

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**1. НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА**

Эгитромб, 75 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой

2. КАЧЕСТВЕННЫЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ

Действующее вещество: клопидогрел

Каждая таблетка содержит 75 мг клопидогрела (в виде гидросульфата).

Вспомогательные вещества, наличие которых надо учитывать в составе лекарственного препарата: масло касторовое (см. раздел 4.4).

Полный перечень вспомогательных веществ приведен в разделе 6.1.

3. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой.

Белые или почти белые круглые двояковыпуклые таблетки, покрытые пленочной оболочкой, с гравировкой «E 181» на одной стороне таблетки, без или почти без запаха.

4. КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ**4.1. Показания к применению**

Препарат показан к применению у взрослых.

Вторичная профилактика атеротромботических осложнений:

- У взрослых пациентов после недавно перенесенного инфаркта миокарда ((ИМ), с давностью от нескольких дней до 35 дней), недавно перенесенного ишемического инсульта ((ИИ), с давностью от 7 дней до 6 месяцев) или при диагностированном заболевании периферических артерий (ЗПА).
- У взрослых пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС):
 - ОКС без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия или ИМ без зубца Q), включая пациентов, которые должны получать медикаментозное лечение, и пациентов, которым показано чрескожное коронарное вмешательство ((ЧКВ), со стентированием или без стентирования) или аортокоронарное шунтирование (АКШ).
 - острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST, в комбинации с ацетилсалициловой кислотой (АСК) у пациентов, перенесших ЧКВ, или у пациентов, получающих медикаментозное лечение, в том числе тромболитическую/фибринолитическую терапию.

Профилактика атеротромботических и тромбоэмболических осложнений у взрослых пациентов с фибрилляцией предсердий (мерцательной аритмией (МА)).

- У взрослых пациентов с фибрилляцией предсердий (МА), имеющим хотя бы один фактор риска развития сосудистых осложнений, которые не могут принимать антагонисты витамина К (АВК) и имеют низкий риск кровотечений, клопидогрел в сочетании с ацетилсалициловой кислотой (АСК) показан для профилактики атеротромботических и тромбоэмболических событий, включая инсульт.

У взрослых пациентов с транзиторной ишемической атакой (ТИА) среднего или высокого риска или с малым ишемическим инсультом (ИИ) (в комбинации с АСК)

Клопидогрел в комбинации с АСК показан:

- взрослым пациентам с ТИА среднего или высокого риска (оценка по шкале ABCD2* ≥ 4) или с малым ИИ (NIHSS** ≤ 3) в течение 24 часов после события ТИА или ИИ.

* Шкала для оценки риска раннего инсульта после ТИА, базируется на следующих параметрах: возраст, артериальное давление (АД), клинические симптомы, продолжительность ТИА и сахарный диабет.

** Шкала инсульта национальной институтом здоровья.

4.2. Режим дозирования и способ применения

Режим дозирования

Недавно перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), недавно перенесенный инсульт и диагностированное окклюзионное заболевание периферических артерий (ЗПА)

Рекомендуемая доза - 75 мг 1 раз в сутки.

- *Острый коронарный синдром (ОКС) без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия, ИМ без зубца Q)*

Лечение клопидогрелом следует начинать с однократного приема нагрузочной дозы 300 мг или 600 мг. Нагрузочную дозу 600 мг можно назначать пациентам в возрасте менее 75 лет, когда планируется проведение ЧКВ (см. раздел 4.4). Лечение клопидогрелом следует продолжить в дозировке 75 мг 1 раз в сутки совместно с АСК в дозе 75–325 мг. Поскольку более высокие дозы АСК были связаны с более высоким риском кровотечения, рекомендуется, чтобы доза АСК не превышала 100 мг. Оптимальная продолжительность лечения официально не установлена. Данные клинических исследований подтверждают возможность продолжительности лечения до 12 месяцев; максимальная эффективность терапии наблюдалась через 3 месяца лечения.

- *Острый инфаркт миокарда (ОИМ) с подъемом сегмента ST*

У пациентов, получающих медикаментозное лечение, включая тромболитическую/фибринолитическую терапию, клопидогрел назначают в дозе 75 мг 1

раз в сутки с или без нагрузочной дозы 300 мг в комбинации с АСК, а также с с тромболитическими препаратами или без них. . У пациентов старше 75 лет лечение клопидогрелом должно начинаться без приема его нагрузочной дозы. Комбинированную терапию следует начинать как можно раньше после появления симптомов и продолжать не менее четырех недель. Преимущество сочетания клопидогрела с АСК за пределами четырехнедельного срока в этих условиях не изучено (см. раздел 5.1).

- *При показаниях к ЧКВ:*

- Клопидогрел следует начинать принимать с нагрузочной дозы 600 мг у пациентов, которым проводится первичное ЧКВ, и у пациентов, которым ЧКВ проводится более чем через 24 часа после получения фибринолитической терапии. - Нагрузочную дозу клопидогрела 300 мг следует назначать пациентам, проходящим ЧКВ в течение 24 часов после получения фибринолитической терапии.

- Лечение клопидогрелом следует продолжать в дозе 75 мг 1 раз в сутки в комбинации с АСК. В клинической практике поддерживающая доза АСК составляет 75–325 мг в сутки. Поскольку более высокие дозы АСК были связаны с более высоким риском кровотечения, рекомендуется, чтобы доза АСК не превышала 100 мг. Комбинированную терапию следует начинать по возможности сразу после появления симптомов и продолжать в течение не более 12 месяцев (см. раздел 5.1). *Фибрилляция предсердий*

Клопидогрел следует принимать в суточной дозе 75 мг.

В комбинации с клопидогрелом необходимо принимать АСК в дозе 75–100 мг ежедневно (см. раздел 5.1).

- *Взрослые пациенты с транзиторной ишемической атакой (ТИА) среднего или высокого риска или с малым ишемическим инсультом (ИИ)*

Взрослым пациентам с ТИА среднего или высокого риска (оценка по шкале ABCD2* ≥ 4) или с малым ИИ (NIHSS** ≤ 3) назначают нагрузочную дозу клопидогрела 300 мг, после которой назначают клопидогрел в дозе 75 мг 1 раз в сутки и АСК (75-100 мг 1 раз в сутки). Терапию клопидогрелом и АСК следует начинать в течение 24 часов после события и продолжать в течение 21 дня, после чего назначают терапию одним антиагрегантным препаратом.

Фармакогенетика (пациенты с генетически обусловленной сниженной активностью изофермента CYP2C19)

Низкая активность изофермента CYP2C19 связана с уменьшением антиагрегантного действия клопидогрела. Режим применения более высоких доз (600 мг — нагрузочная доза, затем — 150 мг 1 раз в сутки ежедневно) у пациентов с низкой активностью изофермента

CYP2C19 уменьшает антиагрегантное воздействие клопидогрела (см. раздел 5.2, подраздел *Фармакогенетика*). У пациентов с низкой активностью изофермента CYP2C19 можно рассмотреть вопрос о применении более высоких доз клопидогрела. Точный режим дозирования для данной популяции пациентов в клинических исследованиях, учитывающих клинические исходы, не установлен.

Пропуск дозы

Если пропущен прием препарата в течение:

- *менее 12 часов* после запланированного времени: пациенты должны принять дозу немедленно, а затем принять следующую дозу в обычное запланированное время;
- *более 12 часов* после запланированного времени: пациенты должны принять следующую дозу в обычное запланированное время и не должны удваивать дозу.

Особые группы пациентов

- *Лица пожилого возраста*

Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия или инфаркт миокарда без зубца Q):

Пациентам в возрасте старше 75 лет не рекомендуется назначать нагрузочные дозы клопидогрела 600 мг из-за повышенного риска развития кровотечения (см. раздел 4.4).

Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST

Пациенты, получающие медикаментозное лечение, которым показана тромболитическая/фибринолитическая терапия: применение клопидогрела у пациентов старше 75 лет следует начинать без нагрузочной дозы.

- *Пациенты с почечной недостаточностью*

Коррекция дозы не требуется. (см. раздел 4.4).

- *Пациенты с печеночной недостаточностью*

Коррекция дозы не требуется. (см. раздел 4.4).

- *Дети*

Безопасность и эффективность применения препарата у детей в возрасте до 18 лет не установлены.

Способ применения

Внутри, независимо от приема пищи.

4.3. Противопоказания

- Гиперчувствительность к клопидогрелу или любому из вспомогательных веществ препарата, перечисленных в разделе 6.1.;
- Тяжелая печеночная недостаточность;

- Острое кровотечение, например кровотечение из пептической язвы или внутричерепное кровоизлияние;
- Беременность и период грудного вскармливания (см. раздел 4.6).

4.4. Особые указания и меры предосторожности при применении

С осторожностью

- При умеренной печеночной недостаточности, при которой возможна предрасположенность к кровотечению (ограниченный клинический опыт применения);
- При почечной недостаточности (ограниченный клинический опыт применения);
- При заболеваниях, при которых имеется предрасположенность к развитию кровотечений (в частности, желудочно-кишечных или внутриглазных), и особенно при одновременном применении лекарственных средств (ЛС), которые могут вызвать повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта ((ЖКТ), таких как АСК и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);
- У пациентов, у которых имеется повышенный риск развития кровотечения: из-за травмы, хирургического вмешательства или других патологических состояний, а также у пациентов, получающих лечение АСК, гепарином, варфарином, ингибиторами гликопротеина IIb/IIIa, НПВП, в том числе селективными ингибиторами циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2), а также другими ЛС, применение которых связано с риском развития кровотечений, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) (см. раздел 4.5);
- При одновременном применении с ЛС, являющимися субстратами изофермента CYP2C8 (репаглинид, паклитаксел) (см. раздел 4.5);
- У пациентов с низкой активностью изофермента CYP2C19 (см. разделы 4.2, 4.5 и 5.2 подраздел Фармакогенетика);
- При указаниях в анамнезе на аллергические и гематологические реакции на другие тиенопиридины (такие как тиклопидин, прасутрел) (возможность перекрестных аллергических и гематологических реакций, см. раздел 4.4);
- При недавно перенесенном преходящем нарушении мозгового кровообращения или ИИ (при сочетании с АСК, см. раздел 4.4).

Особые указания

Кровотечения и гематологические нарушения

В связи с риском развития кровотечения и нежелательных явлений со стороны крови (см. раздел 4.8), в случае появления в ходе лечения клинических симптомов, подозрительных на возникновение кровотечения, следует срочно сделать общий клинический анализ крови,

определить активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), количество тромбоцитов, показатели функциональной активности тромбоцитов и провести другие необходимые исследования.

Клопидогрел, как и другие антитромбоцитарные ЛС, следует применять с осторожностью у пациентов, имеющих повышенный риск развития кровотечения, связанный с травмами, хирургическими вмешательствами или другими патологическими состояниями, а также у пациентов, принимающих АСК, НПВП (в том числе ингибиторы ЦОГ-2), гепарин, блокаторы гликопротеина IIb/IIIa, СИОЗС и мощные индукторы изофермента CYP2C19.

