ЧКВ 75 vs 150 mg	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 15%	Увеличение риска больших кровоотечений

«Новые» антиагрегантные препараты

Прасугрел

Акроним	Показания	Эффективность	Безопасность
TRITON-TIMI 38 2007 n=13608	ОКС + ЧКВ	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 19% vs клопидогрел	Увеличение риска больших кровотечений
TRILOGY-ACS 2012 n=9326	ОКСбпST, консервативная терапия	ССС/ОИМ/ОНМК нет достоверных различий vs клопидогрел	Увеличение риска больших+малых кровотечений

Тикагрелор

Акроним	Показания	Эффективность	Безопасность
PLATO 2008 n=18624	ОКСпST, только ЧКВ ОКСбпST	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 16% vs клопидогрел	Увеличение риска больших кровотечений
PEGASUS-TIMI 54 2015 n=21162	Перенесённый инфаркт миокарда	ССС/ОИМ/ОНМК снижение 15% vs плацебо	Увеличение риска больших кровотечений (TIMI)

Выбор антиагрегантного препарата

Клинические ситуации	Клопидогрел	Тикагрелор
ОКС с подъёмом ST, первичная ангиопластика со стентированием	<i>Ниже риск спонтанных кровотечений</i>	<i>Ниже риск неблагоприятных исходов</i>
ОКС с подъёмом ST, тромболитическая терапия	300 мг (75 мг если > 75 лет)	Применение не изучалось
ОКС с подъёмом ST, поздняя госпитализация, без реперфузии	75 мг/сут после нагрузочной дозы	Применение не изучалось
ОКС без подъёма ST, все виды лечения	<i>Ниже риск спонтанных кровотечений</i>	<i>Ниже риск неблагоприятных исходов</i>
Невозможно назначение АСК	Препарат выбора	Применение не изучалось
Сочетание с непрямыми антикоагулянтами	Возможно как с АСК, так и без	Применение не изучалось

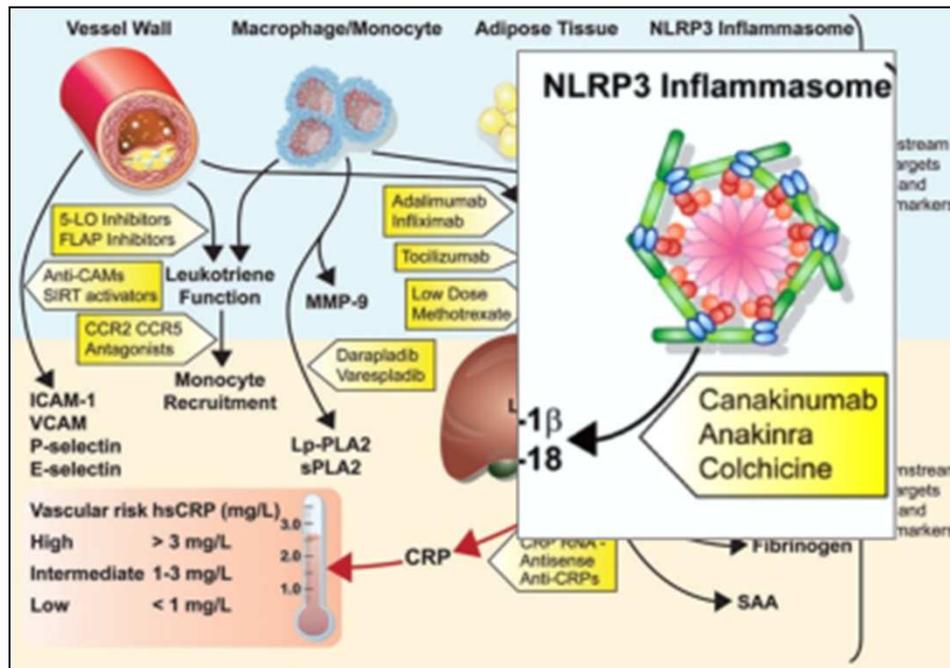
ОКС: терапия при выписке

- Аспирин
- Ингибитор P2Y₁₂ рецепторов (**12 мес.!**)
- Бета-адреноблокатор
- Ингибитор АПФ или блокатор рецепторов к ангиотензину II
- Статин, высокая доза, целевой ХС

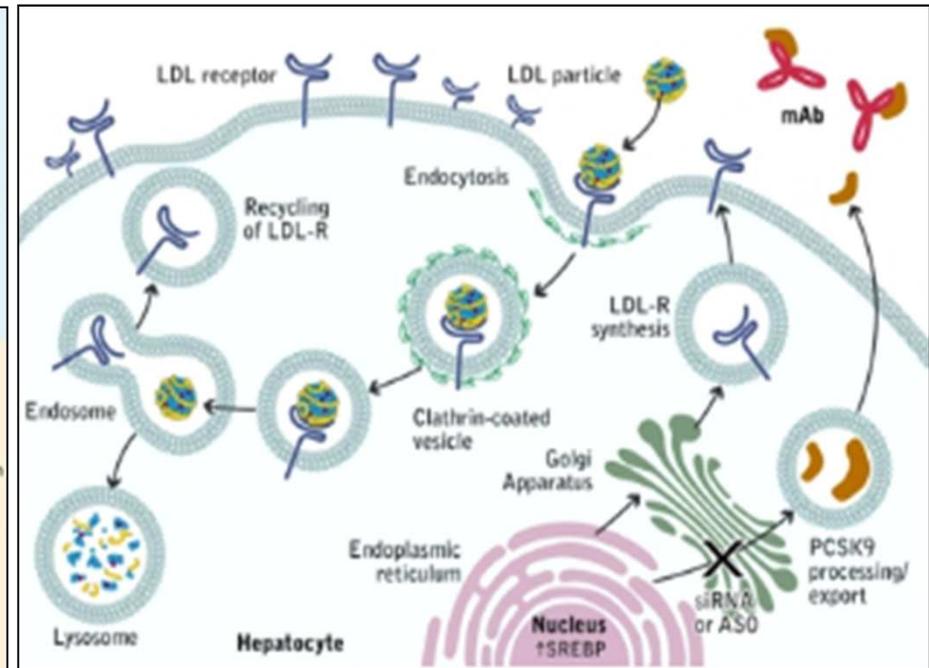
+ терапия гипертонической болезни, сердечной недостаточности, нарушений ритма, антисекреторная при высоком риске кровотечений из ЖКТ, антиангинальная при сохраняющейся стенокардии, сопутствующие заболевания...

Современные терапевтические возможности и представления о патогенезе ОКС

Агрессивное подавление системного воспаления



Агрессивное снижение уровня холестерина ЛПНП



Проблемы фармакотерапии

- *Отмена необходимого препарата*
 - ✓ Увеличение риска
 - ✓ Синдром отмены
- *Замена препарата*
 - ✓ На другой из той же группы без учёта особенностей
 - ✓ Оригинального на воспроизведенный
 - ✓ Одной формы препарата на другую
- *Назначение препарата*
 - ✓ Без учета взаимодействий, противопоказаний
 - ✓ С не доказаной эффективностью

© Коллектив авторов, 2014

Влияние на прогноз оригинального и генерического клопидогрела в зависимости от различных полиморфизмов генов

Д.Ф. МЕСИТСКАЯ, Ю.М. НИКИТИНА, О.В. ЛОМАКИН, Д.Ю. ШЕКОЧИХИН, Ф.Ю. КОПЫЛОВ

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

Резюме

Цель исследования. Анализ влияния клинических и фармакогенетических факторов на риск возникновения резистентности к оригинальному или генерическому клопидогрелу и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) в течение 12 мес наблюдения.

