

ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Сурмач Е.И., Дешко М.С.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет», 1-ая кафедра внутренних болезней, г. Гродно

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, инсульт, факторы риска, оральные антикоагулянты

Резюме: Фибрилляция предсердий ассоциирована с повышенным риском развития инсульта и других тромботических осложнений. Риск развития инсульта при ФП определяется ее сочетанием с одним и более дополнительных факторов риска. Профилактика инсульта требует постоянного приема оральных антикоагулянтов.

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее распространенным устойчивым нарушением сердечного ритма. От 1% до 3% населения Европы подвержены этой аритмии, при этом истинная распространенность ФП выше, т.к. у значительной части пациентов ФП протекает бессимптомно. ФП ассоциирована с пятикратным повышением риска возникновения инсульта и других тромботических осложнений, что делает антитромботическую терапию ключевым моментом в лечении данной категории пациентов [1].

При этом риск инсульта у пациентов с ФП неоднороден и обусловлен сочетанием с дополнительными факторами риска, которые вместе составляют шкалу CHA₂DS₂-VASc: С, застойная сердечная недостаточность/дисфункция левого желудочка (ХСН); Н, артериальная гипертензия (АГ); А₂, возраст ≥75 лет; D, сахарный диабет; S₂ – инсульт/транзиторная ишемическая атака/системные эмболии; V, поражение артериального сосудистого русла (ишемическая болезнь сердца [ИБС], включая анамнез инфаркта миокарда, коронарной реваскуляризации; облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, атеросклеротические бляшки в аорте); А, возраст 65-74 года; Sc, женский пол. [1, 2]

Европейские рекомендации по лечению ФП выделяют только одну категорию пациентов, не требующих антитромботической терапии – пациенты с низким риском развития инсульта, т.е. пациенты с идиопатической ФП в возрасте младше 65 лет (CHA₂DS₂-VASc=0 для мужчин и 1 для женщин). Все остальные пациенты требуют назначения антитромботической терапии, которая предполагает прием оральных антикоагулянтов (ОАК), например, варфарина, который остается наиболее часто назначаемым ОАК [1-4].

Вместе с тем, варфарин является «неудобным» ОАК как для пациентов, так и врачей, т.к. требует постоянного лабораторного контроля, характеризуется множественными взаимодействиями с другими

лекарственными препаратами и продуктами питания, переменным антикоагулянтным эффектом и т.д. [4].

Кроме того ОАК связана с умеренным повышением риска развития больших кровотечений, который при недостаточном контроле повышается значительно. Альтернатива варфарину в виде прямого ингибитора тромбина и ингибиторов фактора Ха значительного распространения не получила в виду высокой стоимости [4]. Все это приводит к низкой приверженности к назначению ОАК, часто, замене ОАК антитромбоцитарными препаратами, что при сравнимом риске кровотечения не обеспечивает значимого снижения риска развития инсульта при ФП, особенно у пожилых пациентов [3].

Цель: анализ реализации рекомендаций по профилактике инсульта и других тромбоэмболических осложнений у пациентов с неклапанной ФП.

Задачи: 1. оценка у пациентов с неклапанной ФП риска развития инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc. 2. анализ распространенности отдельных факторов риска развития инсульта у пациентов с неклапанной ФП. 3. сопоставление риска развития инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc с назначаемой пациентам с ФП антитромботической терапией.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ историй болезни 110 пациентов с неклапанной ФП (возраст 62 [54-68] лет, 67 [60,4%] мужчин), находившихся на стационарном лечении в УЗ «Гродненский областной клинический центр» в период с июня 2014 года по май 2015 года. Пациенты с клапанной ФП были исключены из анализа.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, вошедших в исследование, баллы по шкале CHA₂DS₂-VASc распределились следующим образом: 1 балл - 8 пациентов; 2 балла - 21 пациент; 3 балла - 28 пациентов; 4 балла – 33 пациента; 5 баллов - 9 пациентов; 6 баллов - 4 пациента; 7 баллов – 6 пациентов; 8 баллов - 1 пациент (рис. 1).