В связи с повышенным риском кровотечения тройная антитромбоцитарная терапия (клопидогрел+АСК+дипиридамо́л), применяемая для вторичной профилактики инсульта, не рекомендуется пациентам с острым некардиоэмболическим ИМ или ТИА (см. разделы 4.5 и 4.8).

При лечении клопидогрелом, особенно в течение первых недель лечения и/или после инвазивных кардиологических процедур/хирургического вмешательства, необходимо вести тщательное наблюдение за пациентами на предмет исключения признаков кровотечения, в том числе, и скрытого. Не рекомендуется одновременный прием клопидогрела с пероральными антикоагулянтами, поскольку это может увеличить интенсивность кровотечений (см. раздел 4.5). Одновременное применение клопидогрела с варфарином может усилить риск кровотечения, поэтому следует соблюдать осторожность при одновременном применении клопидогрела и варфарина (см. раздел 4.5).

Если пациенту предстоит плановая хирургическая операция, и при этом нет необходимости в антитромбоцитарном эффекте, то за 7 дней до операции прием клопидогрела следует прекратить.

Клопидогрел удлиняет время кровотечения и должен применяться с осторожностью у пациентов с заболеваниями, предрасполагающими к развитию кровотечений (особенно, желудочно-кишечных и внутриглазных). Препараты, которые могут вызывать повреждения слизистой оболочки ЖКТ (такие как АСК, НПВП) у пациентов, принимающих клопидогрел, следует применять с осторожностью.

Пациенты должны быть предупреждены о том, что при приеме клопидогрела (одного или в комбинации с АСК) для остановки кровотечения может потребоваться больше времени, а также о том, что в случае возникновения у них необычного (по локализации или продолжительности) кровотечения, им следует сообщить об этом своему лечащему врачу. Перед любой предстоящей операцией и перед началом приема любого нового ЛС пациенты должны сообщать врачу (включая стоматолога) о приеме клопидогрела.

Пациентам с ОКС без подъема сегмента ST в возрасте старше 75 лет не рекомендуется назначать нагрузочные дозы клопидогрела 600 мг из-за повышения риска развития кровотечения у этой группы пациентов.

У пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST, которым было выполнено ЧКВ, в возрасте 75 лет и старше, а также из-за повышенного риска развития кровотечения применение нагрузочной дозы клопидогрела 600 мг следует рассматривать только после индивидуальной оценки врачом риска кровотечения у пациента.

Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП)

Очень редко после применения клопидогрела (иногда даже непродолжительного) отмечались случаи развития ТТП, которая характеризуется тромбоцитопенией и микроангиопатической гемолитической анемией, сопровождающимися неврологическими расстройствами, нарушением функции почек и лихорадкой. ТТП является потенциально угрожающим жизни состоянием, требующим немедленного лечения, включая плазмаферез.

Приобретенная гемофилия

Сообщалось о случаях развития приобретенной гемофилии при приеме клопидогрела. При подтвержденном изолированном увеличении АЧТВ, сопровождающемся или не сопровождающемся развитием кровотечения, следует рассмотреть вопрос о возможности развития приобретенной гемофилии. Пациенты с подтвержденным диагнозом приобретенной гемофилии должны наблюдаться и лечиться специалистами по этому заболеванию и прекратить прием клопидогрела.

Недавно перенесенный ишемический инсульт

Начало терапии

- У пациентов с острым малым ИИ или с ТИА среднего или высокого риска двойная антиагрегантная терапия (клопидогрел и АСК) должна начинаться не позднее чем через 24 часа после появления симптомов события.
- Данные о соотношении пользы и риска краткосрочной двойной антиагрегантной терапии у пациентов с острым малым ИИ или с ТИА среднего или высокого риска с внутричерепным кровоизлиянием (нетравматическим) в анамнезе отсутствуют.
- Монотерапия клопидогрелом у пациентов с ИИ, не являющимся малым, должна начинаться через 7 дней после начала события.

Пациенты с ИИ, не являющимся малым ИИ (NIHSS >4)

Ввиду отсутствия данных не рекомендуется назначать двойную антиагрегантную терапию.

Пациенты, недавно перенесшие малый ИИ или ТИА среднего или высокого риска, которым показано или которым запланировано вмешательство

Данные в поддержку применения двойной антиагрегантной терапии у пациентов, которым показана каротидная эндартерэктомия или внутрисосудистая тромбэктомия, или у пациентов, которым запланированы тромболизис или антикоагулянтная терапия, отсутствуют. В указанных ситуациях не рекомендуется назначать двойную антиагрегантную терапию.

Функциональная активность изофермента CYP2C19

У пациентов с низкой активностью изофермента CYP2C19 при применении клопидогрела в рекомендуемых дозах образуется меньше активного метаболита клопидогрела и слабее выражено его антиагрегантное действие, в связи с чем при приеме обычно рекомендуемых доз клопидогрела при ОКС или ЧКВ возможна более высокая частота развития сердечно-сосудистых осложнений, чем у пациентов с нормальной активностью изофермента CYP2C19.

Ожидается, что применение ЛС, которые индуцируют активность изофермента CYP2C19, может приводить к увеличению концентрации активного метаболита клопидогрела и повышать риск возникновения кровотечения. В качестве меры предосторожности не рекомендуется применять одновременно мощные индукторы изофермента CYP2C19 и клопидогрел.

Имеются тесты для определения генотипа CYP2C19, которые могут быть использованы для помощи в выборе терапевтической стратегии. Следует рассмотреть вопрос о применении более высоких доз клопидогрела у пациентов с низкой активностью CYP2C19 (см. разделы 4.2 и 5.2 подраздел *Фармакогенетика*).

Перекрестные аллергические и/или гематологические реакции между тиаенопиридинами

У пациентов следует собирать анамнез на предмет имевшихся ранее аллергических и/или гематологических реакций на другие тиаенопиридины (такие как тиклопидин, прасугрел), так как сообщалось о наличии перекрестных аллергических и/или гематологических реакций между тиаенопиридинами (см. раздел 4.8). Тиаенопиридины могут вызывать умеренные и тяжелые аллергические реакции (такие как кожная сыпь, ангионевротический отек) или гематологические реакции (такие как тромбоцитопения и нейтропения). Пациенты, у которых ранее наблюдались аллергические и/или гематологические реакции на один из препаратов группы тиаенопиридинов, могут иметь повышенный риск развития подобных реакций на другой препарат группы тиаенопиридинов. Рекомендуется мониторинг перекрестных аллергических и/или гематологических реакций.

Почечная недостаточность

Опыт применения клопидогрела у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью ограничен. Поэтому следует с осторожностью применять клопидогрел у этой группы пациентов.

Печеночная недостаточность

Имеется ограниченный опыт применения клопидогрела у пациентов с тяжелыми заболеваниями печени, которые могут быть предрасположены к развитию геморрагического диатеза. Поэтому следует с осторожностью применять клопидогрел у данной группы пациентов.

Вспомогательные вещества

Препарат Эгитромб содержит касторовое масло (клеточины обыкновенной семян масло, гидрированное), которое может вызвать расстройства желудка и диарею.

4.5. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами и другие виды взаимодействия

ЛС, применение которых связано с риском развития кровотечения

Имеется повышенный риск развития кровотечения вследствие их потенциального аддитивного эффекта с клопидогрелом. Лечение следует проводить с осторожностью (см. раздел 4.4).

Пероральные антикоагулянты (например, варфарин)

Одновременное применение клопидогрела и пероральных антикоагулянтов не рекомендуется, так как данная комбинация может усилить кровотечение (см. раздел 4.4). Хотя прием клопидогрела 75 мг/сутки не изменял фармакокинетику варфарина (субстрата изофермента CYP2C9) или международное нормализованное отношение (МНО) у пациентов, длительно получающих лечение варфарином, одновременный прием клопидогрела увеличивает риск кровотечения в связи с его независимым дополнительным влиянием на свертываемость крови. Поэтому следует соблюдать осторожность при одновременном применении варфарина и клопидогрела.

Блокаторы гликопротеина IIb/IIIa

В связи с возможностью фармакодинамического взаимодействия между клопидогрелом и блокаторами гликопротеина IIb/IIIa их одновременное применение требует осторожности, особенно у пациентов, имеющих повышенный риск развития кровотечения (при травмах и хирургических вмешательствах или других патологических состояниях) (см. раздел 4.4).

АСК

АСК не изменяет ингибирующее действие клопидогрела на АДФ-индуцируемую агрегацию тромбоцитов, но клопидогрел потенцирует влияние АСК на коллаген-индуцируемую агрегацию тромбоцитов. Тем не менее, одновременный с клопидогрелом прием АСК в дозе 500 мг 2 раза в день в течение 1 суток не вызывал существенного увеличения времени кровотечения, вызываемого приемом клопидогрела. При одновременном приеме клопидогрела и АСК следует соблюдать осторожность, так как между ними возможно фармакодинамическое взаимодействие, которое приводит к повышению риска кровотечения (см. раздел 4.4). Тем не менее, в клинических исследованиях пациенты получали комбинированную терапию клопидогрелом и АСК (75–325 мг 1 раз в сутки) продолжительностью до 1 года.

Гепарин

По данным клинического исследования, проведенного с участием здоровых добровольцев, при приеме клопидогрела не требовалось изменения дозы гепарина и не изменялось его антикоагулянтное действие. Одновременное применение гепарина не изменяло антиагрегантное действие клопидогрела. Между клопидогрелом и гепарином возможно фармакодинамическое взаимодействие, которое может увеличивать риск развития кровотечений. При одновременном применении следует соблюдать осторожность (см. раздел 4.4).

Тромболитики

Безопасность одновременного применения клопидогрела, фибрин-специфических или фибрин-неспецифических тромболитических ЛС и гепарина была изучена у пациентов с ОИМ. Частота клинически значимых кровотечений была аналогична той, которая наблюдалась в случае совместного применения тромболитических ЛС и гепарина с АСК (см. раздел 4.8).

НПВП

В клиническом исследовании, проведенном с участием здоровых добровольцев, совместное применение клопидогрела и напроксена увеличивало скрытые потери крови через ЖКТ. Однако в связи с отсутствием исследований по взаимодействию клопидогрела с другими НПВП, в настоящее время неизвестно, имеется ли повышенный риск желудочно-кишечных кровотечений при применении клопидогрела вместе с другими НПВП. Поэтому при одновременном применении НПВП, в том числе ингибиторов ЦОГ-2, с клопидогрелом, следует соблюдать осторожностью (см. раздел 4.4).

СИОЗС

Так как СИОЗС нарушают активацию тромбоцитов и увеличивают риск развития кровотечения, при одновременном применении СИОЗС с клопидогрелом следует соблюдать осторожность.

Индукторы изофермента CYP2C19

Так как клопидогрел метаболизируется до образования своего активного метаболита частично при помощи изофермента CYP2C19, ожидается, что применение ЛС, которые индуцируют активность этого изофермента, может приводить к повышению концентрации активного метаболита клопидогрела.

Рифампицин, являясь мощным индуктором изофермента CYP2C19, при одновременном применении с клопидогрелом, приводит как к увеличению концентрации активного метаболита клопидогрела, так и к ингибированию тромбоцитов, что может повышать риск возникновения кровотечения.