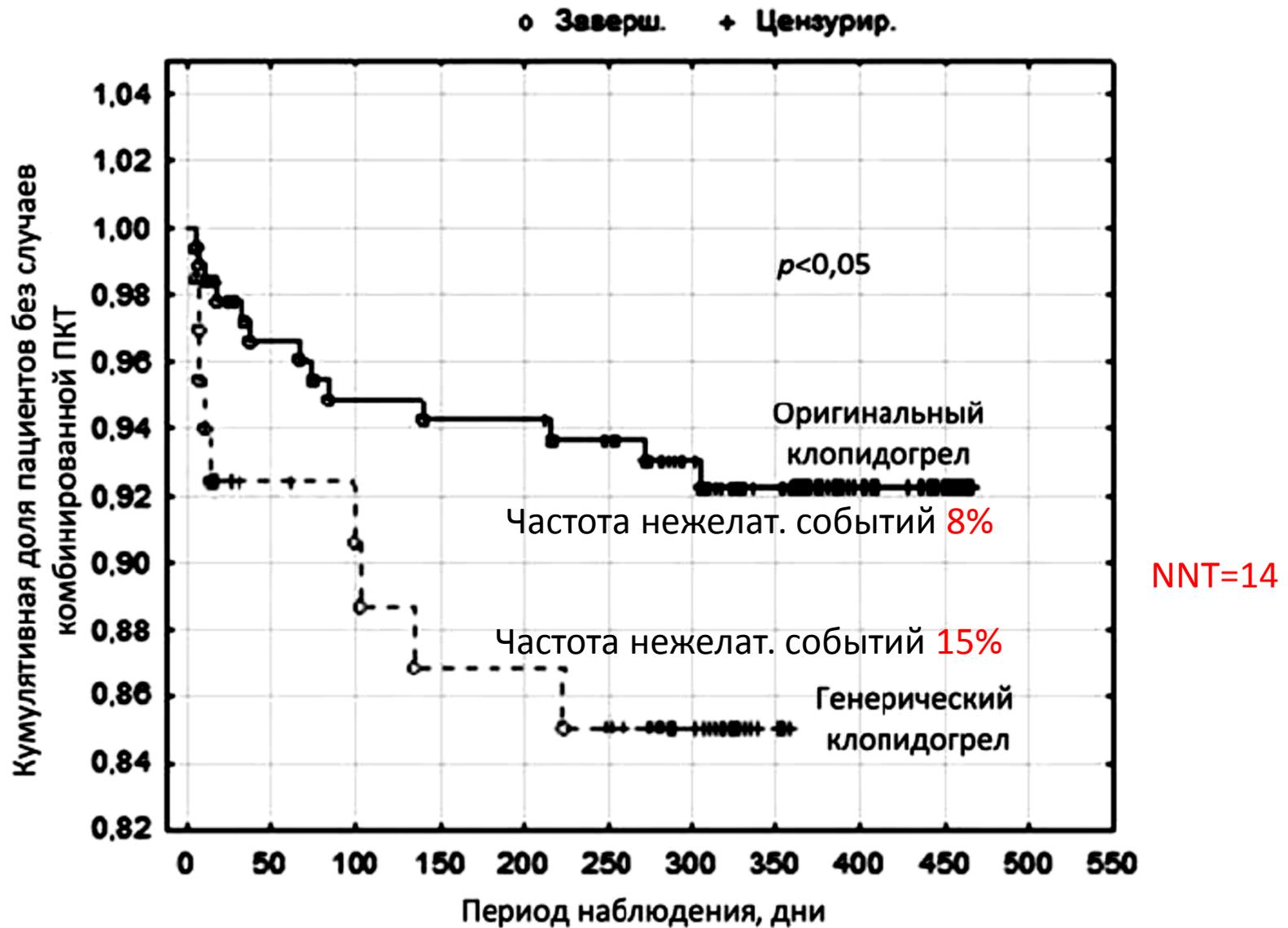
Материалы и методы. Обследовали 250 пациентов, госпитализированных в стационары Москвы с октября 2011 г. по сентябрь 2012 г. Все пациенты получали клопидогрел. Во время пребывания больных в стационаре дважды брали образцы венозной крови (до приема клопидогрела и через 7—10 дней постоянного приема). Функцию тромбоцитов определяли методом оптической агрегометрии. Снижение агрегации тромбоцитов менее чем на 10% принято за критерий резистентности. Кроме того, исследованы полиморфизмы генов *CYP2C9* и *CYP2C19*.

Результаты. Вне зависимости от приема оригинального клопидогрела или генерической его формы уровень исходной агрегации тромбоцитов и агрегации, индуцированной АДФ (АДФ-агрегации), через 7 дней не влияет на риск возникновения резистентности. При оценке АДФ-агрегации тромбоцитов у пациентов с различными полиморфизмами генов *CYP2C9* и *CYP2C19* на фоне приема оригинального либо генерического клопидогрела также не получено достоверных различий по резистентности. ССО за 12 мес наблюдения достоверно реже возникали на фоне приема оригинального клопидогрела по сравнению с генерическим.

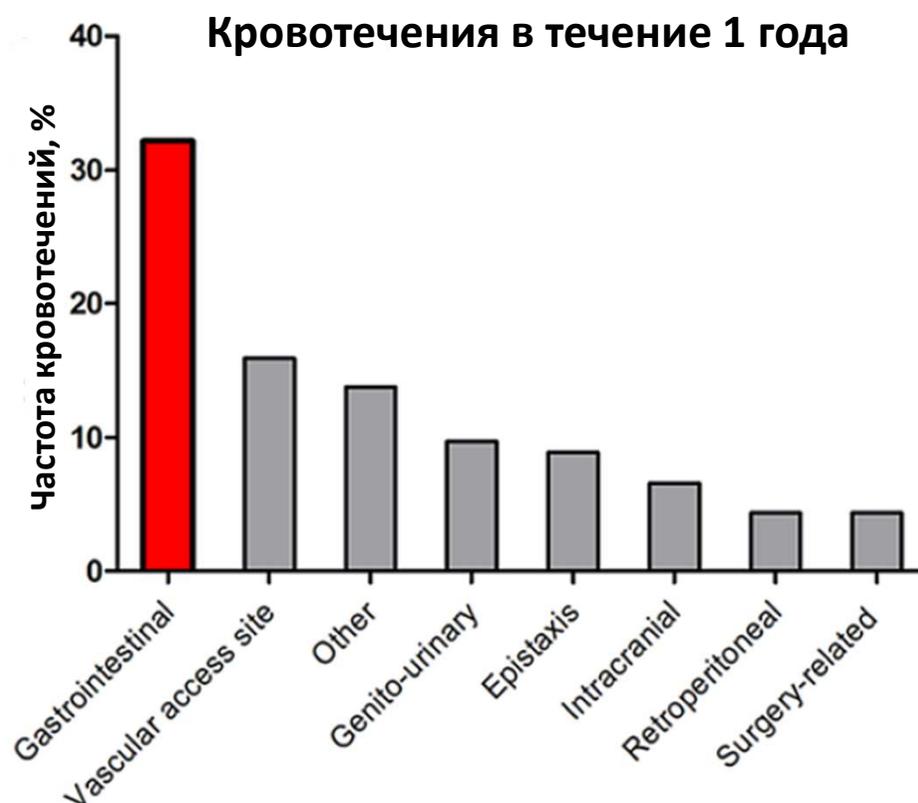
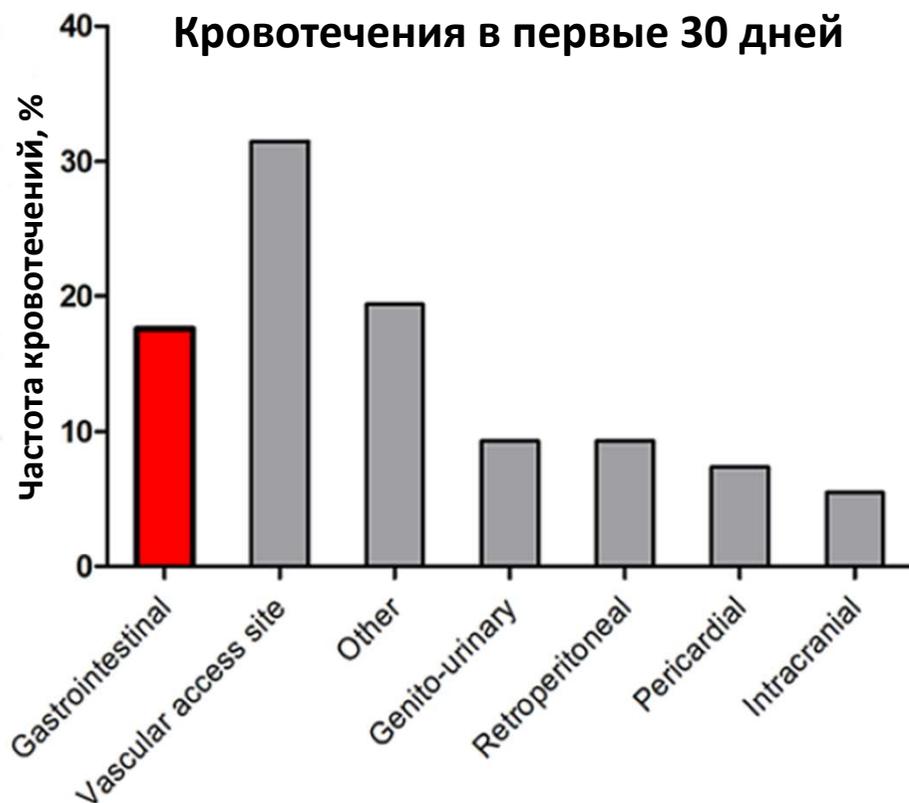
Заключение. Применение оригинального клопидогрела не влияет на риск возникновения резистентности к антитромбоцитарным препаратам, но ассоциировано с меньшей частотой развития ССО в течение года.

