

Набиева Л.В.

студент

6 курс, Лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ

Россия, г. Тюмень

Старожилова Е.В.

врач терапевт

Взрослая поликлиника ГБУЗ ТО "ОКБ №2"

Россия, г. Тюмень

Шпаковская Я.А.

студент

6 курс, Лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ

Россия, г. Тюмень

Мешкова Н.А.

студент

6 курс, Лечебный факультет

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ

Россия, г. Тюмень

Научные руководители: Куимова Ж.В., к.м.н.,

доцент кафедры внутренних болезней, поликлинической терапии и

семейной медицины

Болотнова Т.В., д.м.н.

профессор кафедры внутренних болезней, поликлинической терапии и

семейной медицины

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

***Аннотация:** Проведен анализ выбора тактики лечения у 102 пациентов с фибрилляцией предсердий. Чаще пациентам с фибрилляцией предсердий и высоким риском тромбоемболических осложнений назначался варфарин. Высокая стоимость новых оральных антикоагулянтов ограничивала их в использовании. В случаях не назначения антикоагулянтов, среди причин преобладала невозможность проведения адекватного лабораторного контроля терапии в амбулаторных условиях.*

***Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, варфарин, профилактика, ривароксабан, амбулаторные условия.*

***Abstract:** The analysis of the choice of treatment tactics in 102 patients with atrial fibrillation was carried out. Often, patients with fibrillation predispositions and high rates of thromboembolic complications are prescribed warfarin. The high cost of new oral anticoagulants limits their use. The main reason for not prescribing anticoagulants to patients with atrial fibrillation and a high risk of thromboembolic complications is the inability to conduct adequate laboratory monitoring of therapy on an outpatient basis.*

***Key words:** atrial fibrillation, warfarin, prophylaxis, rivaroxaban, outpatient conditions.*

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее часто встречаемой аритмией во врачебной практике, составляя примерно треть госпитализаций по поводу нарушений ритма сердца [1,2]. Частота встречаемости ФП составляет 1–2%, и данный показатель, вероятно, увеличится в ближайшие 50 лет [3,4].

ФП ассоциируется с увеличением риска смерти, инсульта и других тромбоемболических осложнений (ТЭО), ухудшением качества жизни, снижением переносимости физической нагрузки и дисфункцией левого

желудочка (ЛЖ) [1,5–6]. Риск развития ишемического инсульта среди пациентов с неклапанной ФП — 5% в год, от 2 до 7 раз больше, чем у пациентов, не страдающих ФП [1,3,4]. ФП имеет прямую корреляцию с высоким риском летального исхода вследствие развития тромбоэмболических осложнений, а также с хронической сердечной недостаточностью. Как социальный аспект данной аритмии – высокий процент инвалидизации, и, что немало важно, снижение качества жизни больных [5].

Учитывая корреляцию распространения ФП и возраста, а также факт увеличения продолжительности жизни населения в развитых странах, становится очевидным возрастающая инцидентность и актуальность не только самой аритмии, но и ее осложнений в виде тромбоэмболических осложнений (ТЭО), требующих непрерывного контроля, выполнения комплекса мероприятий по их профилактике [2, 5].

Долгое время единственной группой антикоагулянтов были антагонисты витамина К (АВК), и наиболее широко используемый из них – варфарин [5]. Однако терапия АВК имеет ряд ограничений, таких как узкое терапевтическое окно, непредсказуемость и медленное развитие гипокоагуляции, необходимость частого лабораторного контроля и коррекции дозы препарата, взаимодействие с лекарственными препаратами и пищевыми продуктами [6].

Новые оральные антикоагулянты (НОАК), включающие в себя прямой ингибитор тромбина дабигатран и ингибиторы Ха фактора апиксабан, эдоксабан и ривароксабан являются альтернативой антагонистам витамина К для профилактики инсульта при ФП. Все НОАК имеют предсказуемый эффект без необходимости регулярного мониторинга антикоагуляции [2, 6].

Несмотря на солидную доказательную базу, в клинической практике риск инсульта и системных эмболий у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий часто недооценивается. В США варфарин получают только половина пациентов, находящихся на стационарном лечении, и треть амбулаторных больных, нуждающихся в нем [6].