В качестве меры предосторожности не рекомендуется применять одновременно мощные индукторы изофермента CYP2C19 и клопидогрел (см. раздел 4.4).

Ингибиторы изофермента CYP2C19

Так как клопидогрел метаболизируется до образования своего активного метаболита частично при помощи изофермента CYP2C19, применение ЛС, ингибирующих этот изофермент, может привести к уменьшению образования активного метаболита клопидогрела. Клиническое значение этого взаимодействия не установлено. В качестве меры предосторожности следует избегать одновременного применения клопидогрела и мощных или умеренных ингибиторов изофермента CYP2C19. Мощными и умеренными ингибиторами изофермента CYP2C19 являются омепразол, эзомепразол, флувоксамин, флуоксетин, моклобемид, вориконазол, флуконазол, тиклопидин, цiproфлоксацин, циметидин, карбамазепин, окскарбазепин, хлорамфеникол.

Ингибиторы протонной помпы

Одновременный прием клопидогрела с омепразолом в дозе 80 мг (одновременно или с перерывом в 12 ч между приемами двух препаратов) снижает экспозицию активного метаболита клопидогрела на 45% при приеме нагрузочной дозы и на 40% при приеме поддерживающей дозы. Снижение было связано с уменьшением ингибирования агрегации тромбоцитов на 39% при приеме нагрузочной дозы и на 21% при приеме поддерживающей дозы. Предполагается, что эзомепразол взаимодействует с клопидогрелом аналогичным образом.

Данные наблюдений и клинических исследований о клинических последствиях этих фармакокинетических и фармакодинамических взаимодействий с точки зрения развития основных кардиоваскулярных событий противоречивы. В качестве меры предосторожности не рекомендуется одновременный прием клопидогрела с омепразолом или эзомепразолом.

Менее выраженное снижение экспозиции метаболита наблюдалось при приеме препарата с пантопразолом или лансопразолом.

При одновременном приеме пантопразола в дозе 80 мг 1 раз в сутки концентрация активного метаболита клопидогрела снижалась на 20% при приеме нагрузочной дозы и на 14% при приеме поддерживающей дозы. Это сопровождалось снижением среднего уровня ИАТ на 15% и 11% соответственно. Полученные результаты указывают на возможность совместного применения клопидогрела и пантопразола.

Был проведен ряд клинических исследований с клопидогрелом и другими, одновременно применяемыми ЛС, с целью изучения возможных фармакодинамических и фармакокинетических взаимодействий, которые показали, что:

- при одновременном применении клопидогрела совместно с атенололом и/или нифедипином клинически значимого фармакодинамического взаимодействия не наблюдалось;
- одновременное применение фенobarбитала и эстрогенов не оказывало существенного влияния на фармакодинамику клопидогрела;
- фармакокинетические показатели дигоксина и теофиллина не изменялись при их совместном применении с клопидогрелом;
- доказательств того, что другие ЛС, понижающие кислотность в желудке, такие как блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов или антациды, препятствуют антитромбоцитарной активности клопидогрела, нет; антацидные средства не снижают абсорбцию клопидогрела;
- фенитоин и толбутамид можно с безопасностью применять одновременно с клопидогрелом (исследование CAPRIE). Маловероятно, что клопидогрел может влиять на метаболизм других ЛС, таких как фенитоин и толбутамид, а также НПВП, которые метаболизируются с помощью изофермента CYP2C9 цитохрома P450;
- ингибиторы АПФ, диуретики, бета-адреноблокаторы, блокаторы «медленных» кальциевых каналов, гиполипидемические средства, коронарные вазодилататоры, гипогликемические средства (в т.ч. инсулин), противоэпилептические средства, гормонозаместительная терапия и блокаторы гликопротеина IIb/IIIa: в клинических исследованиях не выявлено клинически значимых нежелательных взаимодействий.

ЛС, являющиеся субстратами изофермента CYP2C8

Показано, что клопидогрел увеличивал системную экспозицию репаглинида у здоровых добровольцев. Исследования *in vitro* показали, что увеличение системной экспозиции репаглинида является следствием ингибирования изофермента CYP2C8 глюкуронидным метаболитом клопидогрела. Следует соблюдать осторожность при одновременном применении клопидогрела и ЛС, метаболизирующихся с помощью изофермента CYP2C8 (например, репаглинида, паклитаксела), в связи с риском увеличения их плазменных концентраций (см. раздел 4.4).

Усиленная анти-ретровиральная терапия:

У пациентов с инфекцией, получающих усиленную анти-ретровиральную терапию (АРТ) повышен риск развития сосудистых событий. Для пациентов с ВИЧ инфекцией, получающих АРТ, усиленную ритонавиром или кобицистатом, характерно более низкое системное воздействие активного метаболита клопидогрела и пониженная ингибция тромбоцитов. Несмотря на то, что клиническая значимость этих наблюдений до конца не исследована, поступали спонтанные сообщения о ВИЧ-инфицированных пациентах, получавших усиленную терапию АРТ, у которых наблюдались случаи повторной окклюзии после восстановления кровотока или развивался тромбоз на фоне нагрузочной дозы клопидогрела. Системное воздействие клопидогрела и ингибция тромбоцитов могут понижаться при совместном применении с ритонавиром. Таким образом, не следует поощрять совместное применение ритонавира с усиленной терапией АРТ.

Опиоидные агонисты

Как и в случае других пероральных ингибиторов P2Y₁₂, одновременное применение опиоидных агонистов может задерживать и уменьшать абсорбцию клопидогрела, вероятно, из-за замедленного опорожнения желудка. Клиническое значение данного взаимодействия неизвестно. Следует рассмотреть возможность назначения парентерального антиагрегантного препарата у пациентов с ОКС, требующих одновременного применения морфина или других опиоидных агонистов.

Розувастатин

Было показано, что клопидогрел увеличивает экспозицию розувастатина в 2 раза (площадь под фармакокинетической кривой концентрация-время (AUC)) и в 1,3 раза (максимальная концентрация в плазме крови (C_{max})) после приема клопидогрела в дозе 300 мг и в 1,4 раза (AUC) без влияния на показатель C_{max} после повторного приема клопидогрела в дозе 75 мг.

4.6. Фертильность, беременность и лактация

Беременность

Исследования на животных не выявили ни прямых, ни непрямых неблагоприятных эффектов на течение беременности, эмбриональное развитие, роды и постнатальное развитие. Так как не всегда по результатам исследований на животных можно предсказать реакцию у человека, и вследствие отсутствия данных контролируемых клинических исследований по приему клопидогрела беременными женщинами, в качестве меры предосторожности не рекомендуется прием клопидогрела во время беременности, за исключением тех случаев, когда, по мнению врача, его использование настоятельно необходимо.

Лактация

В исследованиях на крысах было показано, что клопидогрел и/или его метаболиты выделяются с грудным молоком.

Неизвестно, выделяется ли клопидогрел с грудным молоком человека. Так как многие ЛС выделяются с грудным молоком и существует риск развития потенциальных неблагоприятных явлений у ребенка, находящегося на грудном вскармливании, следует принять решение о прекращении грудного вскармливания или об отмене препарата с учетом необходимости его применения для матери.

Фертильность

В исследованиях на животных не было выявлено, что клопидогрел влияет на фертильность.

4.7. Влияние на способность управлять транспортными средствами и работать с механизмами

Клопидогрел не оказывает существенного влияния на способности, необходимые для управления автомобилем или занятия другими потенциально опасными видами деятельности.

4.8. Нежелательные реакции

Резюме профиля безопасности

Безопасность клопидогрела была изучена более чем у 44000 пациентов, в том числе более чем у 12000 пациентов, получавших лечение в течение года или более. В целом переносимость клопидогрела в дозе 75 мг/сутки в исследовании CAPRIE соответствовала переносимости АСК в дозе 325 мг/сутки, независимо от возраста, пола и расовой принадлежности пациентов. Ниже перечислены клинически значимые нежелательные реакции (НР), наблюдавшиеся в шести больших клинических исследованиях: CAPRIE, CURE, CLARITY, COMMIT, ACTIVE-A и TARDIS.

Кровотечение является наиболее частой реакцией, о которой сообщалось как в клинических исследованиях, так и при пострегистрационном применении препарата. Чаще всего сообщалось о кровотечениях в течение первого месяца лечения.

В клиническом исследовании CAPRIE общая частота всех кровотечений у пациентов, принимавших клопидогрел, и у пациентов, принимавших АСК, составила 9,3%. Частота тяжелых кровотечений при применении клопидогрела и АСК была сопоставимой: 1,4% и 1,6% соответственно.

В целом частота развития желудочно-кишечных кровотечений у пациентов, принимавших клопидогрел, и у пациентов, принимавших АСК, составляла 2,0% и 2,7% соответственно.

Общая частота кровотечений другой локализации при приеме клопидогрела по сравнению с приемом АСК была выше (7,3% против 6,5% соответственно). Однако частота тяжелых кровотечений при применении клопидогрела и АСК была сопоставимой (0,6% и 0,4% соответственно). Наиболее часто сообщалось о развитии следующих кровотечений: пурпура/кровоподтеки, носовое кровотечение. Реже сообщалось о развитии гематом, гематурии и глазных кровоизлияний (главным образом, конъюнктивальных).

Частота внутричерепных кровоизлияний при применении клопидогрела и АСК была сопоставимой (0,4% и 0,5% соответственно).

В клиническом исследовании CURE у пациентов, принимавших клопидогрел + АСК, по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо + АСК, наблюдалось увеличение частоты развития больших кровотечений (3,7% по сравнению с 2,7%) и малых кровотечений (5,1% по сравнению с 2,4%). В основном, источниками больших кровотечений являлись ЖКТ и места пункции артерий.

Частота развития угрожающих жизни кровотечений у пациентов, принимавших клопидогрел + АСК, по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо + АСК, достоверно не различалась (2,2% и 1,8% соответственно), частота развития фатальных кровотечений была одинаковой (0,2% при обоих видах терапии).

Частота возникновения не угрожающих жизни больших кровотечений была достоверно выше у пациентов, принимавших клопидогрел + АСК, по сравнению с пациентами, принимавшими плацебо + АСК (1,6% и 1% соответственно), но частота развития внутричерепных кровоизлияний была одинаковой (0,1% при обоих видах терапии).

Частота развития больших кровотечений в группе клопидогрел + АСК зависела от дозы АСК, как и частота развития больших кровотечений в группе плацебо + АСК.

У пациентов, прекративших терапию клопидогрелом+АСК более чем за 5 дней до АКШ, не отмечалось учащения случаев развития больших кровотечений в течение 7 дней после вмешательства. У пациентов, продолжавших антитромбоцитарную терапию в течение

последних пяти дней перед АКШ, частота этих событий после вмешательства составляла 9,6% (в группе клопидогрел + АСК) и 6,3% (в группе плацебо + АСК).

В клиническом исследовании CLARITY частота больших кровотечений в обеих группах (клопидогрел + АСК и плацебо + АСК) была сопоставимой в обеих группах лечения (1,3% против 1,1% в группе клопидогрел + АСК и группе плацебо + АСК, соответственно). Она была одинаковой в подгруппах пациентов, разделенных по исходным характеристикам и по видам фибринолитической терапии или гепаринотерапии.