Сердечно-сосудистые осложнения* за 12 мес наблюдения достоверно реже возникали на фоне приема оригинального клопидогрела по сравнению с генерическим клопидогрелом

Выживаемость пациентов на фоне терапии оригинальным и генерическим клопидогрелом



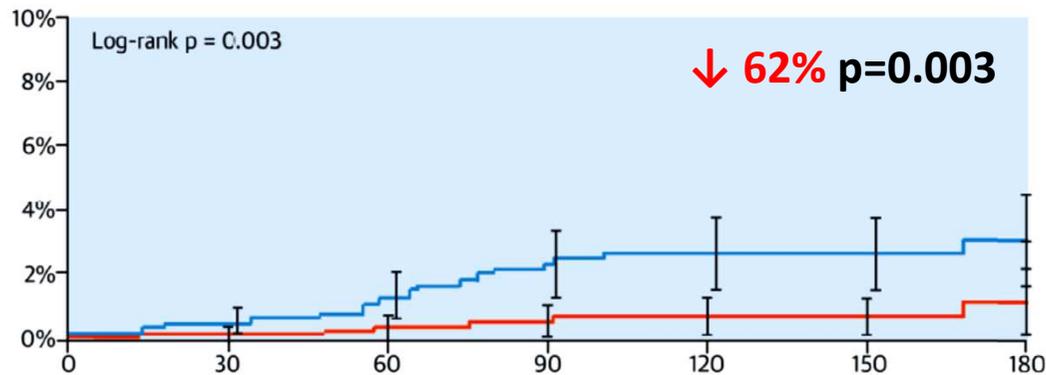
Роль кровотечений из ЖКТ у пациентов на двойной антиагрегантной терапии (Bern PCI Registry, n=6212)



Более **40%** - тяжёлые кровотечения (большие GUSTO, BARC 3B)