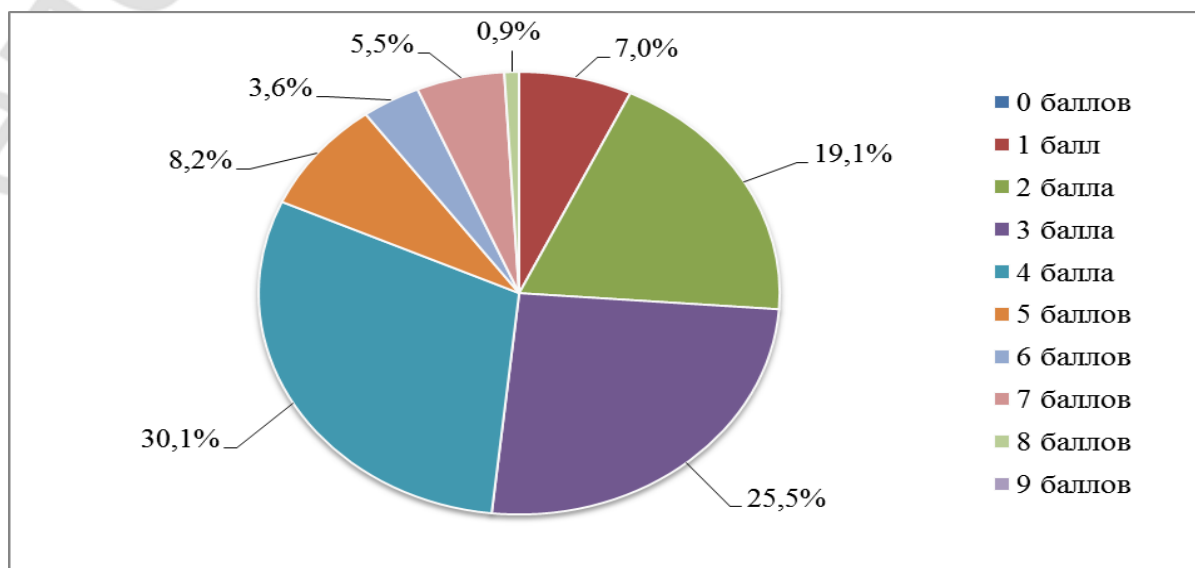
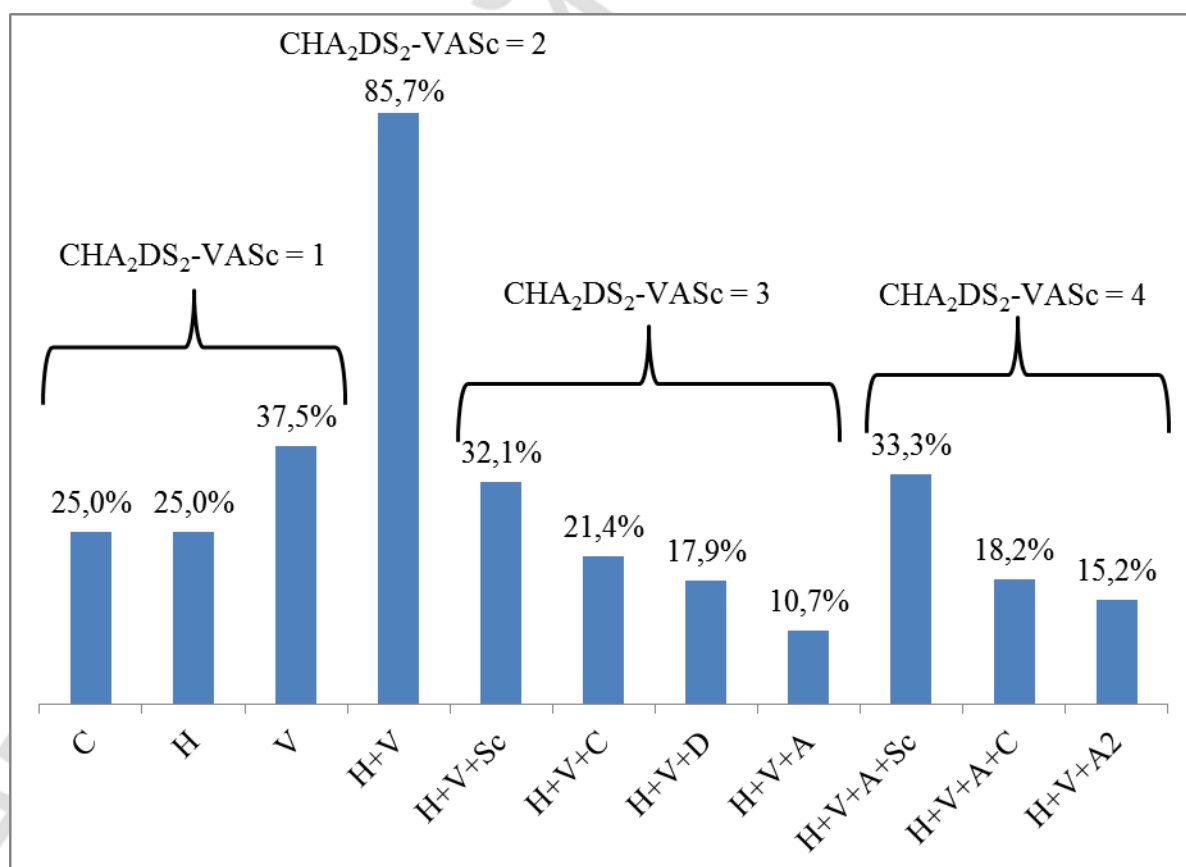