Частота появления фатальных кровотечений (0,8% против 0,6%) и внутричерепных кровоизлияний (0,5% против 0,7%) при лечении клопидогрел + АСК и плацебо + АСК, соответственно, была низкой и сопоставимой в обеих группах лечения.

В клиническом исследовании COMMIT общая частота нецеребральных больших кровотечений или церебральных кровотечений была низкой и одинаковой (0,6% в группе клопидогрел + АСК и 0,5% в группе плацебо + АСК).

В клиническом исследовании ACTIVE-A частота развития больших кровотечений в группе клопидогрел + АСК была выше, чем в группе плацебо + АСК (6,7% против 4,3% соответственно). Большие кровотечения в основном были внечерепными в обеих группах (5,3% против 3,5%), главным образом, из ЖКТ (3,5% против 1,8%). В группе клопидогрел + АСК внутричерепных кровоизлияний было больше по сравнению с группой плацебо + АСК (1,4% против 0,8% соответственно). Отсутствовали статистически значимые различия между этими группами лечения в частоте появления фатальных кровотечений (1,1% против 0,7%) и геморрагического инсульта (0,8% против 0,6%).

В исследовании TARDIS у пациентов с недавно перенесенным ишемическим инсультом, получавших интенсивную антитромбоцитарную терапию тремя лекарственными препаратами (АСК + клопидогрел + дипиридамолом), чаще возникали кровотечения и кровотечения большей степени тяжести по сравнению с пациентами, получавшими монотерапию клопидогрелом или комбинированную терапию АСК и дипиридамола (скорректированное общее отношение шансов (ОШ) 2,54, 95% ДИ 2,05-3,16, $p < 0,0001$).

Табличное резюме нежелательных реакций

Нежелательные реакции, которые возникли во время клинических исследований или о которых сообщалось спонтанно, представлены в таблице ниже по классам систем органов и частоте: очень часто ($\geq 1/10$), часто ($\geq 1/100$, но $< 1/10$), нечасто ($\geq 1/1000$, но $\leq 1/100$), редко ($\geq 1/10000$, но $\leq 1/1000$), очень редко ($\leq 1/10\ 000$) или наблюдаемые с неизвестной частотой (невозможно оценить на основании имеющихся данных). В каждом системно-органном классе НР представлены в порядке убывания серьезности.

Системно-органный класс	Часто	Нечасто	Редко	Очень редко и Частота неизвестна(*)
<i>Нарушения со стороны крови и лимфатической системы</i>		Тромбоцитопения Лейкопения Эозинофилия	Нейтропения, включая тяжелую нейтропению	ТТП Апластическая анемия Панцитопения Агранулоцитоз Тяжелая тромбоцитопения Приобретенная гемофилия А Гранулоцитопения Анемия
<i>Нарушения со стороны иммунной системы</i>				Анафилактоидные реакции Сывороточная болезнь Перекрестные аллергические и гематологические реакции с другими тиенопиридинами (такими, как тиклопидин, прасугрел)* (см. раздел 4.4) Аутоиммунный инсулиновый синдром (может приводить к серьезной гипогликемии, особенно у пациентов с HLA DRA4 серотипом)*
<i>Психические нарушения</i>				Спутанность сознания Галлюцинации

<i>Нарушения со стороны нервной системы</i>		Внутричерепные кровоизлияния (в некоторых случаях с летальным исходом) Головная боль Головокружение Парестезия		Нарушения вкусового восприятия Агевзия
<i>Нарушения со стороны органа зрения</i>		Глазные кровоизлияния (конъюнктивальные, в ткани и сетчатку глаза)		
<i>Нарушения со стороны органа слуха и лабиринта</i>			Вертиго	
<i>Нарушения со стороны сердца</i>				Синдром Коуниса (вазоспастическая аллергическая стенокардия/аллергический ИМ), обусловленный реакцией гиперчувствительности на клопидогрел*
<i>Нарушения со стороны сосудов</i>	Гематома			Случаи серьезных кровотечений Кровотечения из послеоперационных ран Васкулит Артериальная гипотензия
<i>Нарушения со стороны дыхательной системы, органов грудной клетки и средостения</i>	Носовое кровотечение			Кровотечения из дыхательных путей (кровохарканье, легочное кровотечение) Бронхоспазм Интерстициальная пневмония Эозинофильная пневмония

<i>Нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта</i>	Желудочно-кишечные кровотечения Диарея Боль в животе Диспепсия	Язва желудка Язва двенадцатиперстной кишки Гастрит Тошнота Рвота Запор Метеоризм	Забрюшинные кровотечения	Желудочно-кишечные и забрюшинные кровотечения с летальным исходом Панкреатит Колит (включая язвенный или лимфоцитарный колит) Стоматит
<i>Нарушения со стороны печени и желчевыводящих путей</i>				Острая печеночная недостаточность Гепатит (не инфекционный) Отклонение от нормы лабораторных показателей функционального состояния печени
<i>Нарушения со стороны кожи и подкожных тканей</i>	Кровоподтеки	Кожная сыпь Кожный зуд Кожное кровоизлияние (пурпура)		Буллезный дерматит (токсический эпидермальный некролиз, синдром Стивенса-Джонсона, многоформная эритема, острый генерализованный экзантематозный пустулез (AGEP)) Ангионевротический отек Синдром лекарственной гиперчувствительности, лекарственная сыпь с эозинофилией и системными проявлениями (DRESS-синдром) Эритематозная сыпь Эксфолиативная сыпь Крапивница Экзема Плоский лишай
<i>Нарушения со стороны мышечной, костной и соединительной ткани</i>				Скелетно-мышечные кровотечения (гемартроз) Артрит Артралгия Миалгия

Нарушения со стороны почек и мочевыводящих путей		Гематурия		Гломерулонефрит Повышение концентрации креатинина в крови
Нарушения со стороны репродуктивной системы и молочных желез			Гинекомастия	
Общие нарушения и реакции в месте введения	Кровотечение в месте инъекции			Лихорадка
Лабораторные и инструментальные данные		Увеличение времени кровотечения Снижение числа нейтрофилов Снижение количества тромбоцитов		

Описание отдельных нежелательных реакций

Нейтропения

В исследовании CAPRIE, тяжелая нейтропения ($<0,45 \cdot 10^9/\text{л}$) наблюдалась у 4 пациентов (0,04%), принимавших клопидогрел, и у 2 пациентов (0,02%), принимавших АСК.

У двух из 9599 пациентов, принимавших клопидогрел, наблюдалось полное отсутствие нейтрофилов в периферической крови, которого не наблюдалось ни у одного из 9586 пациентов, принимавших АСК. Несмотря на то, что риск развития миелотоксического действия при приеме клопидогрела является достаточно низким, в случае если у пациента, принимающего клопидогрел, наблюдается повышение температуры или появляются другие признаки инфекции, следует обследовать пациента на предмет возможной нейтропении.

Апластическая анемия

При лечении клопидогрелом в одном случае наблюдалось развитие апластической анемии.

Тромбоцитопения

Частота возникновения тяжелой тромбоцитопении ($<80 \cdot 10^9/\text{л}$) составила 0,2% у пациентов, принимавших клопидогрел и 0,1% у пациентов, принимавших АСК, сообщалось об очень редких случаях снижения числа тромбоцитов $\leq 30 \cdot 10^9/\text{л}$.

В исследованиях CURE и CLARITY наблюдалось сопоставимое количество пациентов с тромбоцитопенией или нейтропенией в обеих группах лечения.

Сообщение о подозреваемых нежелательных реакциях

Важно сообщать о подозреваемых нежелательных реакциях после регистрации препарата с целью обеспечения непрерывного мониторинга соотношения «польза – риск» лекарственного препарата. Медицинским работникам рекомендуется сообщать о любых подозреваемых нежелательных реакциях лекарственного препарата через национальные системы сообщения о нежелательных реакциях государств – членов Евразийского экономического союза.

Российская Федерация

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения.

Адрес: 109012, г. Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1.

Телефон: +7 (800) 550-99-03

Электронная почта: pharm@roszdravnadzor.gov.ru

Сайт в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»:

<https://www.roszdravnadzor.gov.ru/>

Республика Беларусь

УП «Центр экспертиз и испытаний в здравоохранении»

Адрес: 220037, г. Минск, Товарищеский пер., 2а

Телефон: +375 (17) 242-00-29

Факс: +375 (17) 242-00-29

Электронная почта: rcpl@rceth.by

Сайт: <https://www.rceth.by>

Республика Армения

ГНКО «Центр экспертизы лекарств и медицинских технологий»

Адрес: 0051, г. Ереван, пр. Комитаса 49/5

Телефон: (+374 10) 20-05-05, (+374 96) 22-05-05

Эл. почта: vigilance@pharm.am

Интернет-сайт: <http://pharm.am>

4.9. Передозировка

Симптомы

Передозировка клопидогрела может привести к увеличению времени кровотечения с последующими осложнениями в виде развития кровотечений.

Лечение

При появлении кровотечения требуется проведение соответствующих лечебных мероприятий. Антидот клопидогрела не установлен. Если необходима быстрая коррекция

удлинившегося времени кровотечения, рекомендуется переливание тромбоцитарной массы.

5. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

5.1. Фармакодинамические свойства

Фармакотерапевтическая группа: антитромботические средства; антиагреганты, кроме гепарина.

Код АТХ: B01AC04

Механизм действия, фармакодинамические эффекты

Клопидогрел представляет собой пролекарство, один из активных метаболитов которого является ингибитором агрегации тромбоцитов. Для образования активного метаболита, который подавляет агрегацию тромбоцитов, клопидогрел должен метаболизироваться с помощью изоферментов системы цитохрома P450 (CYP450). Активный метаболит клопидогрела селективно ингибирует связывание АДФ с P2Y₁₂ рецептором тромбоцитов и последующую АДФ-опосредованную активацию комплекса GPIIb/IIIa, приводя к подавлению агрегации тромбоцитов. Благодаря необратимому связыванию тромбоциты остаются невосприимчивыми к стимуляции АДФ в течение всего оставшегося срока своей жизни (примерно 7–10 дней), а восстановление нормальной функции тромбоцитов происходит со скоростью, соответствующей скорости обновления тромбоцитов.

Агрегация тромбоцитов, вызванная агонистами, отличными от АДФ, также ингибируется за счет блокады усиленной активации тромбоцитов высвобождаемым АДФ.

Так как образование активного метаболита происходит при помощи изоферментов системы цитохрома P450, некоторые из которых могут отличаться полиморфизмом или ингибироваться другими препаратами, не у всех пациентов возможно адекватное ингибирование агрегации тромбоцитов.

При ежедневном приеме клопидогрела в дозе 75 мг 1 раз в сутки с первого же дня приема отмечается значительное подавление АДФ-ИАТ, которое постепенно увеличивается и затем в интервале между 3 и 7 днем приема, выходит на постоянный уровень (при достижении равновесного состояния). В равновесном состоянии агрегация тромбоцитов подавляется в среднем на 40–60%. После прекращения приема клопидогрела агрегация тромбоцитов и время кровотечения постепенно возвращаются к исходному уровню в среднем в течение 5 дней.