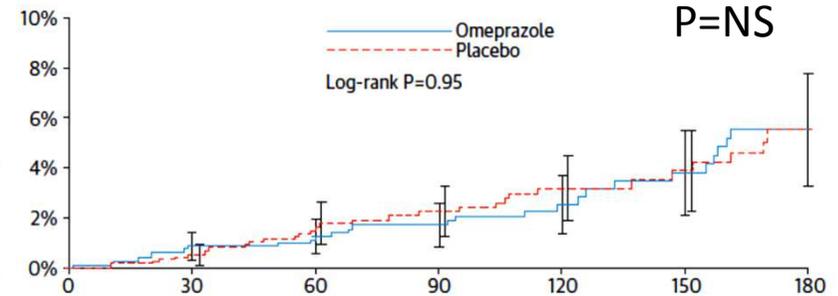
Исследование COGENT: омепразол + ДАТТ

Желудочно-кишечные кровотечения

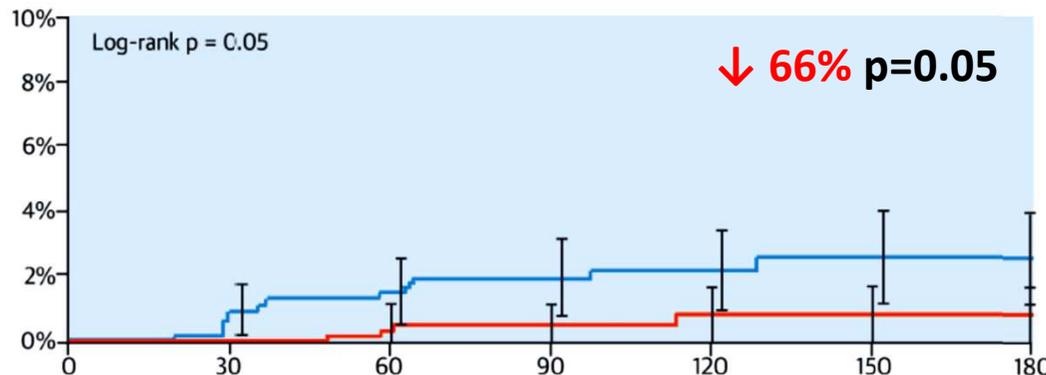


Аспирин ≤ 100 мг/сут

Сердечно-сосудистые события

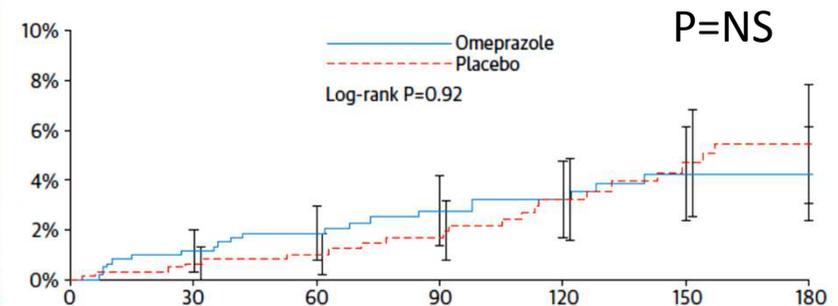


Желудочно-кишечные кровотечения



Аспирин > 100 мг/сут

Сердечно-сосудистые события



Алгоритм гастропротекции при длительной ДАТ

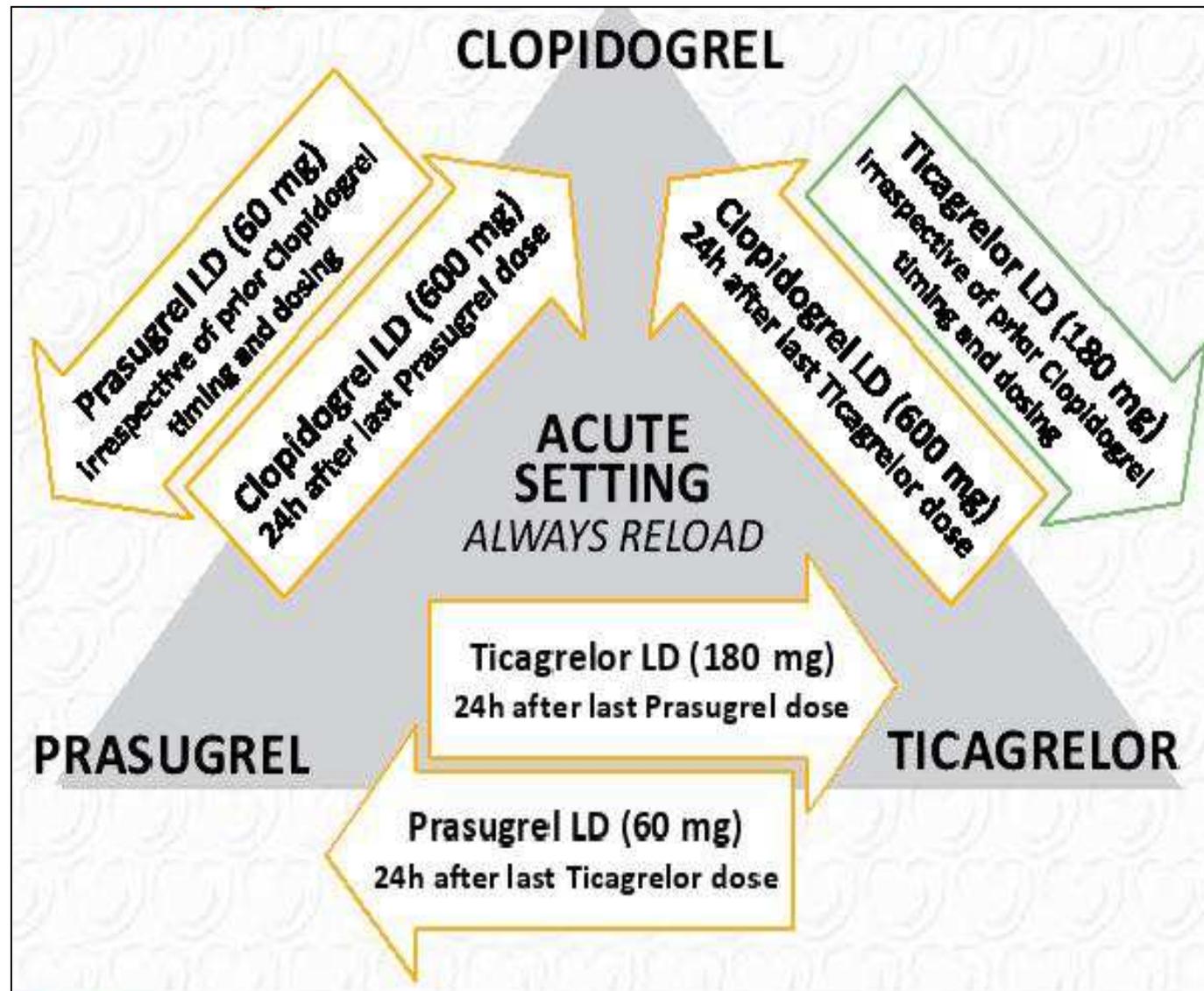


Исследование PRAGUE-18:

переход с тикагрелора и прасугрела на клопидогрел у пациентов с ОКС с подъёмом ST и первичным ЧКВ

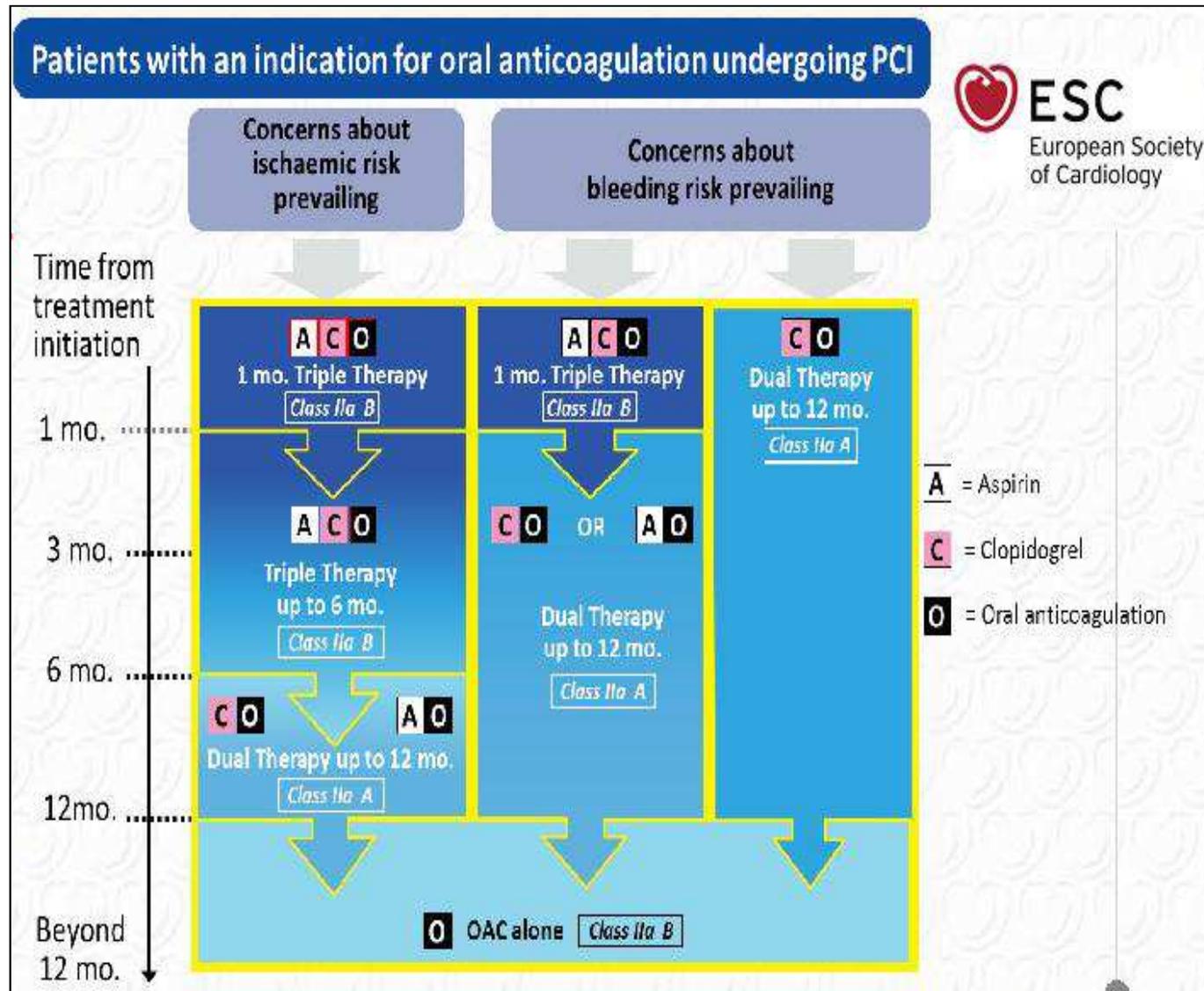
Препарат	Переход 0-6 дн.	Переход 7-30 дн.	Переход 0-30 дн.
Тикагрелор (n=596)	4,9%	31%	35,9%
Прасугрел (n=634)	4,4%	21,3%	25,7%
Тикагрелор + Прасугрел (n=1230)	4,6%	26%	30,6%

Новое в рекомендациях по ДАТТ ESC 2017: смена ингибитора P2Y₁₂



Новое в рекомендациях по ДАТТ

ESC 2017: тройная терапия



Консенсус экспертов: режимы антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП после перенесенного ЧКВ/ОКС в комбинации с антитромбоцитарной терапией

