

Лечение больных фибрилляцией предсердий в условиях поликлиники – фокус на анти тромботическую терапию

Е.Е.Матвиенко

Воронежская областная клиническая больница №2, Воронеж

В статье приводится анализ амбулаторной курации больных фибрилляцией предсердий с оценкой риска тромбозомболических осложнений и адекватности анти тромботической терапии.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, анти тромботическая терапия.

Treatment of Patients with Atrial Fibrillation in Outpatient Clinic – the Emphasis is on Antithrombotic Therapy

E.E. Matvienko

Voronezh Regional Hospital No.2, Voronezh

The article contains the analysis of the outpatient treatment of patients with atrial fibrillation, the assessment of thromboembolic risk and antithrombotic therapy.

Keywords: atrial fibrillation, antithrombotic therapy.

Введение

Наиболее актуальной проблемой амбулаторного лечения больных фибрилляцией предсердий (ФП) является адекватная анти тромботическая терапия. Наличие любой формы ФП значительно увеличивает риск тромбозомболических осложнений, кардиоэмболического инсульта – в 5 раз [1,2]. В связи с этим больные ФП могут быть отнесены к категории «трудных» пациентов в повседневной практике участкового терапевта. В настоящее время частота применения анти коагулянтов, позволяющих уменьшить смертность, связанную с ФП, в условиях поликлиники остается низкой, и вопросы профилактики тромбозомболических событий у данной категории больных не решены.

Цель работы: оценить риск тромбозомболических осложнений и адекватность анти тромботической терапии больных ФП в условиях поликлиники г. Воронежа.

Материал и методы

Проведен анализ амбулаторных карт 96 больных ФП поликлиники №1 БУЗ ВО «ВОКБ №2», в том числе 55 мужчин (57,3%) и 41 женщины (42,7%).

Средний возраст пациентов составил $71,8 \pm 0,8$ года. Оценивались характер и генез аритмии, сопутствующие заболевания, данные дополнительного обследования, получаемая терапия. Для определения риска тромбозомболических осложнений у пациентов с неклапанной ФП использовалась шкала CHA2DS2-VASc. У больных, получавших варфарин, для оценки эффективности терапии определялся показатель TTR (Time Therapeutic Range) – время нахождения значений МНО в терапевтическом диапазоне (в %); терапия считалась эффективной при TTR – 70% и более.

Результаты исследования

У 59 (61,5%) больных отмечалась пароксизмальная или персистирующая форма ФП, у 37 (38,5%) – постоянная форма ФП. Перенесли ранее радиочастотную абляцию (РЧА) 8 человек (8,3%), имплантацию искусственного водителя ритма – 5 (5,2%).

У 6 больных (6,25%) ФП носила клапанный характер. У 5 человек был диагностирован ревматический стеноз митрального клапана, из них 1 пациентка имела в анамнезе комиссуротомию, 3 – протезирование митрального клапана. 1 больной перенес ранее протезирование аортального клапана по поводу дегенеративного сочетанного порока. Таким образом, 4 больных имели искусственные клапаны сердца: 2 – механические протезы митрального клапана, 1 – механический протез аортального клапана, 1 – биологические протезы митрального и аортального клапанов.

У 5 пациентов, по данным ЭХОКГ, был выявлен дегенеративный стеноз аортального клапана, у 1 – врожденная патология аортального клапана с недостаточностью 3–4-й степени, у 1 – ревматическая недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Этим больным включили в группу неклапанной ФП.

У подавляющего большинства пациентов – 90 (93,75%) ФП имела неклапанный характер. Из них 84 больных (93,3%) страдали гипертонической болезнью, 55 (61,1%) – ишемической болезнью сердца, 9 человек (10,0%) перенесли ранее острый инфаркт миокарда, 10 (11,1%) – баллонную ангиопластику и стентирование коронарных артерий, 2 (2,2%) – операцию аорто-коронарного шунтирования; у 25 пациентов (27,8%) отмечалось снижение сократительной функции левого желудочка менее 55%, у 3 больных (3,3%) диагностирован тиреотоксикоз.

30 больных (31,5%) страдали сахарным диабетом, у 17 (17,7%) было выявлено повышение креатинина крови, соответствующее 3-й стадии хронической болезни почек.

24 человека (25% – каждый четвертый) перенесли ранее острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторную ишемическую атаку, 2 (2,1%) – ТЭЛА. У больных неклапанной ФП при оценке риска тромбозомболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc средний балл составил $4,3 \pm 0,2$; только 1 человек (1,1%) получил 0 баллов, 4 человека (4,4%) – 1 балл, у 85 (94,4%) пациентов риск составил 2 и более баллов (что согласно современным рекомендациям является абсолютным показанием для назначения анти коагулянтов). Максимальная оценка по шкале CHA2DS2-VASc равнялась 8 баллам – у 3 человек, 7 баллам – у 6 человек, 6 баллам – у 14. Таким образом, в целом высокий риск тромбозомболических осложнений имели 91 пациент (94,8%) – 6 с клапанной и 85 с неклапанной ФП.

При анализе анти тромботической терапии были получены следующие данные. Принимали анти-

коагулянты 53 больных (55,2%), из них варфарин – 22 (22,9%), новые оральные антикоагулянты (НОАК) – 31 (32,3%), в том числе, ривароксабан – 23, апиксабан – 4, дабигатран – 4.

Частота применения НОАК оказалась выше ожидаемой – на 9,4% больше, чем варфарина, что свидетельствует о преодолении врачебной инерции в отношении назначения данных препаратов. Среди НОАК лидировал ривароксабан (74,2% от всех принимавших НОАК), что вероятно связано с однократным приемом, лучшей приверженностью терапии при хорошей переносимости лечения.