Клиническая эффективность и безопасность

Безопасность и эффективность клопидогрела оценивались в следующих исследованиях с участием более 100 000 пациентов: исследование CAPRIE, сравнение клопидогрела с ацетилсалициловой кислотой (АСК), а также исследования CURE, CLARITY, COMMIT (дополнительный анализ подгрупп – CLARITY PCI), CURRENT- OASIS-7, ARMYDA-6 MI, HORIZONS-AMI, CHANCE, POINT, ACTIVE-A, ACTIVE-W в которых сравнивали клопидогрел с плацебо; оба лекарственных препарата, назначались в комбинации с АСК и другой стандартной терапией.

Недавно перенесенный инфаркт миокарда (ИМ), недавно перенесенный инсульт и диагностированное заболевание периферических артерий (ЗПА)

В исследование CAPRIE были включены 19 185 пациентов с атеротромбозом, который проявился в виде недавно перенесенного ИМ (<35 дней), недавно перенесенного ишемического инсульта (от 7 дней до 6 месяцев) или установленного ЗПА. Пациенты были рандомизированы по группам, получавшим клопидогрел в суточной дозе 75 мг, или АСК в суточной дозе 325 мг, и оставались под наблюдением в течение от 1 года до 3 лет. В подгруппе пациентов, перенесших ИМ, большинство пациентов получали АСК в течение первых нескольких дней после острого инфаркта миокарда (ОИМ). Клопидогрел значительно снижал частоту новых ишемических событий (комбинированная конечная точка - ИМ, ишемический инсульт и сосудистая смерть) по сравнению с АСК. Анализ общей смертности как вторичной конечной точки не выявил значимого различия между клопидогрелом (5,8%) и АСК (6,0%).

При анализе подгрупп с применением качественной оценке состояния (ИМ, ишемический инсульт и ЗПА) наибольший эффект терапии наблюдался у пациентов, включенных в исследование в связи с ЗПА (особенно тех, у кого в анамнезе был ИМ) и более слабый эффект (незначительно отличающийся от АСК) у пациентов, перенесших инсульт. У пациентов, включенных в исследование только на основании недавно перенесенного ИМ, результат в группе клопидогрела был численно хуже, но статистически не отличался от АСК. Кроме того, анализ подгрупп по возрасту позволяет предположить, что благоприятный эффект клопидогрела у пациентов старше 75 лет был менее выражен, чем у пациентов в возрасте ≤ 75 лет.

Острый коронарный синдром (ОКС)

В исследование CURE было включено 12 562 пациента, перенесших ОКС без подъема сегмента ST (нестабильная стенокардия или ИМ без зубца Q), у которых в течение последних 24 часов появилась боль в области грудной клетки или симптомы, указывающие

на ишемию. Для включения в исследование требовалось, чтобы у пациентов были либо изменения ЭКГ, указывающие на новые ишемические явления, либо повышенная активность кардиоферментов, либо концентрация тропонина I или T, по крайней мере, в 2 раза превышающий верхний предел нормы. Пациенты были рандомизированы в группы лечения клопидогрелом (нагрузочная доза 300 мг, затем 75 мг/сутки, n = 6 259) или плацебо (n = 6 303), которые принимали в комбинации с АСК (75-325 мг 1 раз в сутки) и другими стандартными препаратами. Пациенты получали лечение в течение периода длительностью до одного года. В исследовании CURE 823 пациента (6,6%) получали сопутствующую терапию антагонистами рецепторов GPIIb/IIIa. Гепарин вводили более чем 90% пациентов. Сопутствующая терапия гепарином не оказывала значимого влияния на относительную частоту развития кровотечений при приеме клопидогрела и плацебо.

Количество пациентов, у которых была первичная конечная точка (смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), ИМ или инсульт), составило 582 (9,3%) в группе, получавшей клопидогрел, и 719 (11,4%) в группе, получавшей плацебо, а относительный риск был снижен на 20% у группы, получавшей клопидогрел (снижение относительного риска на 17% при консервативном лечении пациентов, на 29% при выполнении чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики со стентом или без него и на 10% при выполнении АКШ. После 3 месяцев лечения преимущество, наблюдавшееся в группе клопидогрел + АСК, больше не увеличивалось, в то время как риск кровотечения сохранялся.

Количество пациентов с комбинированной первичной конечной точкой (смерть от ССЗ, ИМ, инсультом или рефрактерной ишемией) составило 1035 человек (16,5%) в группе, получавшей клопидогрел, и 1187 (18,8%) в группе, получавшей плацебо. Влияния на частоту повторных госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии не наблюдалось.

Положительные эффекты, наблюдаемые при применении клопидогрела, не изменялись при кратковременном или длительном применении других сердечно-сосудистых препаратов (таких как гепарин/ низкомолекулярные гепарины (НМГ), антагонисты GPIIb/IIIa, гиполипидемические препараты, бета-блокаторы и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ)). Эффективность клопидогрела не зависела от дозы АСК (75–325 мг 1 раз в сутки).

Острый ИМ с подъемом сегмента ST

У пациентов с ОИМ с подъемом сегмента ST безопасность и эффективность клопидогрела оценивалась в 2 рандомизированных плацебо-контролируемых двойных слепых

исследованиях CLARITY, проспективного анализа подгрупп исследования CLARITY (CLARITY PCI) и COMMIT.

В исследовании CLARITY участвовал 3491 пациент, которые поступили в стационар в течение 12 часов после развития ИМ с подъемом сегмента ST и которым была показана тромболитическая терапия. Пациенты получали клопидогрел (нагрузочная доза 300 мг, затем 75 мг/сут, $n = 1752$) или плацебо ($n = 1739$), оба в комбинации с АСК (от 150 до 325 мг в качестве нагрузочной дозы, затем от 75 до 162 мг/сут), фибринолитический препарат и, при необходимости, гепарин. Пациентов наблюдали в течение 30 дней. Первичной конечной точкой являлось наличие окклюзии в инфаркт-связанной коронарной артерии на ангиограмме перед выпиской, смерть или повторный ИМ до проведения коронарной ангиографии. Для пациентов, которым не проводилась ангиография, первичной конечной точкой была смерть или рецидив ИМ ко дню 8 или к выписке из больницы.

15,0% пациентов в группе клопидогрела и 21,7% в группе плацебо достигли первичной конечной точки, что представляет собой абсолютное снижение на 6,7% и разницу снижения в 36% в пользу клопидогрела. Это в основном обусловлено уменьшением окклюзии в инфаркт-зависимых коронарных артериях. Это преимущество оставалось постоянным во всех предварительно определенных по возрасту и полу, локализации инфаркта и типу используемого фибринолитика или гепарина подгруппах пациентов.

Анализ подгруппы исследования CLARITY PCI включал 1 863 пациента с ИМ с подъемом сегмента ST, которым проводилось ЧКВ. У пациентов, получавших нагрузочную дозу (НД) клопидогрела 300 мг ($n = 933$), наблюдалось статистически значимое снижение частоты смерти от осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, ИМ или инсульта после ЧКВ по сравнению с пациентами, получавшими плацебо ($n = 930$) (3,6% при предварительном лечении клопидогрелом против 6,2% при лечении плацебо, ОР: 0,54; 95% ДИ: 0,35-0,85; $p = 0,008$). У пациентов, получавших клопидогрел 300 мг НД, наблюдалось статистически значимое снижение частоты смертельных исходов от осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, ИМ или инсульта в течение 30 дней после ЧКВ по сравнению с пациентами, получавшими плацебо (7,5% при предварительном лечении клопидогрелом против 12,0% при лечении плацебо, ОР: 0,59; 95% ДИ: 0,43-0,81; $p = 0,001$). Однако эта комбинированная конечная точка при оценке в общей популяции исследования CLARITY в качестве вторичной конечной точки не была статистически значимой. Не было отмечено существенной разницы в частоте развития сильных и незначительных кровотечений между обеими схемами лечения (2,0% при предварительном лечении клопидогрелом против 1,9% при лечении плацебо, $p > 0,99$). Результаты этого анализа подтверждают раннее применение

НД клопидогрела при ИМ с подъемом сегмента ST и стратегию рутинной предварительной терапии клопидогрелом у пациентов, которым планируется выполнение ЧКВ.

Исследование COMMIT с факториальным дизайном 2x2 включало 45 852 пациента, поступивших в течение 24 часов с момента появления симптомов подозреваемого ИМ, что подтверждалось отклонениями на ЭКГ (т.е. подъемом сегмента ST, снижением сегмента ST или блокадой левой ножки пучка Гиса). Пациенты получали клопидогрел (75 мг/сутки, n = 22 961) или плацебо (n=22 891) в комбинации с АСК (162 мг/сутки) в течение 28 дней или до выписки из больницы. Комбинированными первичными конечными точками были смерть по любой причине и развитие повторного инфаркта, инсульта или смерти. Популяция включала 27,8% женщин, 58,4% пациентов в возрасте 60 лет и старше (26% ≥ 70 лет) и 54,5% пациентов, получавших фибринолитики.

Клопидогрел значительно снижал относительный риск смерти по любой причине на 7% и относительный риск комбинации повторного инфаркта, инсульта или смерти на 9%, что составляло абсолютное снижение на 0,5% и 0,9% соответственно, то преимущество оставалось постоянным для групп пациентов разного возраста, пола, принимающих или не принимающих фибринолитики, и наблюдалась уже через 24 часа.

Нагрузочная доза клопидогрела 600 мг у пациентов с острым коронарным синдромом, перенесших ЧКВ.

Рандомизированное факториальное исследование CURRENT-OASIS-7 включало 25 086 человек с ОКС, которым было показано раннее ЧКВ. Пациенты были рандомизированы в группу, получавшую двойную дозу клопидогрела (600 мг в 1-й день, затем 150 мг на 2-7-й дни, затем 75 мг в день) против стандартной дозы клопидогрела (300 мг в 1-й день, затем 75 мг в день) и в группу, получавшую высокую дозу (300-325 мг в день) против низкой дозы (75-100 мг в день) АСК. 24 835 включенным в исследование пациентам с ОКС была проведена коронарная ангиография, а 17 263 пациентам - ЧКВ. Среди 25 086 пациентов, включенных в исследование, частота случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, инфаркта миокарда или инсульта была одинаковой (4,2% при использовании клопидогрела 600/150/75 мг против 4,4% при использовании клопидогрела 300/75/75 мг, ОР: 0,94; 95% ДИ: 0,83–1,06; p = 0,30). Обширные кровотечения чаще встречались при применении клопидогрела в дозах 600/150/75 мг (2,5%) по сравнению с дозами 300/75/75 мг (2,0%), ОР: 1,24; 95% ДИ: 1,05–1,46; p = 0,01. Среди 17 263 пациентов, получивших ЧКВ, двойная доза клопидогрела по сравнению со стандартной снижала частоту первичной конечной точки (3,9% против 4,5%, скорректированный ОР = 0,86, 95% ДИ 0,74–0,99, p = 0,039) и

значительно снижало число случаев тромбоза стента (1,6% против 2,3%, ОР: 0,68; 95% ДИ: 0,55–0,85; $p = 0,001$). Значительные кровотечения чаще встречались при применении двойной дозы клопидогрела, чем при стандартной дозы (1,6% против 1,1%, ОР = 1,41, 95% ДИ 1,09–1,83, $p = 0,009$). В данном исследовании нагрузочная доза клопидогрела 600 мг продемонстрировала большую эффективность у пациентов в возрасте ≥ 75 лет и у пациентов в возрасте < 75 лет.