○ **Варфарин:**

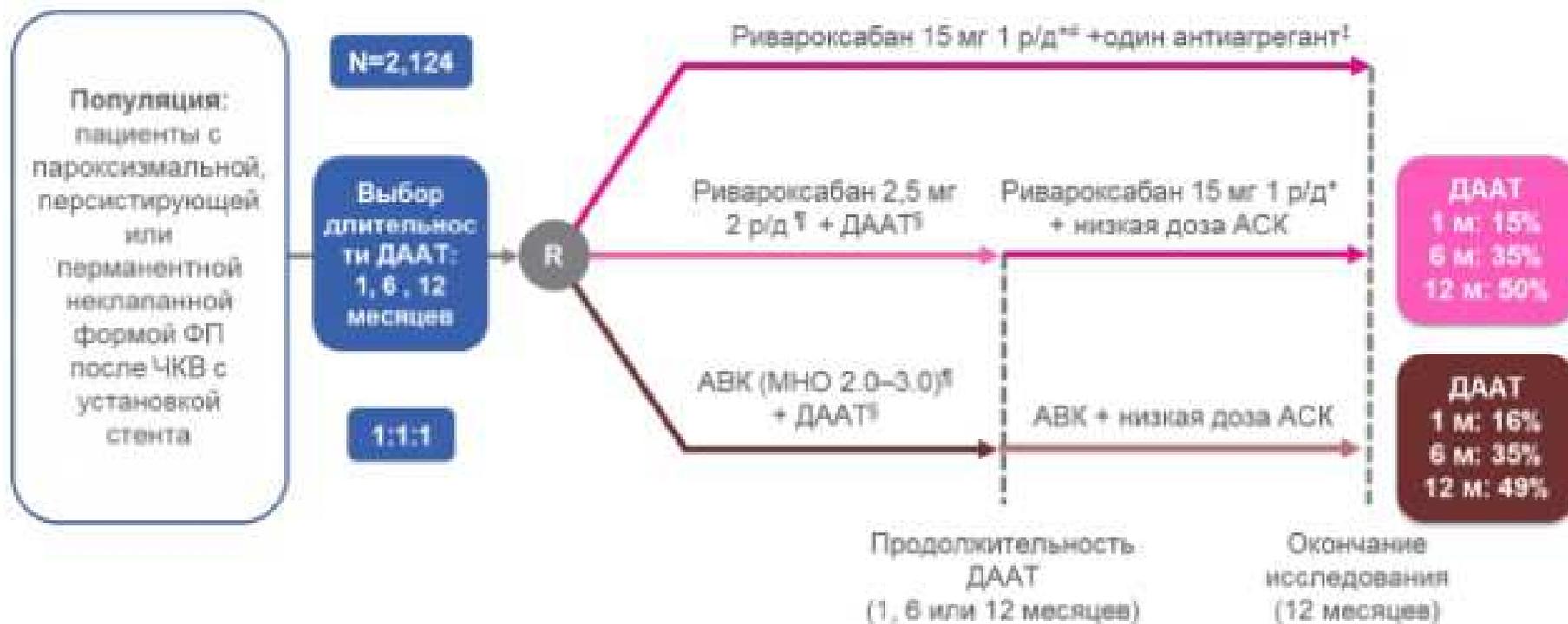
поддержание целевого МНО 2,0-2,5 с ВТД >70%

○ **Новые пероральные антикоагулянты:**

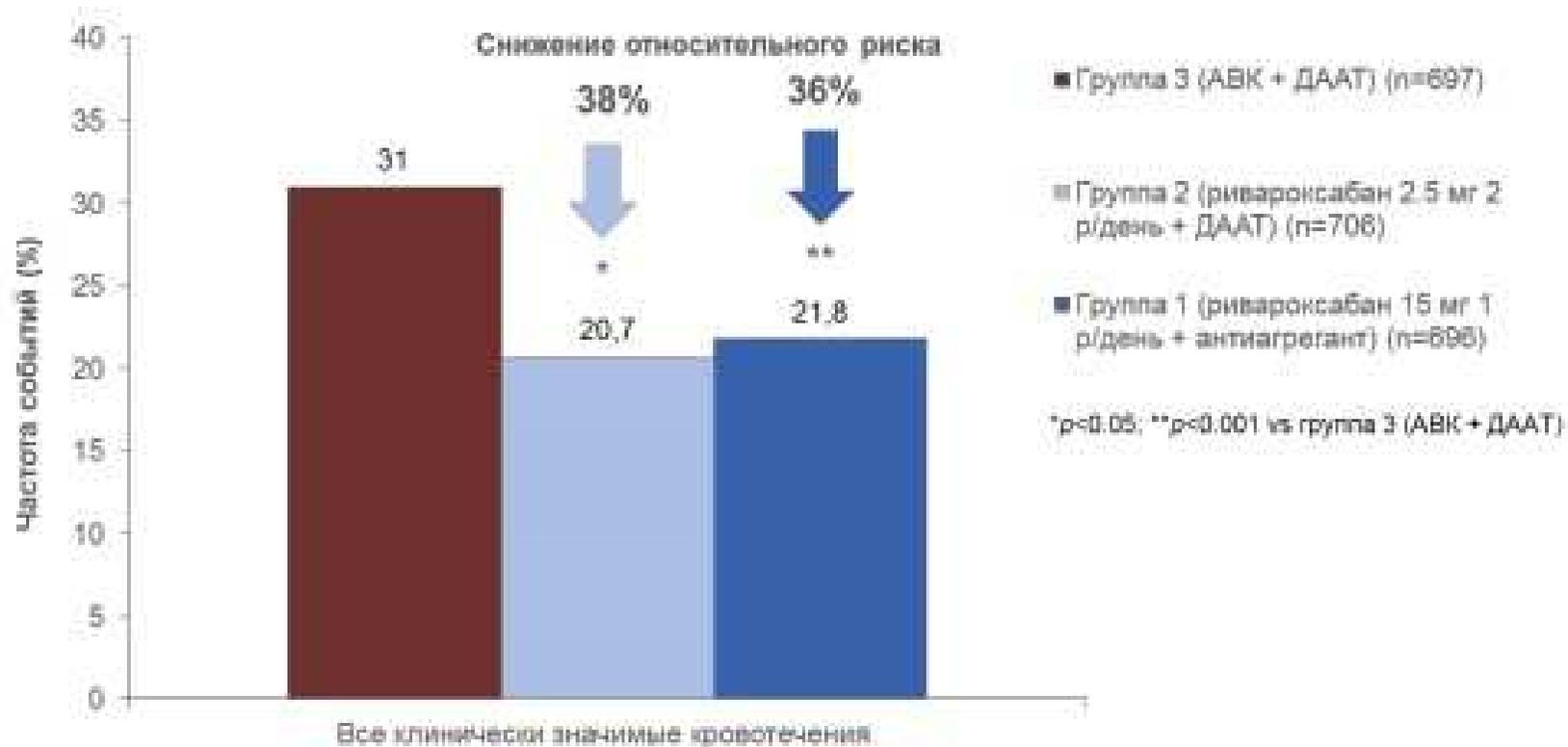
применение наименьших дозировок, зарегистрированных для профилактики инсульта у пациента с ФП:

- **дабигатрана этексилат** 110 мг 2 раза в сутки
- **ривароксабан** – 15 мг 1 раз в сутки
- **апиксабан** – 2,5 мг 2 раза в сутки