Эти данные свидетельствуют о недостаточной адекватности профилактики системных тромбоэмболий у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий. В России пока не проводились исследования качества реальной практики назначения антикоагулянтов непрямого действия. Важно оценить ее именно в поликлинической сети, где наблюдается основная часть пациентов с хроническими заболеваниями. Это позволит получить представление о реальном положении вещей, выявить основные проблемы, возникающие при применении антикоагулянтов непрямого действия у пациентов с наиболее частым показанием к их назначению – постоянной формой фибрилляции предсердий, а также попытаться решить данную проблему с помощью современных клинико-фармакологических подходов [1, 4, 6].

Цель: оценить адекватность применения антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляции предсердий в поликлинических условиях.

Материалы и методы. На базе Взрослой поликлиники ГБУЗ ТО "Областной клинической больницы №2" (г. Тюмень) было проведено ретроспективное исследование амбулаторных карт пациентов с ФП на предмет наличия и адекватности проводимой антикоагулянтной терапии (АКТ). В исследование были включены 102 пациента в возрасте от 44 до 93 лет (средний возраст составил 76,5 лет), находящихся на диспансерном наблюдении. По полученным данным ретроспективно проводилась оценка показаний к назначению пероральных антикоагулянтов, наличие или отсутствие в назначениях АКТ, ее вид – при наличии. Клинические характеристики пациентов включали такие параметры, как пол, возраст, индекс Кетле (индекс массы тела (ИМТ)), оценка риска развития ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc, оценка риска развития кровотечений по шкале HAS-BLED, уровень международного нормализованного соотношения (МНО).

Результаты и обсуждение. В исследование было включено 102 пациента, из них женщин было 60% (n=61), а мужчин 40% (n=41) в возрасте от 44 до 93 лет, средний возраст составил $76,5 \pm 8,1$ лет. Характеристика ФП – неклапанная, постоянная форма. Высокий риск развития ОНМК (не менее 2 баллов по шкале

CHA2DS2-VASc) имели 100% исследуемых, что свидетельствует о необходимости назначения антикоагулянтной терапии. Средний балл по шкале CHA2DS2-VASc составил $4,57 \pm 0,82$ балла. Данный показатель указывает на наличие тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП, исходя из клинических рекомендаций пациентам, имеющим 2 и более балл по шкале CHA2DS2-VASc необходимо проводить антикоагулянтную терапию.

Средний балл по шкале HAS-BLED составил $2,55 \pm 0,58$ баллов. Пациенты с баллом 2 и менее составили 40% (n=41), а пациенты с баллом более 3 составили 60% (n=61). При этом, о высоком риске развития геморрагических осложнений свидетельствовала сумма баллов >3 [2,4].

В анамнезе 27% (n=27) пациентов - ишемический инсульт. У 27 % (n=27) был инфаркт миокарда. Подавляющее большинство пациентов (67% случаев) имели сочетание артериальной гипертензии и ИБС. Также в анамнезе пациентов были такие заболевания, как сахарный диабет II типа 17% (n=17), хроническая болезнь почек 19% (n=19), язвенная болезнь желудка 6% (n=5) и психическое заболевание 2% (n=1) (Рис.1). Стоит отметить, что повышение риска геморрагических осложнений коррелирует с количеством факторов риска, которые включают АГ, перенесенные ОНМК или ТИА, ХСН, пожилой или старческий возраст, а также гендерную особенность (женский пол) [3,4,5].