В рандомизированном проспективном международном многоцентровом исследовании ARMYDA- 6 MI оценивалась эффективность предварительной терапии клопидогрелом в дозе 600 мг против 300 мг в условиях неотложного ЧКВ по поводу ИМ с подъемом сегмента ST. Пациенты получали клопидогрел 600 мг НД ($n = 103$) или клопидогрел 300 мг НД ($n = 98$) до проведения ЧКВ, затем им назначался клопидогрел 75 мг/сутки со дня, следующего после ЧКВ в течение 1 года. У пациентов, получавших клопидогрел в дозе 600 мг, размер инфаркта значительно уменьшился по сравнению с теми, кто принимал клопидогрел в дозе 300 мг. У пациентов, получавших 600 мг НД, реже отмечался тромболизис при ИМ степени тяжести < 3 после ЧКВ (5,8% против 16,3%, $p = 0,031$), улучшился показатель фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) при выписке ($52,1 \pm 9,5\%$ против $48,8 \pm 11,3\%$, $p = 0,026$) и снизилась частота развития тяжелых нежелательных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы в течение 30 дней (5,8% против 15%, $p = 0,049$). Не наблюдалось увеличения частоты развития кровотечений и осложнений в месте введения (вторичные конечные точки на 30-й день).

Исследование с апостериорным (post-hoc) анализом HORIZONS-AMI было проведено для оценки того, обеспечивает ли НД клопидогрела в дозе 600 мг более быстрое и значимое подавление активации тромбоцитов. В ходе анализа изучалось влияние НД 600 мг по сравнению с 300 мг на 30-дневные клинические исходы у 3 311 пациентов из основного исследования ($n = 1\,153$; группа НД 300 мг; $n = 2\,158$; группа НД 600 мг) до катетеризации сердца с последующим приемом препарата в дозе 75 мг/сутки в течение ≥ 6 месяцев после выписки. Результаты показали, что при использовании 600 мг НД 30-дневная скорректированная частота смертельных исходов значительно ниже (1,9% против 3,1%, $p = 0,03$), повторный инфаркт (1,3% против 2,3%, $p = 0,02$), а также определенный или вероятный тромбоз стента (1,7% против 2,8%, $p = 0,04$) без увеличения частоты кровотечений. При многовариантном анализе НД 600 мг оказалась независимым предиктором более низкой частоты основных нежелательных реакций со стороны сердца в

течение 30 дней (ОР: 0,72 [95% ДИ: 0,53–0,98], $p = 0,04$). Частота обширных кровотечений (не связанных с ЧКВ) составила 6,1% в группе НД 600 мг и 9,4% в группе 300 мг НД ($p = 0,0005$). Частота незначительных кровотечений составила 11,3% в группе НД 600 мг и 13,8% в группе НД 300 мг ($p = 0,03$).

Исследования по долгосрочной (12 месяцев) терапии клопидогрелом у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST после ЧКВ

Рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование CREDO проводилось в США и Канаде с целью оценки пользы длительной (12 месяцев) терапии клопидогрелом после ЧКВ. В исследовании приняли участие 2 116 пациентов, которые были рандомизированы для приема 300 мг клопидогрела НД ($n = 1\ 053$) или плацебо ($n = 1\ 063$) за 3–24 часа до ЧКВ. Все пациенты также получали 325 мг АСК. После этого все пациенты получали клопидогрел по 75 мг/сутки до 28-го дня в обеих группах. С 29-го дня по 12-й месяц пациенты в группе клопидогрела получали клопидогрел 75 мг/сутки, а в контрольной группе - плацебо. В течение всего исследования обе группы получали АСК (от 81 до 325 мг/сутки). Через 1 год в группе применения клопидогрела наблюдалось статистически значимое снижение комбинированного риска смерти, ИМ или инсульта (относительное снижение на 26,9%, 95% ДИ: 3,9%–44,4%; $p = 0,02$; абсолютное снижение на 3%) по сравнению с группой плацебо. Значимого увеличения частоты развития значительных кровотечений (8,8% в группе применения клопидогрела против 6,7% в группе применения плацебо, $p = 0,07$) или незначительных кровотечений (5,3% в группе применения клопидогрела против 5,6% в группе применения плацебо, $p = 0,84$) в течение 1 года не наблюдалось. Основным результатом данного исследования является то, что продолжение приема клопидогрела и АСК в течение как минимум 1 года приводит к статистически и клинически значимому снижению числа серьезных тромботических событий.

Проспективное рандомизированное исследование EXCELLENT проводилось в Корее для оценки эффективности 6-месячной двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ) по сравнению с 12-месячной ДАТ после имплантации стентов с высвобождением лекарства. В исследование были включены 1 443 пациента, перенесших имплантацию стентов, которые были рандомизированы для получения 6-месячной ДАТ (АСК 100-200 мг/сутки в комбинации с клопидогрелом 75 мг/сутки в течение 6 месяцев, а затем только АСК в течение 12 месяцев) или 12-месячной ДАТ (АСК 100-200 мг/сутки в комбинации с клопидогрелом 75 мг/сутки в течение 12 месяцев). Не было отмечено существенной разницы в частоте развития несостоятельности целевого сосуда (сочетание сердечной

смерти, ИМ или реваскуляризации целевого сосуда), что являлось первичной конечной точкой, между группами 6- и 12-месячной ДАТ (ОР: 1,14; 95% ДИ: 0,70–1,86; $p = 0,60$). Также в исследовании не было выявлено значимой разницы в конечной точке безопасности (сочетание смерти, ИМ, инсульта, тромбоза стента или большого кровотечения по шкале ТИМІ) между 6- и 12-месячной группами ДАТ (ОР: 1,15; 95% ДИ: 0,64–2,06; $p = 0,64$). Основным результатом данного исследования стало то, что 6-месячная ДАТ не уступала 12-месячной ДАТ по риску развития несостоятельности целевой артерии.

Деэскалация ингибиторов рецепторов P2Y₁₂ в терапии ОКС

Переход с терапии мощным ингибитором рецепторов P2Y₁₂ на лечение клопидогрелом в сочетании с АСК после завершения острой фазы ОИМ изучался в двух рандомизированных инициированных исследователем клинических исследованиях (TOPIC и TROPICAL-ACS).

В рандомизированном открытом клиническом исследовании TOPIC принимали участие пациенты, перенесшие ОИМ, которым выполнялось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Пациенты, получавшие АСК и один из более мощных ингибиторов рецепторов P2Y₁₂, у которых не развились неблагоприятные события в течение одного месяца, или были переведены на терапию фиксированной комбинацией АСК и клопидогрела (деэскалация двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТ)) или продолжили принимать ранее назначенные препараты (неизменная ДАТ).

События, включенные в комбинированную первичную конечную точку (смерть от осложнений ССЗ, инсульт, экстренная реваскуляризация и кровотечения типа 2 или более тяжелые кровотечения по шкале BARC (Исследовательского академического консорциума по кровотечениям), через один год после перенесенного ОИМ были зарегистрированы у 43 из 322 пациентов (13,4%) в группе деэскалации ДАТ и 85 пациентов из 323 (26,3%) в группе неизменной ДАТ ($p < 0,01$).

Статистически значимое различие в основном обусловлено сокращением количества случаев кровотечения, в том числе кровотечений, которые по шкале BARC более или равны 2 (4% в группе деэскалации и 14,9% в группе, получавшей неизменную ДАТ), при этом не наблюдалось существенных различий в частоте ишемических осложнений ($p=0,36$).

В рандомизированное открытое клиническое исследование TROPICAL-ACS были включены 2610 пациентов с ОИМ, подтвержденным анализом на биомаркеры, после проведения ЧКВ. Пациенты были рандомизированы в группы для получения прасугрела

(дни 0–14) или прасугрела (дни 0–7), а затем клопидогрела (дни 8–14) в комбинации с АСК.

На 14-й день была проведена оценка функции тромбоцитов. Пациенты из первой группы терапии только прасугрелом продолжали принимать прасугрел в течение 11,5 месяца.

У пациентов из группы замены терапии был выполнен анализ на высокую реактивность тромбоцитов (ВРТ). Пациенты с $\text{ВРТ} \geq 46$ единиц были снова переведены на терапию прасугрелом, которую получали в течение 11,5 месяца. Пациенты с $\text{ВРТ} < 46$ единиц продолжили лечение клопидогрелом в дозе 75 мг/сутки в течение 11,5 месяца. Таким образом, в группе управляемой замены терапии пациенты получали или прасугрел (40%) или клопидогрел (60%). Все пациенты получали АСК, последующее наблюдение продолжалось в течение одного года.

Первичная конечная точка включала комбинацию сердечно-сосудистой смерти, ИМ, инсульта и кровотечения типа 2 или более тяжелые кровотечения по шкале BARC. Исследование продемонстрировало отсутствие различий между группами по первичной конечной точке по критерию не меньшей эффективности (*non inferiority*). Управляемая замена терапии не привела к повышению риска развития ишемических осложнений (2,5% в группе деэскалации и 3,2% в контрольной группе), а также частоты кровотечений типа 2 или более по шкале BARC.

ДАТ при остром малом ишемическом инсульте (ИИ) или транзиторной ишемической атаке (ТИА) среднего или высокого риска

Оценка ДАТ в комбинации с клопидогрелом и АСК с целью профилактики инсульта после острого малого ИИ или ТИА среднего или высокого риска проводилась в ходе двух рандомизированных исследований: CHANCE и POINT - с получением данных по исходам для клинической безопасности и эффективности.

Исследование CHANCE (*применение клопидогрела у пациентов с высоким риском развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) без инвалидизации*)

В этом рандомизированном двойном слепом мультицентровом плацебо-контролируемом клиническом исследовании приняли участие 5170 пациентов из Китая с острой ТИА (оценка ABCD2 ≥ 4) или острым малым инсультом (NIHSS ≤ 3). Пациенты в обеих группах в 1-й день получили дозу АСК в открытом режиме (величина дозы варьировалась в диапазоне от 75 до 300 мг, дозу устанавливал лечащий врач). Пациенты, рандомизированные в группу применения клопидогрела и АСК, получили нагрузочную дозу 300 мг в 1-й день, после чего получали клопидогрел в дозе 75 мг 1 раз в сутки в период

со 2-го дня по 90-й день включительно и АСК в дозе 75 мг 1 раз в сутки в период со 2-го дня по 21-й день включительно. Пациенты, рандомизированные в группу применения АСК, получали плацебо-версию клопидогрела в период с 1-го дня по 90-й день включительно и АСК в дозе 75 мг 1 раз в сутки в период со 2-го дня по 90-й день включительно.