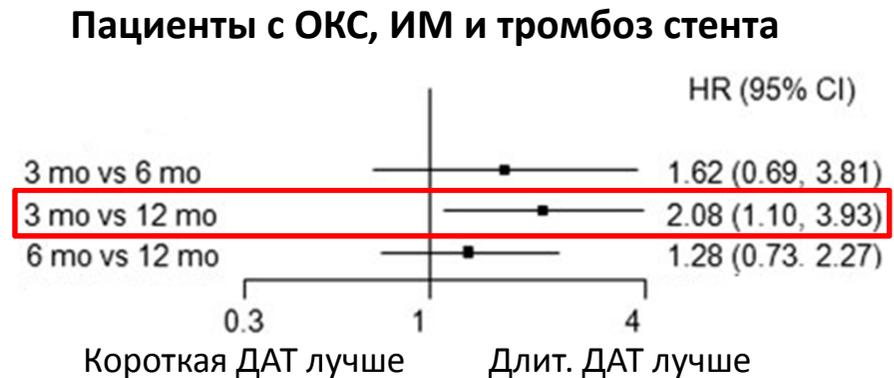
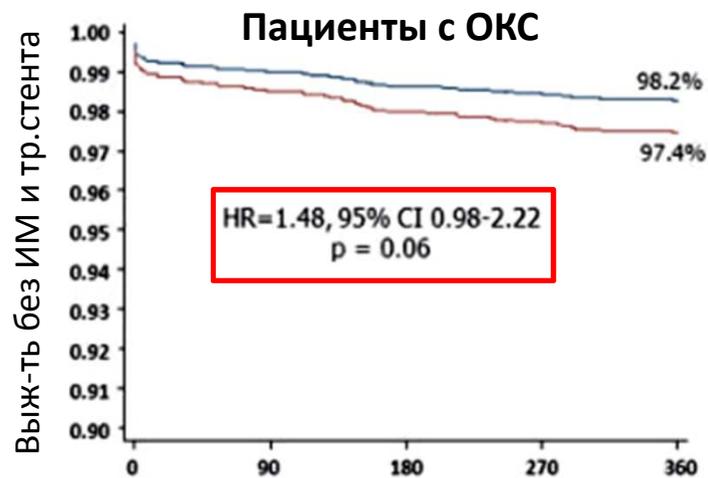
Эффективность препарата Ривароксабан в составе ДАТ PIONER 2017



Безопасность применения Ривароксабана PIONER 2017



Метаанализ исследований ДАТ ≤ 12 месяцев после ЧКВ (DES) n=11473

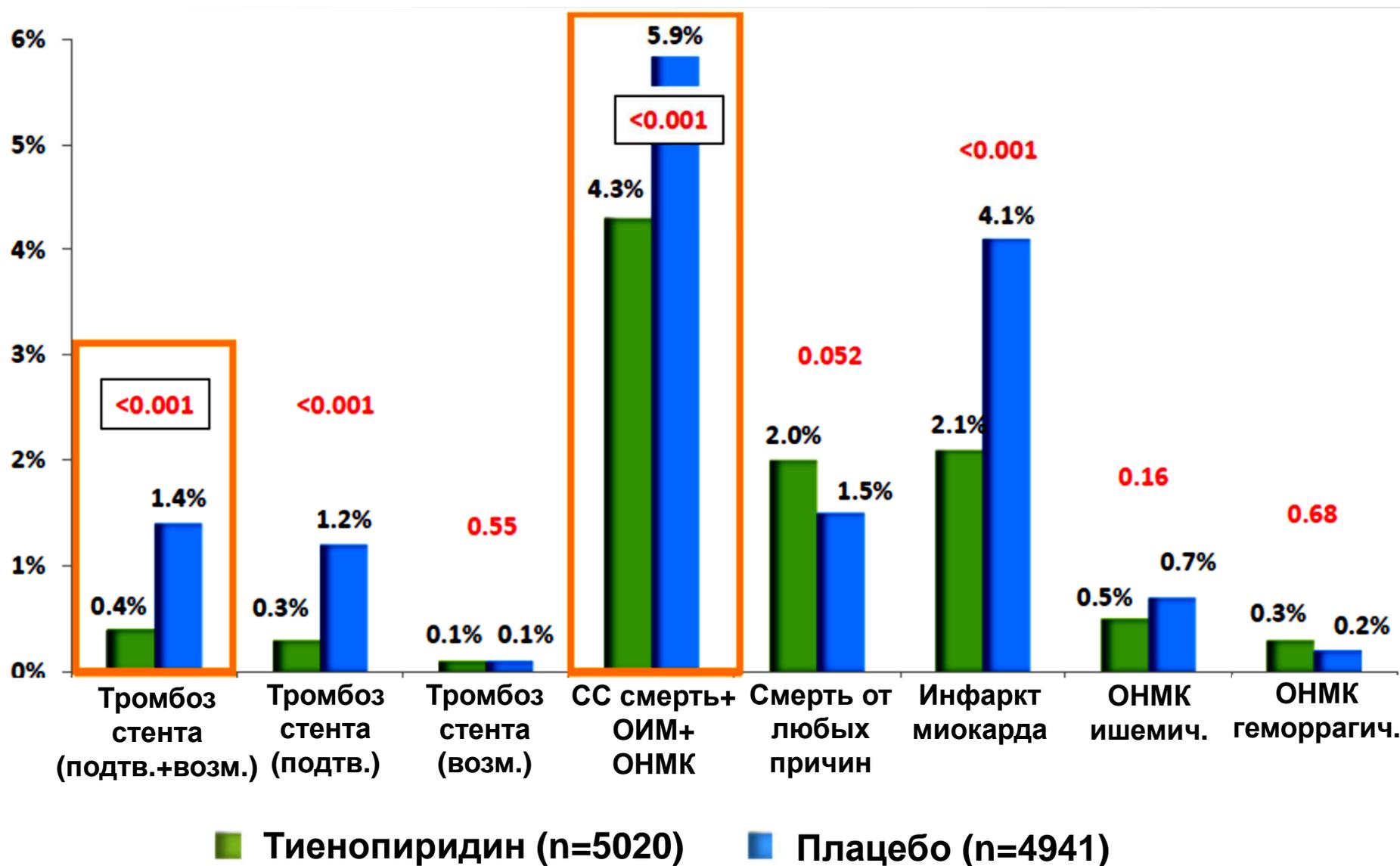


- У пациентов с ОКС ДАТ 3-6 мес. vs 12 мес. связана с трендом ($p=0.06$), а 3 vs 12 мес. с достоверным увеличением риска ИМ и тромбоза стента
- При стабильной ИБС значимых различий нет
- Сокращение ДАТ снижает риск геморрагических осложнений

Исследования ДАТ > 12 месяцев

Исследование	Популяция	Лечение	Результаты
CHARISMA 2006 n=15603	В анамнезе: у 32% ОИМ у 23% ЧКВ	АСК+клопидогрел vs АСК 28 мес	↓ ишемич.событий только в подгруппе б-ных с ОИМ в ан.
ARCTIC-interruption 2014 n=1259	ЧКВ+DES, кроме первичного ЧКВ при STEMI	ДАТ 12 мес vs 18-30 мес.; 90% клопидо- грел, 10% прасугрел	Ишем.события – NS Большие кровотеч. - NS
DAPT 2014 n=20645 (R = 11648)	ЧКВ, 43% с ОКС; 14,5% BMS	ДАТ 12 vs 30 мес (65% клопидогрел)	↓ ишемич.событий ↑ кровотечений Тренд ↑ не-СС см.
DES-LATE 2014 n=5045	Корея, ЧКВ+DES; 61% ОКС	ДАТ 12 vs 36 мес 100% клопидогрел	Ишемич. события, тромбоз стента, кровотечения NS
PEGASUS TIMI-54 2015 n=21162	ОИМ 1-3 года назад 54% STEMI, ЧКВ 83% (41% BMS, 39% DES)	АСК + тикагрелор 60/90 мг vs АСК (у 94% исходно был клопидогрел)	↓ ишемич.событий ↑ кровотечений ! Высокая частота прекращения леч.
OPTIDUAL 2016 n=1385	Франция, ЧКВ+DES, 36% ОКС	ДАТ 12 vs 48 мес 100% клопидогрел	Ишемич. события, кровотечения - NS (набор 70% б-ных)

Исследование DAPT: основные результаты



Шкала DAPT

Характеристики	Баллы
Пациент	
Возраст	
≥75	-2
65-75	-1
<65	0
Сахарный диабет 2 типа	1
Курение (сигарет)	1
ИМ и/или ЧКВ в анамнезе	1
ХСН или ФВЛЖ <30%	2
Индексное вмешательство	
ИМ при поступлении	1
ЧКВ венозного шунта	2
Диаметр стента <3 мм	1

Низкий балл по шкале DAPT (< 2)

NNT для предотвращения

ишемических событий = **153**

NNH для развития кровотечения = **64**

Высокий балл по шкале DAPT (≥ 2)

