

Н. С. Жилинский

ОЦЕНКА АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Научный руководитель: ассист. Шолкова М. В.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Фибрилляция предсердий (ФП) является самой часто встречающейся суправентрикулярной аритмией, она обладает самыми высокими показателями заболеваемости и смертности среди нарушений ритма. В США насчитывается более 3 млн. пациентов с ФП, в странах Западной Европы – более 4,5 млн., по прогнозам, к 2050 году число таких больных увеличится в три или четыре раза [4]. Одними из наиболее серьезных осложнений мерцательной аритмии являются тромбоэмболические события. Риск инсульта при наличии ФП у пациентов возрастает по различным источникам от 2 до 5 раз [1]. Идентификация клинических факторов, ассоциированных с риском инсульта, привела к разработке различных шкал по оценке вероятности его развития. Шкала CHA₂DS₂-VASc оценивает риск нарушения мозгового кровообращения [3]. Шкала HAS-BLED оценивает риск возможных кровотечений [5]. Результаты оценивания по шкалам необходимо учитывать при назначении антикоагулянтной терапии. К сожалению, очень многие пациенты, нуждающиеся в антикоагулянтной терапии, не принимают необходимые препараты.

Цель: оценка антикоагулянтной терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы исследования. За период с 08.2017 по 12.2017 гг. было обследовано 70 пациентов, которые находились на стационарном лечении в кардиологическом отделении №2 в УЗ «6-ая городская клиническая больница» г. Минска. У всех пациентов имели место разные формы мерцательной аритмии. Пациентам проводилась оценка риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc и оценка риска кровотечений по шкале HAS-BLED. Применяемую амбулаторно антикоагулянтную терапию устанавливали методом анкетирования. Проводимую в стационаре терапию определяли по листу назначений. Оценивались значения коагулограмм при поступлении и в динамике лечения пациентов. Анализ и статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. В выборочной совокупности было 35 женщин и 35 мужчин. Средний возраст пациентов составил 70 ±11 лет. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от значений индекса CHA₂DS₂-VASc: первая группа – низкий риск (0-1 балл), вторая группа – средний риск (2 балла), третья группа – высокий риск (3 и более балла).

В первую группу был включен один пациент мужского пола 54 лет страдающий персистирующей формой ФП. На амбулаторном этапе антикоагулянтных или антиагрегантных препаратов не принимал, при этом, согласно протоколам лечения ФП, в постоянном приеме не нуждался. На стационарном лечении препаратом выбора стал варфарин в дозировке 2.5мг 1 раз в день.

Во второй группе (2 балла по шкале CHA₂DS₂-VASc) было 11 пациентов. Большинство составили мужчины (n=10), средний возраст в группе 55.6±7.7 лет. У двух пациентов наблюдалась перманентная форма ФП, пароксизмальной формой страдал один пациент, у 8 пациентов отмечалась персистирующая ФП. В качестве рекомендуемых препаратов таким пациентам амбулаторно следует принимать оральные антикоагулянты (ОАК) при контроле МНО 2-3, или новые пероральные антикоагулянты (НПАК) – ривароксабан, дабигатран [2]. Однако меньше половины (46%, n=5) соблюдали данные рекомендации на амбулаторном этапе. Три пациента принимали варфарин, 1 пациент принимал комбинацию аспирина и варфарина, один пациент принимал НПАК. Из 7 пациентов, принимавших варфарин амбулаторно, у трех доза была низкая (МНО при поступлении ниже 2,0). Шесть пациентов (54%) амбулаторно принимали неадекватную антикоагулянтную терапию: (4 пациента - аспирин, двое не принимали никаких антиагрегантных и антикоагулянтных препаратов). В стационаре всем пациентам назначена адекватная антикоагулянтная терапия: варфарин (n=9) или НПАК. При оценке риска кровотечений по шкале HAS-BLED все пациенты относились к группе низкого риска (1 балл).

В третью группу (≥3 баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc) было включено 58 пациентов. Средний возраст составил 73.4±8.6 лет. Женщин было больше (59%, n=34), чем мужчин (41%, n=24). 20 пациентов (32%) страдали от перманентной ФП, 30 пациентов (52%) – от персистирующей. 8 пациентов (14%) - от пароксизмальной.

Данной категории пациентов рекомендованы для постоянного приема ОАК при контроле МНО 2-3, либо НПАК [2]. Тем не менее, амбулаторно большинство пациентов, 42 человека (72%) придерживалось неэффективной стратегии лечения: 33 пациента (57%) принимали только аспирин, 9 пациентов (16%) никаких антикоагулянтных и антиагрегантных препаратов не принимали.

12 пациентов (17%) амбулаторно принимали варфарин, шесть человек - НПАК (10%). Из 12-ти пациентов, принимавших варфарин, адекватная доза препарата (МНО 2,0-3,0 при поступлении) была у только 3-х (25%). У 8 пациентов доза варфарина была неадекватна (МНО ниже 2,0 или выше 3,0).

Высокий и низкий риски кровотечений по HAS-BLED имели практически одинаковое количество пациентов: высокий – 31 пациент, низкий – 27.

В стационаре 32 пациента (55%) получали варфарин, варфарин в сочетании с аспирином – 7 (12%) пациентов, шести пациентам (10%) были назначены НПАК. Изолированно аспирин применялся у 11 пациентов (19%), причем большинство – мужчины (n=7). Двум пациентам антикоагулянтная терапия была отменена из-за нарушений гемостаза.

Выводы:

Согласно шкале CHA₂DS₂-VASc, большинство госпитализированных пациентов с фибрилляцией предсердий имеют высокий риск тромбоэмболических осложнений (83%). Риск тромбоэмболических осложнений увеличивается с возрастом пациентов (p=0,001). Высокие значения рисков преобладают у женщин (p=0,005). Значительное количество пациентов с фибрилляцией предсердий (48 человек, 83%) амбулаторно принимают неадекватную антикоагулянтную терапию. С возрастом и ростом риска тромбоэмболических осложнений приверженность пациентов антикоагулянтной терапии снижается. Пациенты, принимающие варфарин амбулаторно (n=16), в

подавляющем большинстве (69%, n=11) неудовлетворительно контролируют МНО и не проводят своевременную коррекцию дозы препарата. Большинству пациентов в стационарных условиях в качестве антикоагулянтной терапии назначался варфарин (n=42, 60%), новые пероральные антикоагулянты были назначены в 7 случаях (10%), только аспирин в 19%.

M. S. Zhyllinski

EVALUATION OF ANTICOAGULANT THERAPY IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Tutor: assistant M. V. Sholkova

*Department of Propaedeutics of Internal Diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература:

1. Бокерия Л. А. Профилактика инсультов при фибрилляции предсердий. // *Анналы аритмологии*. 2005. №3.
2. Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, осложненных сердечной недостаточностью (утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.06.2017 № 59). **Стр. 159.**
3. Клинические рекомендации Фибрилляция предсердий [Электронный ресурс] / Министерство здравоохранения Российской Федерации. - Москва 2017. – Режим доступа: <https://racvs.ru/clinic/files/2017/Atrial-Fibrillation.pdf>. (дата обращения 23.02.2018).
4. Национальные рекомендации диагностика и лечение фибрилляции предсердий [Электронный ресурс] / Республиканский научно-практический центр Кардиология – Режим доступа: <http://www.cardio.by/files/299/nrfp.pdf>. (дата обращения: 24.02.2018).
5. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*. 2010 Nov. №138(5):1093-100.