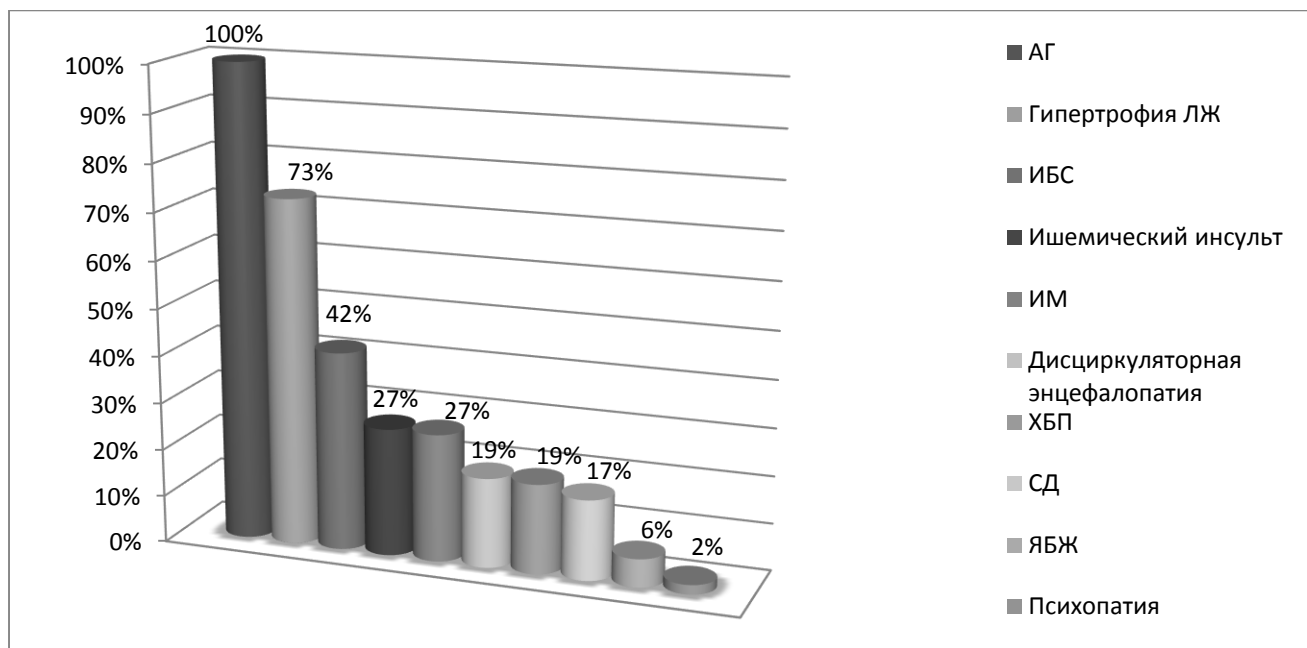


Рисунок.1 Структура сопутствующих заболеваний

При анализе назначения антикоагулянтной терапии было выявлено, что 38% (n=39) не получали антикоагулянты (против 62% (n=63)), принимали ацетилсалициловую кислоту (АСК) в 95% случаев и клопидогрель в 2%. (Рис.2). Основными причинами отсутствия в назначениях антикоагулянтной терапии являлось невозможность контроля МНО 32%, наличие в анамнезе ХБП 3б и 4 стадии 16% и эрозивного гастрита или ЯБЖ в стадии обострения 5%, у остальных 47% пациентов причина не выявлена. Среди больных, получавших АКТ, 52 % (n=33) принимали НОАК (ривароксабан, апиксабан и дабигатран), 48 % (n=30) варфарин. Доза варфарина считается подобранной, если два значения МНО подряд находятся в целевом диапазоне. В нашем исследовании адекватная доза препарата была подобрана у 66% (n=20), у 34 % (n=10) антикоагулянтная терапия варфарином была неадекватной (показатель МНО не достигал целевых значений).