Первичной конечной точкой эффективности являлся новый случай инсульта (ишемического или геморрагического) в первые 90 дней после острого малого ИИ или ТИА высокого риска. Такие случаи были зарегистрированы у 212 пациентов (8,2%) в группе применения клопидогрела и АСК по сравнению с 303 пациентами (11,7%) в группе применения АСК. Случаи ИИ наблюдались у 204 пациентов (7,9%) в группе применения клопидогрела и АСК по сравнению с 295 пациентами (11,4%) в группе применения АСК. Геморрагический инсульт случился у 8 пациентов в каждой из двух групп исследования (0,3% в каждой группе). Среднетяжелое или тяжелое кровоизлияние наблюдалось у 7 пациентов (0,3%) в группе применения клопидогрела и АСК и у 8 пациентов (0,3%) в группе применения АСК. Частота развития кровотечений составила 2,3% в группе применения клопидогрела и АСК по сравнению с 1,6% в группе применения АСК.

Исследование POINT (*тромбоцит-ориентированное ингибирование у пациентов с новыми случаями ТИА или малого ИИ*)

В этом рандомизированном двойном слепом мультицентровом плацебо-контролируемом клиническом исследовании приняли участие 4881 пациентов из разных стран с острой ТИА (оценка ABCD2 ≥ 4) или острым малым инсультом (NIHSS ≤ 3). Все пациенты в обеих группах получали дозу АСК в открытом режиме в период с 1-го дня по 90-й день (величина дозы варьировалась в диапазоне от 50 до 325 мг, дозу устанавливал лечащий врач). Пациенты, рандомизированные в группу применения клопидогрела, получили нагрузочную дозу клопидогрела 600 мг в 1-й день, после чего получали клопидогрел в дозе 75 мг 1 раз в сутки в период со 2-го дня по 90-й день включительно. Пациенты, рандомизированные в группу применения плацебо, получали плацебо-версию клопидогрела в период с 1-го дня по 90-й день включительно.

Первичной конечной точкой эффективности являлась комбинация массивных ишемических осложнений (ИИ, ИМ или летальный исход в результате ишемического сосудистого осложнения) к 90-му дню. Такие случаи были зарегистрированы у 121 пациента (5,0%) в группе применения клопидогрела и АСК по сравнению с 160 пациентами (6,5%) в группе применения только АСК. ИИ, являющийся вторичной конечной точкой, наблюдался у 112 пациентов (4,6%), получавших клопидогрел и АСК, по сравнению со 155

пациентами, получавшими АСК (6,3%). Большое кровотечение, являющееся первичной конечной точкой оценки безопасности, случилось у 23 из 2432 пациентов (0,9%), получавших клопидогрел и АСК, и у 10 из 2449 пациентов, получавших АСК (0,4%). Незначительное кровоизлияние случилось у 40 пациентов (1,6%), получавших клопидогрел и АСК, и у 13 пациентов, получавших АСК (0,5%).

Анализ периода действия препаратов в рамках исследований CHANCE и POINT

Не было преимущества в том, чтобы продолжать ДАТ более 21 дня. Клиническая польза от продолжения ДАТ более 3 недель продемонстрирована не была. Целью распределения массивных ишемических осложнений и случаев массивного кровоизлияния по группам лечения в периоде действия препаратов был анализ влияния краткосрочного периода действия ДАТ.

Фибрилляция предсердий

В исследования ACTIVE-W и ACTIVE-A, которые являются отдельными клиническими исследованиями программы ACTIVE, были включены пациенты с фибрилляцией предсердий (ФП), имеющие по крайней мере один фактор риска развития сосудистых осложнений. На основании критериев включения врачи отбирали пациентов для приема антагониста витамина К (АВК), таким как, например, варфарин, в исследование ACTIVE-W. В исследование ACTIVE-A были включены пациенты, которые не могли или не хотели принимать АВК.

Результаты исследования ACTIVE-W показали, что лечение антикоагулянтами типа АВК было более эффективным, чем применение клопидогрела + АСК.

ACTIVE-A (n = 7554) – это многоцентровое рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, в ходе которого было проведено сравнение терапии комбинацией клопидогрела в дозе 75 мг/сутки + АСК (n = 3772) и комбинацией плацебо + АСК (n = 3782). Рекомендуемая доза АСК составляла от 75 мг/сутки до 100 мг/сутки. Лечение продолжалось в течение периода до 5 лет.

У пациентов, рандомизированных в программу ACTIVE, была диагностирована подтвержденная фибрилляция предсердий (либо постоянная фибрилляция предсердий, либо как минимум 2 эпизода периодической фибрилляции предсердий за последние 6 месяцев), и имелся как минимум один из следующих факторов риска: возраст ≥ 75 лет или возраст от 55 лет до 74 лет при наличии в анамнезе сахарного диабета, требующего лекарственной терапии, либо документально подтвержденного перенесенного инфаркта миокарда или подтвержденной ишемической болезни сердца; лечение системной

гипертензии; перенесенный инсульт, ТИА или системная эмболия, не связанная с ЦНС; дисфункция левого желудочка с ФВЛЖ менее 45%; или подтвержденное заболевание периферических сосудов. Средняя оценка по шкале оценки риска инсульта CHADS2 составляла 2,0 балла (диапазон 0–6).

Основными критериями невключения пациентов были подтвержденная язвенная болезнь в течение предыдущих 6 месяцев; перенесенное внутримозговое кровоизлияние; значимая тромбоцитопения (количество тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$); потребность в клопидогреле или пероральных антикоагулянтах, или непереносимость любого из двух соединений.

73% пациентов, включенных в исследование ACTIVE-A, не могли принимать АВК по заключению врача, в связи с неспособностью соблюдать назначенный режим мониторинга МНО, предрасположенностью к падениям или риском травмы головы или специфическим риском развития кровотечения; в 26% случаев решение врача основывалось на нежелании пациента принимать АВК.

Популяция пациентов включала 41,8% женщин. Средний возраст составил 71 год, 41,6% пациентов были ≥ 75 лет. В общей сложности 23,0% пациентов получали антиаритмические препараты, 52,1% – бета-адреноблокаторы, 54,6% – ингибиторы АПФ и 25,4% – статины.

Количество пациентов, достигших основной конечной точки (время до возникновения первого инсульта, инфаркта миокарда, системной эмболии за пределами ЦНС или смерть от сосудистого заболевания) составило 832 (22,1%) в группе, получавшей клопидогрел + АСК, и 924 (24,4%) в группе плацебо + АСК (снижение ОР на 11,1%; 95% ДИ от 2,4% до 19,1%; $p = 0,013$), в первую очередь за счет значительного снижения частоты инсультов. Инсульт перенесли 296 (7,8%) пациентов, получавших клопидогрел + АСК, и 408 (10,8%) пациентов, получавших плацебо + АСК (снижение ОР на 28,4%; 95% ДИ от 16,8% до 38,3%; $p = 0,00001$).

Дети

В исследовании PICOLO с подбором дозы, в котором участвовали 86 новорожденных или младенцев в возрасте до 24 месяцев с риском тромбоза, эффективность клопидогрела оценивалась при введении последовательных доз 0,01 мг/кг массы тела, 0,1 мг/кг массы тела и 0,2 мг/кг массы тела новорожденным и младенцам и 0,15 мг/кг массы тела только новорожденным. Доза 0,2 мг/кг массы тела позволила достичь среднего процента ингибирования 49,3% (5 мкМ АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов), что было сопоставимо с таковым у взрослых, принимавших препарат клопидогрел в дозе 75 мг/сутки.

В рандомизированном двойном слепом исследовании в параллельных группах CLARINET 906 детей (новорожденных и младенцев) с цианотическим врожденным пороком сердца, купированным с помощью системного шунтирования в легочную артерию, были рандомизированы для получения клопидогрела в дозе 0,2 мг/кг ($n = 467$) или плацебо ($n = 439$) вместе с сопутствующей базисной терапией в период до второго этапа хирургического вмешательства. Среднее время между паллиативным шунтированием и первым введением исследуемого лекарственного препарата составило

20 дней. Приблизительно 88% пациентов получали одновременно АСК (в дозах 1–23 мг/кг/сутки). Между группами лечения не наблюдалось статистически значимых различий по основной комбинированной конечной точке, включавшей смертельный исход, тромбоз шунта или хирургическое вмешательство, связанное с заболеванием сердца, до достижения возраста 120 дней после события, считающегося тромботическим осложнением (89 (19,1%) в группе применения клопидогрела и 90 (20,5%) в группе применения плацебо). В группах применения клопидогрела и плацебо самой частой нежелательной реакцией было кровотечение; однако между этими группами не наблюдалось существенных различий в частоте кровотечений. При долгосрочном последующем мониторинге безопасности 26 пациентов с наложенным шунтом в возрасте одного года получали клопидогрел до достижения 18-месячного возраста. В ходе периода долгосрочного наблюдения новых проблем по безопасности выявлено не было.

Исследования CLARINET и PICOLO проводились с использованием восстановленного раствора клопидогрела. В исследовании относительной биодоступности у взрослых пациентов восстановленный раствор клопидогрела показал аналогичную степень и немного более высокую скорость всасывания основного циркулирующего (неактивного) метаболита по сравнению с зарегистрированной таблеткой.

5.2. Фармакокинетические свойства

Абсорбция

При однократном и повторном приеме внутрь в дозе 75 мг в сутки клопидогрел быстро всасывается.

Среднее значение $C_{\max}$ неизмененного клопидогрела в плазме крови (приблизительно 2,2–2,5 нг/мл после приема внутрь разовой дозы 75 мг) достигается приблизительно через 45 мин после приема препарата. По данным экскреции метаболитов клопидогрела через почки его абсорбция составляет приблизительно 50%.

Распределение

In vitro клопидогрел и его основной циркулирующий в крови неактивный метаболит обратимо связываются с белками плазмы крови (на 98% и 94%, соответственно), и данная связь является ненасыщаемой до концентрации 100 мг/мл.

Биотрансформация

Клопидогрел интенсивно метаболизируется в печени. *In vitro* и *in vivo* клопидогрел метаболизируется двумя путями: первый осуществляется с помощью эстераз и приводит к гидролизу клопидогрела с образованием неактивного производного карбоксильной кислоты (85% от циркулирующих метаболитов); второй путь осуществляется с помощью изоферментов цитохрома P450.

Первоначально клопидогрел метаболизируется до 2-оксо-клопидогрела, являющегося промежуточным метаболитом. Последующий метаболизм 2-оксо-клопидогрела приводит к образованию активного метаболита клопидогрела — тиольного производного клопидогрела. *In vitro* этот активный метаболит образуется, главным образом, с помощью изофермента CYP2C19, но в его образовании также участвуют некоторые другие изоферменты, включая CYP1A2, CYP2B6 и CYP3A4. Активный тиольный метаболит клопидогрела, выделенный в исследованиях *in vitro*, быстро и необратимо связывается с рецепторами тромбоцитов, блокируя, таким образом, агрегацию тромбоцитов.

$C_{\max}$ активного метаболита клопидогрела после однократного приема нагрузочной дозы 300 мг в 2 раза превышает таковую после 4-х дней приема поддерживающей дозы клопидогрела 75 мг. $C_{\max}$ достигается приблизительно в течение 30–60 мин.

