

# **Эффективность, безопасность и клиническая обоснованность антикоагулянтной терапии у пациентов с перманентной формой фибрилляции предсердий**

*Алексеюк Ольга Александровна*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

*Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, доцент Романова Ирина Сергеевна, Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

## **Введение**

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее часто встречающихся форм в клинической практике. ФП рассматривается как один из важнейших факторов риска развития системных тромбоэмболических осложнений, приводящих к неблагоприятным исходам. Распространенность ФП составляет около 1 % в общей популяции и увеличивается с возрастом, составляя примерно 6 % у 60–80-летних.

## **Цель исследования**

Оценить тактику лечения пациентов с перманентной формой ФП в стационаре, изучить подходы к назначению антикоагулянтных препаратов.

## **Материалы и методы**

Выполнен случайный набор стационарных карт пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение госпиталя МВД, с различными формами фибрилляции предсердий за период 2014-2015 гг. Проведена выкопировка данных 30 пролеченных пациентов. Разработана анкета в базе Access Microsoft. Статистическая обработка: статистический пакет программы Microsoft Excel, 2010, Statistica 6.0. Результаты представлены средними величинами с диапазоном минимального и максимального значения.

## **Результаты**

Предварительный ретроспективный анализ полученных данных показал, что большинство пациентов с перманентной формой ФП, включенных в анализ, составили мужчины – 97,1%, средний возраст 67,4±5,3 года. В стационаре в качестве антикоагулянтов назначался нефракционированный гепарин (56,2% случаев), эноксапарин натрия (19,3% случаев), надропарин кальция (15,2% случаев). Большинству пациентов (77,4%) с диагнозом перманентная форма ФП в период стационарного лечения был назначен непрямой антикоагулянт – варфарин под контролем МНО. Среди сопутствующей терапии чаще всего использован омега-3 (в 65,4% случаев), амиодарон (в 34,2% случаев), которые потенциально могут усиливать антикоагулянтное действие варфарина. Также в сопутствующую терапию входили гиполипидемические препараты (аторвастатин), антиагреганты (аспикард, клопидогрель), антибиотики (цефтриаксон), которые в разной степени могут усиливать действие варфарина. Целевой уровень гипокоагуляции (МНО 2-3) был достигнут у всех пациентов при выписке.

## **Выводы**

Тактика ведения пациентов в целом соответствует клиническому протоколу диагностики и лечения тахикардий и нарушений проводимости, утвержденному МЗ РБ.

Скорость достижения уровней гипокоагуляции при назначении варфарина зависит во многом от сопутствующей медикаментозной терапии, что необходимо учитывать при выписке пациента из стационара.