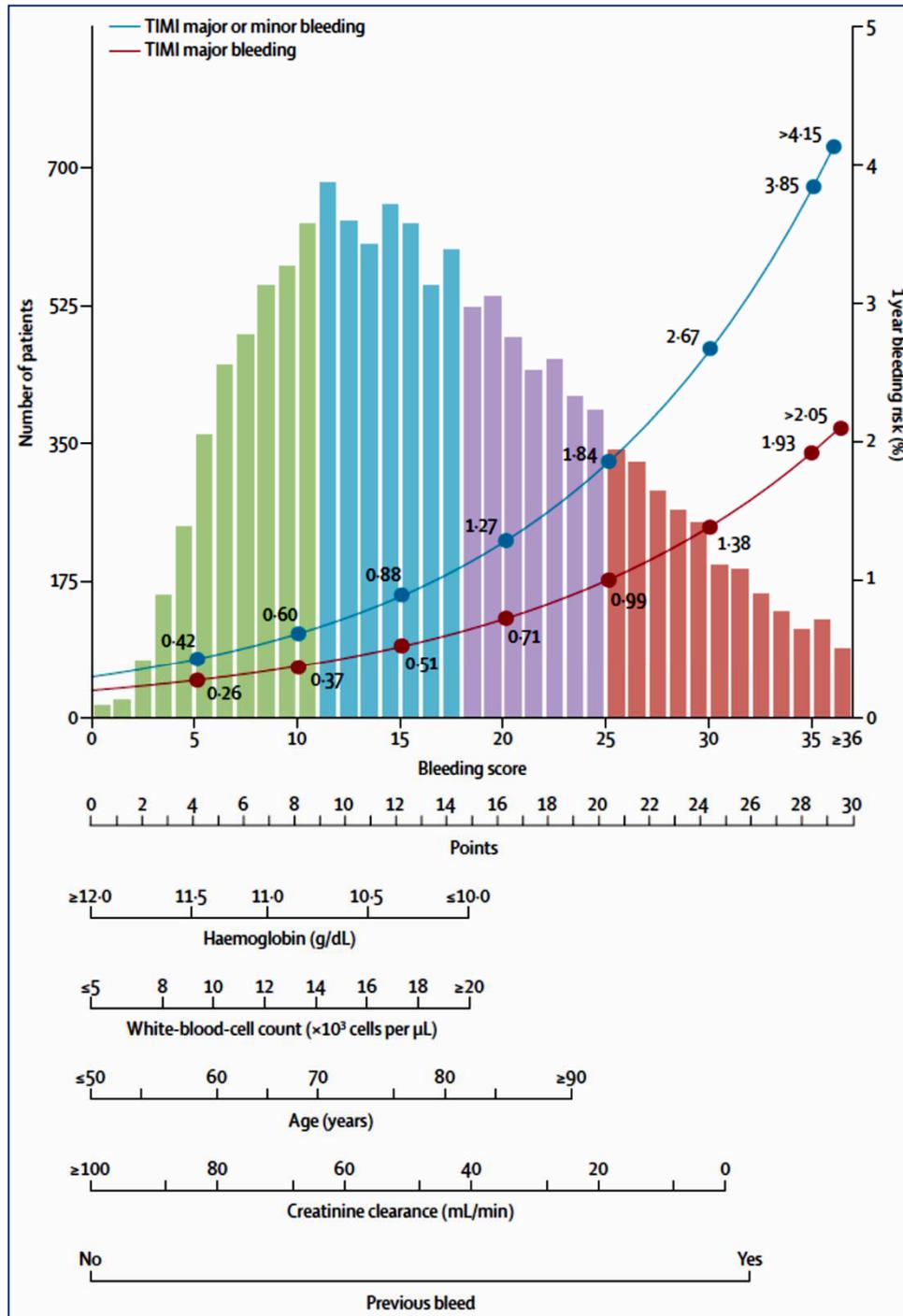
NNT для предотвращения

ишемических событий = **34**

NNH для развития кровотечения = **272**

Шкала DAPT может помочь практикующим врачам выявить пациентов, которые получают преимущества при продлении ДАТ более 12 мес.

PRECISE-DAPT



- Модель для расчёта риска кровотечений, построенная на основе наблюдения за **14 963** пациентами (преимущественно АСК и клопидогрел), валидация на когортах PLATO и BernPCI Registry
- **Возраст, клиренс креатинина, гемоглобин, лейкоциты, кровотечение в анамнезе**
- **≥ 25 баллов – высокий риск кровотечения, ДАТ > 12 месяцев нецелесообразна**

PRECISE-DAPT: онлайн-калькулятор



Haemoglobin ? unit
 g/dl mmol/L

Age (years)

White blood cells ? unit
 u/mL 10⁹/L

Creatinine Clearance (mL/min) ?

Prior Bleeding ?

CALCULATE

PRECISE DAPT score	TIMI Major Bleeding (%)	TIMI Major or Minor Bleeding (%)
0	0.0	0.0
5	0.1	0.2
10	0.2	0.4
15	0.3	0.6
20	0.5	0.9
25	0.8	1.3
30	1.2	1.8
35	1.8	2.5

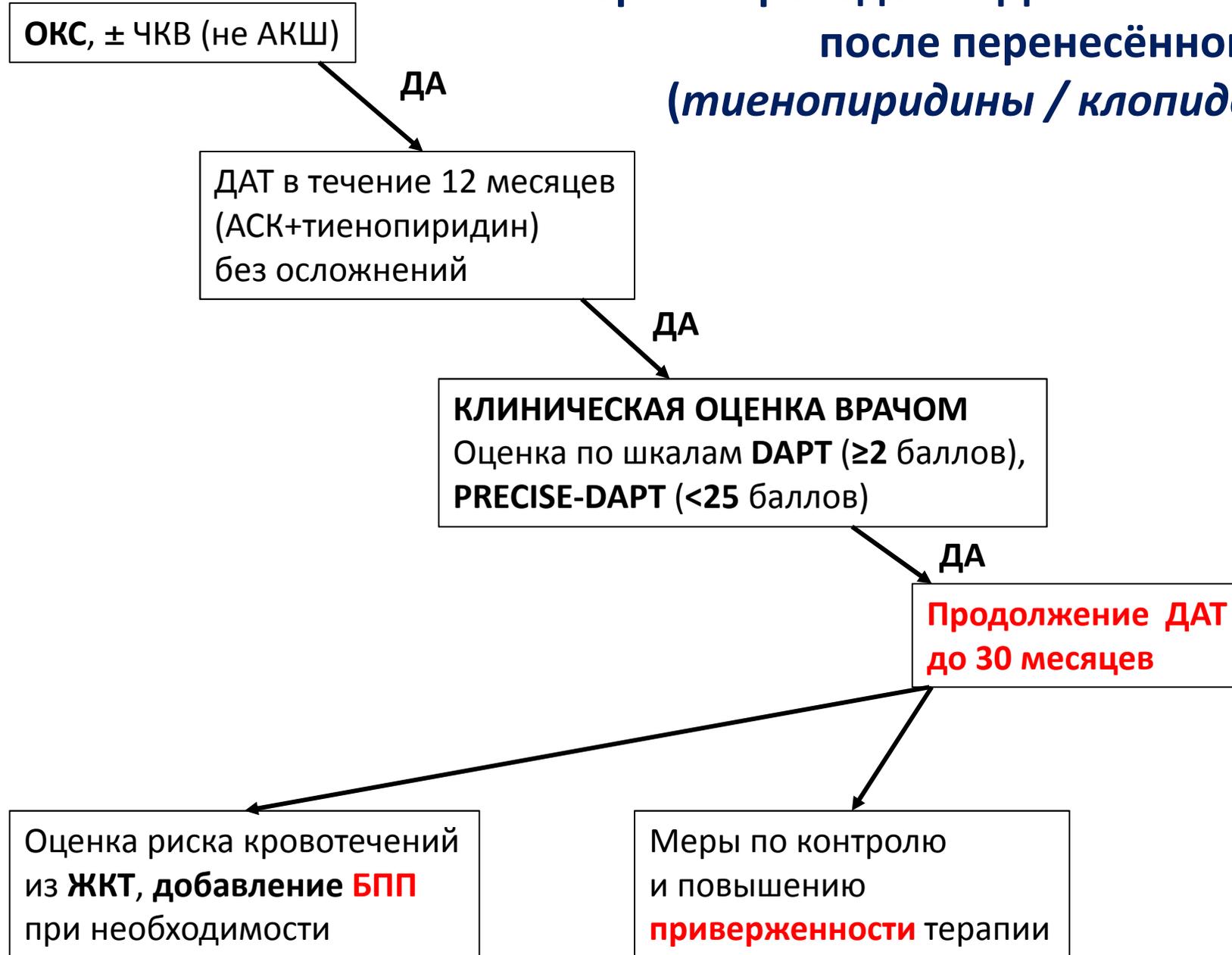
RESULT:
Cluster of risk:

Score Calculated

12 months risk of TIMI
major or minor
Bleeding

12 months risk of TIMI
Major Bleeding

Алгоритм проведения ДАТ > 12 месяцев после перенесённого ОКС (тиенопиридины / клопидогрел)



Напоминания о приеме лекарств: мобильные приложения

The image displays three screenshots of mobile applications designed for medication management.

Left Screenshot: A monthly calendar for March 2013. The header reads "Вид месяца покажет, насколько регулярно вы выполняете свой график приема препаратов." (The month view will show how regularly you follow your medication schedule). The calendar shows various pill icons for each day. A summary at the bottom states: "Отличный результат! Многое выполнено из запланированного!" (Excellent result! Much of the planned is completed!). It shows 45 completed doses and 5 missed doses.

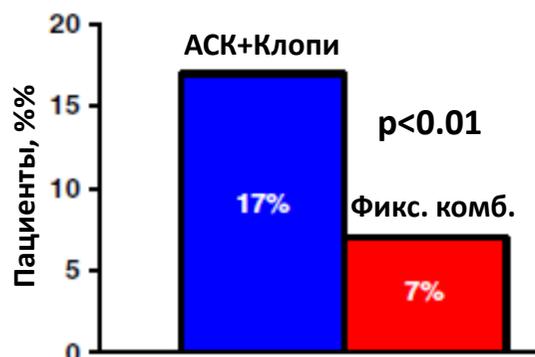
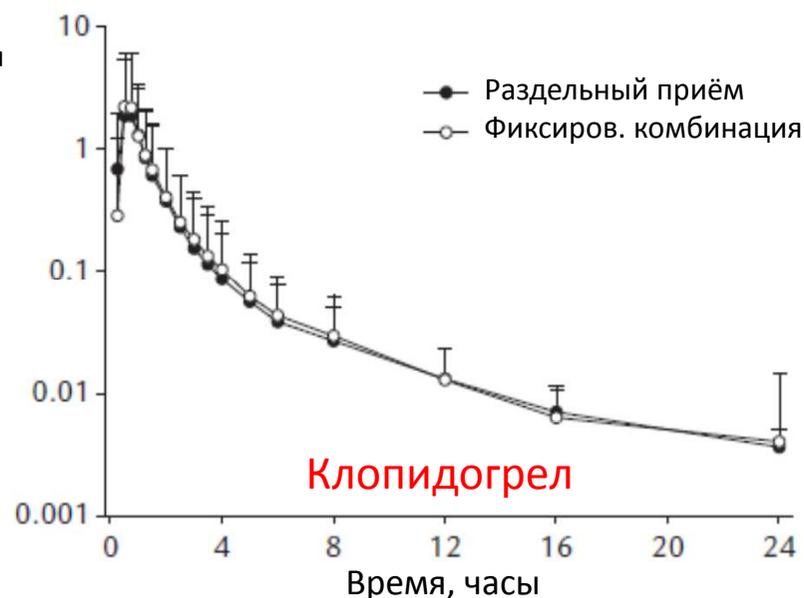
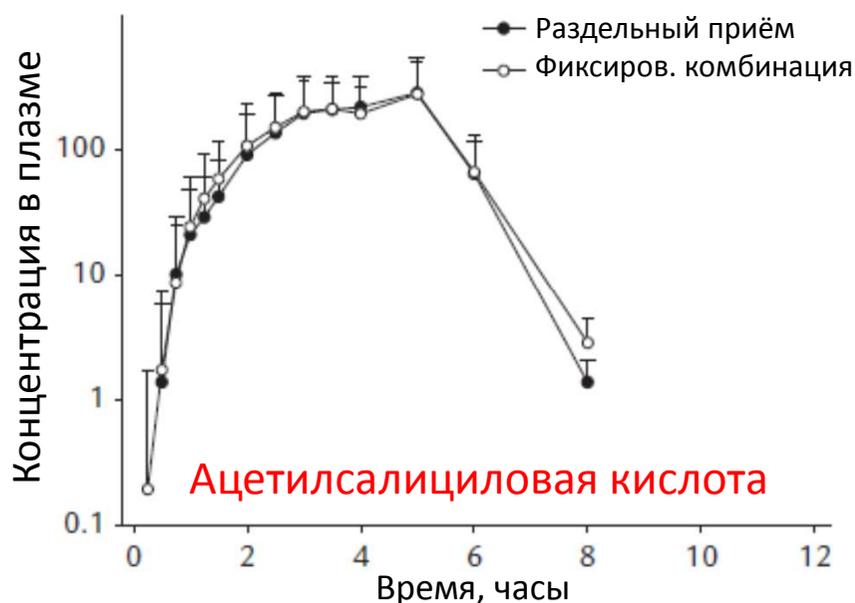
Day	Medication
24	Yellow pill
25	Green pill
26	Red pill
27	Green pill
28	Yellow pill
1	Red pill
2	Red pill
3	Red pill
4	Green pill
5	Green pill
6	Green pill
7	Green pill
8	Red pill
9	Red pill
10	Red pill
11	Green pill
12	Yellow pill
13	Green pill
14	Blue pill
15	Red pill
16	Red pill
17	Red pill
18	Red pill
19	Red pill
20	Red pill
21	Red pill
22	Red pill
23	Red pill
24	Red pill
25	Red pill
26	Red pill
27	Red pill
28	Red pill
29	Red pill
30	Red pill
31	Red pill

Middle Screenshot: A circular medication schedule interface for a user named "Dan". The circle is divided into four quadrants, each containing different colored pill icons. The interface includes a "Утро" (Morning) section with a sun icon and a "День" (Day) section with a sun icon. A red "+" button is visible at the bottom right.

Right Screenshot: A medication reminder screen for "Plavix (Clopidogrel)". It features an image of a pill bottle with a red cross. The text includes: "Plavix (Clopidogrel)", "20/05/2015 11:18", "Description: STEMI & PCI", and "Dosage: 1 pill". Three reminder buttons are shown: "REMIND ME IN 10 MINUTES", "REMIND ME IN 20 MINUTES", and "REMIND ME IN 30 MINUTES".

Фиксированная комбинация антиагрегантов vs отдельный приём

- Клопидогрел 75 мг и АСК 100 мг vs
фиксированная комбинация в одной таблетке



Пациенты с ОКС+ЧКВ, n=380

Оценка агрегации тромбоцитов, индуцированной арахидоновой кислотой

Доля пациентов (%) с агрегацией >30% через 30 дней

Снижение выявления некомплаентности на 68% при использовании фиксированной комбинации

Факторы успеха в лечении ОКС

- Раннее обращение за помощью
- Эффективная догоспитальная помощь и правильный выбор стратегии лечения в рамках налаженной работы региональной сети
- Адекватная терапия, особенно антитромботическая
- Доступность ЧКВ, АКШ, современных методов лечения осложнений,
- Раннее начало и достаточная продолжительность мер по реабилитации и вторичной профилактике
- Приверженность пациента к лечению