Крупных геморрагических осложнений на фоне приема всех антикоагулянтов зарегистрировано не было. В группе ривароксабана у 2 больных (8,7%) отмечалась преходящая микрогематурия, у 1 (4,3%) – кровоизлияние в глазное яблоко, не послужившие причинами отказа от дальнейшего приема препарата. В группе дабигатрана (4 человека) у 2 больных наблюдались умеренно выраженные диспептические явления, у одного – повышенная кровоточивость десен; в группе апиксабана (4 человека) у одного пациента – повышение частоты и интенсивности геморроидальных кровотечений.

На фоне приема варфарина у 2 (9,1%) больных была выявлена гематурия, у 3 (13,6%) – геморроидальные кровотечения, у 3 (13,6%) – повышенная кровоточивость десен, у 2 (9,1%) – мелкоочаговые некрозы кожи, у 1 (4,5%) – носовое кровотечение.

Среди 22 пациентов, получавших варфарин, только у 8 (36,4%) отмечался достаточный контроль МНО (TTR – 70% и более). При этом максимально эффективной терапия была у больных с искусственными клапанами (в 100% случаев TTR – 70% и более), 2 из 4 имели аппарат для самостоятельного определения МНО в домашних условиях. Средний показатель TTR у принимавших варфарин составил $61,9 \pm 3,2\%$, что по современным представлениям нельзя считать достаточным для профилактики тромбоэмболических осложнений.

В целом эффективно лечились 39 (40,6%) человека, принимавших НОАК и варфарин с хорошим контролем МНО.

При сравнении адекватности антитромботической терапии у больных с клапанной и неклапанной ФП были получены следующие данные. В группе пациентов с клапанной ФП принимали антикоагулянты 5 человек из 6 (83,3%), из них 4 человека – варфарин (у всех TTR $\geq 70\%$, в среднем – $77,5 \pm 2,5\%$), одна пациентка с ревматическим пороком митрального клапана (стенозом с площадью митрального отверстия 2 см^2 и недостаточностью 3-й степени) принимала апиксабан, что не является оптимальным. Таким образом, в группе больных клапанной ФП адекватной можно считать терапию в 4 (66,7%) случаях. Среди 90 пациентов с неклапанной ФП антикоагулянты получали 48 (53,3%) человек: варфарин – 18, НОАК – 30; при этом лечились эффективно (то есть принимали НОАК или варфарин с TTR $\geq 70\%$) 34 (37,8%) чело-

века. Средний показатель TTR у больных неклапанной ФП, принимавших варфарин, составил $59,0 \pm 3,2\%$.

В нарушение действующих рекомендаций по ведению больных ФП 33 (34,4%) пациента получали дезагреганты, в том числе, кардиомагнил – 24 (25,0%), клопидогрел – 2 (2,1%), кардиомагнил и клопидогрел совместно – 6 (6,3%) человек. 11 (11,5%) больных не принимали ни один из антитромботических препаратов. Максимальную оценку в 8 баллов при определении риска инсульта и системных тромбоэмболий по шкале CHA2DS2-VASc имели 3 пациента (у всех в анамнезе ОНМК), из них двое принимали кардиомагнил, один не принимал ничего.

5 пациентов получали комбинированную антитромботическую терапию, включающую антикоагулянт и дезагрегант: 2 больных – НОАК и клопидогрел (менее года после ЧКВ), 2 – НОАК и кардиомагнил (после перенесенного острого тромбоза артерий нижних конечностей). Во всех 4 случаях терапии, включающей НОАК, применялся ривароксабан. Один пациент с механическим протезом аортального клапана, ЭКС, перенесший чрескожное вмешательство на коронарных артериях (давностью более года), получал варфарин и кардиомагнил.

Заключение

Подавляющее большинство пациентов с ФП (94,8%) имели высокий риск тромбоэмболических осложнений. Антикоагулянты принимали 55,2% пациентов: 83,3% больных с клапанной ФП и 53,3% с неклапанной ФП. Адекватную антитромботическую терапию получали только 40,6% пациентов, принимавших НОАК или варфарин с достаточным контролем МНО (TTR – 70% и более) – 66,7% больных клапанной ФП и 37,8% больных неклапанной ФП. Несмотря на увеличение количества пациентов, получающих НОАК, в первую очередь, ривароксабан, частота применения антикоагулянтов была недостаточной. Таким образом, состояние проблемы профилактики тромбоэмболических осложнений у больных ФП нельзя считать удовлетворительным, что требует дальнейших совместных усилий терапевтов и кардиологов амбулаторно-поликлинической службы.

Литература

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА и АССХ. Российский Кардиологический журнал. – 2013. – № 4. – С. 3. / Diagnostika i lechenie fibrilljaciej predserdij. Rekomendacii RKO, VNOA i ASSKh, Rossijskij Kardiologičeskij žurnal. 2013; 4: 3. [in Russian]
2. Галимжанов А.М. Комментарии к европейским рекомендациям по ведению пациентов с фибрилляцией предсердий 2016 года: новейшие аспекты для практикующего врача. Наука и здравоохранение. – 2017. – № 1. – С. 74–85. / Galimzhanov A.M. Kommentarii k evropejskim rekomendacijam po vedeniju pacientov s fibrilljaciej predserdij 2016 goda: novejšie aspekty dlja praktikujušhogo vracha. Nauka i zdravookhranenie. 2017; 1: 74–85. [in Russian]

Сведения об авторе:

Матвиенко Екатерина Евгеньевна – к.м.н., врач-кардиолог БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 2» (БУЗ ВО «ВОКБ № 2»), Воронеж