Элиминация

В течение 120 ч после приема внутрь человеком ^{14}C -меченного клопидогрела около 50% радиоактивности выводится через почки и приблизительно 46% радиоактивности выводится через кишечник. После однократного приема внутрь дозы в 75 мг период полувыведения ($T_{1/2}$) клопидогрела составляет приблизительно 6 ч. После однократного приема и приема повторных доз клопидогрела $T_{1/2}$ его основного циркулирующего в крови неактивного метаболита составляет 8 ч.

Фармакогенетика

С помощью изофермента CYP2C19 образуются как активный метаболит, так и промежуточный метаболит — 2-оксо-клопидогрел. Фармакокинетика и антиагрегантное действие активного метаболита клопидогрела, при исследовании агрегации тромбоцитов *ex vivo*, варьируют в зависимости от генотипа изофермента CYP2C19.

Аллель гена CYP2C19*1 соответствует полностью функциональному метаболизму, тогда как аллели генов CYP2C19*2 и CYP2C19*3 являются нефункциональными. Аллели генов

CYP2C19*2 и CYP2C19*3 являются причиной снижения метаболизма у большинства представителей европеоидной (85%) и монголоидной расы (99%). Другие аллели, с которыми связано отсутствие или снижение метаболизма, встречаются реже и включают, но не ограничиваются, аллелями генов CYP2C19*4, *5, *6, *7 и *8. Пациенты с низкой активностью изофермента CYP2C19 должны обладать двумя указанными выше аллелями гена с потерей функции.

Опубликованные частоты встречаемости фенотипов пациентов с низкой активностью изофермента CYP2C19 составляют у пациентов европеоидной расы 2%, у пациентов негроидной расы — 4% и у пациентов монголоидной расы — 14%. Существуют специальные тесты для определения имеющегося у пациента генотипа изофермента CYP2C19.

По данным перекрестного исследования (40 добровольцев) с участием добровольцев с очень высокой, высокой, промежуточной и низкой активностью изофермента CYP2C19, каких-либо существенных различий в экспозиции активного метаболита и в средних значениях АДФ-ИАТ, у добровольцев с очень высокой, высокой и промежуточной активностью изофермента CYP2C19 выявлено не было. У добровольцев с низкой активностью изофермента CYP2C19 экспозиция активного метаболита снижалась на 63–71% по сравнению с добровольцами с высокой активностью изофермента CYP2C19.

При использовании схемы лечения 300 мг нагрузочная доза/75 мг поддерживающая доза (300 мг/75 мг) у добровольцев с низкой активностью изофермента CYP2C19 антитромбоцитарное действие снижалось со средними значениями ИАТ, составляющими 24% (через 24 ч) и 37% (на 5-й день исследования) по сравнению с ИАТ, составляющими 39% (через 24 ч) и 58% (на 5-й день лечения) у добровольцев с высокой активностью изофермента CYP2C19 и 37% (через 24 ч) и 60% (на 5-й день исследования) у добровольцев с промежуточной активностью изофермента CYP2C19.

Когда добровольцы с низкой активностью изофермента CYP2C19 получали препарат по схеме лечения 600 мг нагрузочная доза/150 мг поддерживающая доза (600 мг/150 мг), экспозиция активного метаболита была выше, чем при приеме по схеме лечения 300 мг/75 мг. Кроме этого, ИАТ составляло 32% (через 24 ч) и 61% (на 5-й день исследования), что было больше такового у добровольцев с низкой активностью изофермента CYP2C19, получавших лечение по схеме 300 мг/75 мг, и было подобно таковому в группах пациентов с более высокой интенсивностью CYP2C19-метаболизма, получавших лечение по схеме 300 мг/75 мг. Однако в исследованиях с учетом клинических исходов режим дозирования

клопидогрела для пациентов этой группы (пациентов с низкой активностью изофермента CYP2C19) пока не установлен.

Аналогично результатам данного исследования мета-анализ шести исследований, в который вошли данные 335 добровольцев, получавших клопидогрел и находившихся в состоянии достижения равновесной концентрации (C_{ss}), показал, что по сравнению с добровольцами с высокой активностью изофермента CYP2C19, у добровольцев с промежуточной активностью изофермента CYP2C19 экспозиция активного метаболита снижалась на 28%, а у добровольцев с низкой активностью изофермента CYP2C19 — на 72%, в то время, как ИАТ было снижено с различиями в ИАТ, составляющими 5,9% и 21,4%, соответственно.

Не проводилось оценки влияния генотипа CYP2C19 на клинические исходы у пациентов, получавших клопидогрел, в проспективных, рандомизированных, контролируемых исследованиях. Однако на настоящий момент имеется несколько ретроспективных анализов. Результаты генотипирования получены в следующих клинических исследованиях: CURE, CHARISMA, CLARITY-TIMI 28, TRITON-TIMI 38 и ACTIVE-A, а также в нескольких опубликованных когортных исследованиях.

В исследовании TRITON-TIMI 38 и 3-х когортных исследованиях (Collet, Sibbing, Giusti) пациенты комбинированной группы с промежуточной или низкой активностью изофермента CYP2C19 имели более высокую частоту сердечно-сосудистых осложнений (смерть, ИМ и инсульт) или тромбоза стента по сравнению с таковыми у пациентов с высокой активностью изофермента CYP2C19.

В исследовании CHARISMA и одном когортном исследовании (Simon) увеличение частоты сердечно-сосудистых осложнений наблюдалось только у пациентов с низкой активностью изофермента CYP2C19 (при их сравнении с пациентами с высокой активностью изофермента CYP2C19).

В исследованиях CURE, CLARITY, ACTIVE-A и одном из когортных исследований (Trenk) не наблюдалось увеличения частоты сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от интенсивности CYP2C19-метаболизма.

Особые группы пациентов

Фармакокинетика активного метаболита клопидогрела в этих группах пациентов не изучалась.

Пациенты старше 75 лет

У добровольцев старше 75 лет при сравнении с молодыми добровольцами не было получено различий по показателям агрегации тромбоцитов и времени кровотечения. Коррекция дозы не требуется.

Пациенты с нарушением функции почек

После повторных приемов клопидогрела в дозе 75 мг/сутки у пациентов с тяжелыми нарушениями функции почек (клиренс креатинина (КК) 5–15 мл/мин) ингибирование АДФ-ИАТ было ниже на 25% по сравнению с таковым у здоровых добровольцев, однако, удлинение времени кровотечения было подобно таковому у здоровых добровольцев, получавших клопидогрел в дозе 75 мг в сутки.

Пациенты с нарушением функции печени

Не было значимых отличий в степени АДФ-ИАТ после ежедневного приема клопидогрела в суточной дозе 75 мг в течение 10 дней у пациентов с тяжелыми нарушениями функций печени и у здоровых добровольцев. Среднее время кровотечения также сопоставимо в обеих группах.

Рассовая принадлежность

Распространенность аллелей генов изофермента CYP2C19, обуславливающих промежуточную и низкую активность этого изофермента, отличается у представителей различных расовых групп. Имеются ограниченные литературные данные об их распространенности у представителей монголоидной расы, что не позволяет оценить у них значения генотипирования изофермента CYP2C19 для развития ишемических осложнений.

5.3. Данные доклинической безопасности

Во время доклинических исследований на крысах и бабунах наиболее часто наблюдаемыми эффектами были изменения в печени. Они возникали при дозах, представляющих как минимум 25-кратную экспозицию, наблюдаемую у людей, получающих дозу 75 мг/сутки, и являлись следствием воздействия на печеночные ферменты. У человека, получавшего клопидогрел в терапевтической дозе, не наблюдалось влияния на печеночные ферменты.

При очень высоких дозах клопидогрела у крыс и бабуинов также отмечалась нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (гастрит, эрозии желудка, рвота).

При применении клопидогрела в дозах до 77 мг/кг в сутки в течение 78 недель у мышей и в течение 104 недель у крыс не было обнаружено никаких признаков канцерогенности (что указывает на экспозицию, как минимум, в 25 раз превышающую экспозицию, наблюдаемую у людей, получающих дозу 75 мг/сутки).

Клопидогрел был протестирован в ряде исследований генотоксичности *in vitro* и *in vivo* и не продемонстрировал генотоксичности.

Было обнаружено, что клопидогрел не оказывает влияния на фертильность самцов и самок крыс и не проявлял тератогенных свойств ни у крыс, ни у кроликов. При введении лактирующим крысам клопидогрел вызывал небольшую задержку в развитии потомства. Специфические фармакокинетические исследования, проведенные с использованием радиоактивного клопидогрела, показали, что исходное соединение или его метаболиты выделяются в молоко. Следовательно, нельзя исключить прямой эффект (незначительная токсичность) или косвенный эффект (низкая вкусовая чувствительность) у потомства.

6. ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

6.1. Перечень вспомогательных веществ

целлюлоза кремниевая микрокристаллическая [целлюлоза микрокристаллическая, кремния диоксид коллоидный безводный]

гипролоза (с низкой степенью замещения (L-HPC B1))

клевещины обыкновенной семян масло, гидрированное

оболочка Опадрай Y-I-7000 белый [гипромеллоза, титана диоксид, макрогол 400]

6.2. Несовместимость

Не применимо.

6.3. Срок годности (срок хранения)

3 года

6.4. Особые меры предосторожности при хранении

Хранить препарат при температуре не выше 25 °C.

6.5. Характер и содержание первичной упаковки

7 таблеток в блистер из комбинированной пленки «cold» ОПА /алюминиевая фольга / ПВХ // алюминиевая фольга. По 2 или 4 блистера в картонную пачку вместе с листком-вкладышем.

6.6. Особые меры предосторожности при уничтожении использованного лекарственного препарата или отходов, полученных после применения лекарственного препарата, и другие манипуляции с препаратом

Нет особых требований к утилизации.

7. ДЕРЖАТЕЛЬ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

Венгрия

ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС»

1106 Будапешт, ул. Керестури 30–38

Телефон: (+36–1) 803-5555

Электронная почта: mailbox@egis.hu

7.1. Представитель держателя регистрационного удостоверения

Претензии потребителей направлять по адресу:

Российская Федерация

ООО «ЭГИС-РУС»

121552, г. Москва, ул. Ярцевская, д.19, этаж 13, блок В

Тел: +7 (495) 363-39-66

Электронная почта: pharmacovigilance@egis.ru

Республика Беларусь

Представительство ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия) в Республике Беларусь

220053, г. Минск, пер. Ермака, д. 6А.

Телефон: (017) 380-00-80, (017) 227-35-51, (017) 227-35-52.

Факс: (017) 227-35-53.

Электронная почта: info@egis.by

Республика Армения

Представительство ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» в Республике Армения

0010, г. Ереван, ул. Анрапетутян, дом 67, 4 этаж.

Телефон: +374-10574509

Электронная почта: info@egis.am

8. НОМЕР РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ

ЛП-№(005400)-(РГ-RU)

9. КАТЕГОРИЯ ОТПУСКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Лекарственный препарат относится к категории отпуска по рецепту.

Общая характеристика лекарственного препарата Эгитромб доступна на информационном портале Евразийского экономического союза в информационно-коммуникационной сети «Интернет» <https://eec.eaeunion.org>.

V_0008