Рис. 1 – Распределение пациентов по баллам согласно шкале CHA₂DS₂-VASc

При этом лишь 1 (0,9%) пациентка (CHA₂DS₂-VASc=1) имела низкий риск развития инсульта и, следовательно, не нуждалась в назначении ОАК. Остальные 109 (99,1%) пациентов относились к группам с умеренным и высоким риском развития инсульта, следовательно, им была показана терапия ОАК.

Поражение артериального русла было ведущим фактором риска развития инсульта у пациентов с 1 баллом по шкале CHA₂DS₂-VASc – в 3 (37,5%) случая. Кроме этого среди факторов риска часто встречались ХСН и АГ - по 2 (25,0%) случая (рис. 2). Из 8 пациентов с CHA₂DS₂-VASc=1 7 пациентов были мужчины, 3 (42,9%) из них получали ОАК (варфарин).



* А, возраст 65-74 года; А2, возраст ≥ 75 лет; С, хроническая сердечная недостаточность; D, сахарный диабет; H, артериальная гипертензия; Sc, женский пол; V, поражение артериального сосудистого русла

Рис. 2 – Распределение факторов риска у пациентов с CHA₂DS₂-VASc от 1 до 4 баллов

Наиболее распространенными факторами риска инсульта в группе пациентов, набравших 2 балла по шкале CHA₂DS₂-VASc, оказались сочетание АГ и поражения артериального сосудистого русла – 18 (85,7%) пациентов (рис. 2). ОАК в этой группе была назначена 14 (66,7%) пациентам.

У пациентов с CHA₂DS₂-VASc=3 риск был обусловлен сочетанием АГ и поражения артериального русла с одним из следующих факторов риска: женским полом (9 [32,1%] пациентов); ХСН (6 [21,4%] пациентов); сахарным

диабетом (5 [17,9%] пациентов); возрастом от 65 до 74 лет (3 [10,7%] пациента) (рис. 2). При этом ОАК получало только 9 (32,1%) пациентов.

В группе пациентов, набравших 4 балла по шкале CHA₂DS₂-VASc, наиболее часто имели место сочетание АГ, поражения артериального русла, принадлежности к возрастной группе 65-74 лет и женского пола (11 [33,3%] пациентов); либо сочетание первых трех вышеперечисленных факторов риска и ХСН (6 [18,2%] пациентов).

У 5 (15,2%) пациентов имело место сочетание АГ, поражения артериального русла и возраста старше 75 лет (рис. 2). Среди пациентов данной группы 12 (36,4%) принимало ОАК.

Факторы риска среди групп пациентов, набравших 5, 6, 7 или 8 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc, распределились примерно поровну. ОАК пациентам этих групп назначались в 7 (77,8%), 3 (75%), 4 (66,7%) случаях, соответственно.

Следует отметить, что в случаях, когда ОАК не назначались с целью профилактики инсульта пациенты получали ацетилсалициловую кислоту в виде монотерапии либо в сочетании с клопидогрелем, что объясняется распространенностью ИБС среди пациентов с ФП.

Выводы: Таким образом, наиболее распространенными факторами риска развития инсульта у пациентов с ФП являются АГ и ИБС. Только часть пациентов получают необходимую профилактику инсульта и тромбоэмболических осложнений ОАК.

Литература

1. Dzeshka, M.S. Stroke and bleeding risk assessment: Where are we now? / M.S. Dzeshka, G.Y. Lip // J. Atr. Fibrillation. – 2014. – Vol. 6, № 6. – P. 49-57.
2. Dzeshka, M.S. Specific risk scores for specific purposes: Use CHA₂DS₂-VASc for assessing stroke risk, and use HAS-BLED for assessing bleeding risk in atrial fibrillation / M.S. Dzeshka, G.Y. Lip // Thromb. Res. -2014. - Vol. 134. – P. 217–218.
3. Dzeshka, M.S. Antithrombotic and anticoagulant therapy for atrial fibrillation / M.S. Dzeshka, G.Y. Lip // Cardiol. Clin. – 2014. - Vol. 32. – P. 585–599.
4. Dzeshka, M.S. Non-vitamin K oral anticoagulants in atrial fibrillation: Where are we now? / M.S. Dzeshka, G.Y. Lip // Trends Cardiovasc. Med.– 2015. – Vol. 25, № 4. – P. 315-336.