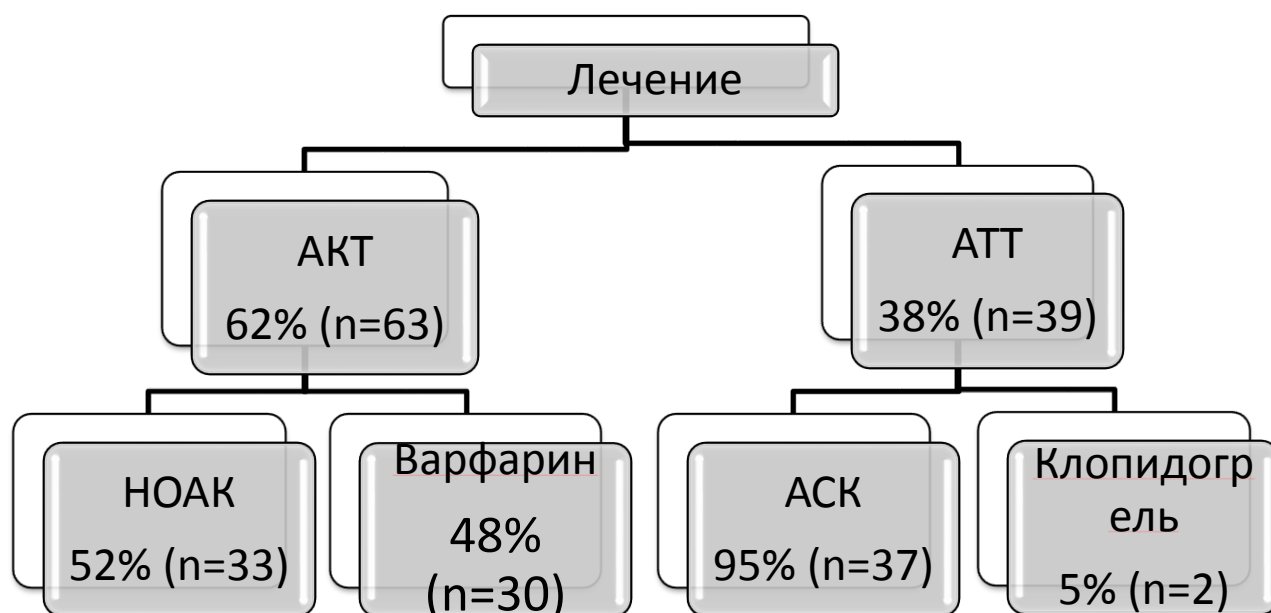


Рис.2 Проведенная терапия пациентам с ФП.

Для сравнения частоты развития осложнений были сформированы 2 группы в зависимости от назначенной терапии. В первую группу вошли пациенты, получающие терапию ацетилсалициловой кислотой, в вторую группу вошли пациенты, получающие антикоагулянтную терапию. Все пациенты анализируемых групп имели показания к антикоагулянтной терапии, т. к. все пациенты оказались в категории среднего и высокого рисков тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc. Средний балл по шкале CHA2DS2-VASc составил $4,42 \pm 1,01$ балла и $4,52 \pm 1,23$ балла соответственно. Частота ОНМК чаще встречалась в 1-ой группе - 42% случаев в сравнении со 2-ой группой, где частота ОНМК составила – 25%. Высокий риск кровотечений по шкале HAS-BLED был диагностирован в 53% и в 59% случаев соответственно.

Выводы

1. Среди пациентов с фибрилляцией предсердий, находящихся на диспансерном наблюдении в взрослой поликлинике ГБУЗ ТО "ОКБ №2", 100 % пациентов нуждаются в назначении длительной антикоагулянтной терапии.
2. Однако, 10% пациентам проводилась неадекватная антикоагулянтная терапия варфарином и 36 % назначена монотерапия ацетилсалициловой кислотой, тем

самым пациенты остаются в группе высокого риска тромбоэмболических осложнений.

3. У пациентов, принимающих ацетилсалициловую кислоту вместо антикоагулянта, выявляется чаще острое нарушение мозгового кровообращения.
4. В большинстве случаев причинный фактор отсутствия антикоагулянта в терапии ФП не выявлен.
5. Низкий комплаенс пациентов остается актуальной проблемой, что требует проведения школ по ведению больных с аритмией. Повышение информированности пациента о своем заболевании, важности антикоагулянтной терапии, обучение его правилам приема варфарина, методам самоконтроля и первой помощи может значительно улучшить приверженность и повысить качество терапии.

Использованные источники:

1. Баранова Е.И., Соболева А.В., Р.С. Азнаурян Р.С., Ионин В.А., Чубенко Е.А., Кацап А.А., Яцук Д.И. Адекватность антитромботической терапии при неклапанной фибрилляции предсердий в реальной клинической практике // Атеротромбоз. 2015. №1. С.16-23
2. Верткин А.Л., Носова А.В., Алгиян Е.А., Ховасова Н.О. Фибрилляция предсердий 2014 год.
3. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА, АССХ 2012. Российский кардиологический журнал, 2013, 4(102): приложение 3.
4. Задионченко В.С., Шехян Г.Г., Щикота А.М., Ялымов А.А. Место Варфарина в лечении и профилактике тромбоэмболий. - «РМЖ».- №27.- 2015 г.
5. Кучмин А.Н., Симоненко В.Б., Никитин А.Э., Стеклов В.И., Шуленин С.Н., Галенко А.С. Диагностика и лечение фибрилляции и трепетания предсердий в военно-медицинских учреждениях Министерства обороны Российской Федерации: Методические указания под ред. проф. Белевитина А.Б. – М.: "Эко-Пресс", 2010. - 52 с.

6. Сулимов В.А., Напалков Д.А., Соколова А.А., Жиленко А.В., Аникина О.С. Антикоагулянтная терапия в реальной клинической практике: данные ретроспективного одномоментного исследования // РФК. 2015. №2. С.116-123.