



тивность такой формы работы, повышающей эффективность лечения и реабилитации пациентов с БСК благодаря улучшению их информированности о заболевании, методах его профилактики, активному вовлечению больных в лечебно-диагностический процесс,

лучшему настрою на выздоровление. Все это позволяет рекомендовать распространение профилактических и обучающих методик на другие организации санаторно-курортного звена медицинской службы Вооруженных Сил.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616-085.273.53:616-08-039.57

Попов А.П. (popovdok@mail.ru), Диденко О.И., Гвоздиков А.В., Соловкина Л.В., Хачатурян Л.Э., Профатилова Г.В. — К проблеме оптимизации применения антикоагулянтной терапии в амбулаторно-поликлинической практике.

52-й консультативно-диагностический центр МО РФ, Москва

Представлен опыт проведения антикоагулянтной терапии в условиях внештатного кабинета антикоагулянтной терапии консультативно-диагностического центра. За время работы этого кабинета не было ни одного случая нарушения мозгового кровообращения у пациентов, получающих пероральные антикоагулянты. Показано, что применение новых оральных антикоагулянтных препаратов имеет ряд преимуществ перед традиционным использованием варфарина.

К л ю ч е в ы е с л о в а: антикоагулянтная терапия, фибрилляция предсердий, варфарин, новые оральные антикоагулянтные препараты.

Popov A.P., Didenko O.I., Gvozdkov A.V., Solovkina L.V., Khachatryan L.E. — To the problem of optimizing the use of anticoagulant therapy in outpatient clinics. The experience of anticoagulant therapy in the conditions of a private office of anticoagulant therapy of the consulting and diagnostic center is presented. During the work of this office there were not a single case of cerebral circulation disorder in patients receiving oral anticoagulants. It is shown that the use of new oral anticoagulant drugs has several advantages over the traditional use of warfarin.

К е у о р д s: anticoagulant therapy, atrial fibrillation, warfarin, new oral anticoagulant drugs.

За последнее десятилетие в амбулаторно-поликлинической практике врача-терапевта и кардиолога произошло увеличение числа обращений пациентов пожилого и старческого возраста по поводу нарушений сердечного ритма. Большой удельный вес среди этих нарушений составляет *фибрилляция предсердий* (ФП) неклапанного генеза в различных формах ее проявления (пароксизмальная, персистирующая, постоянная). Причинами возникновения неклапанной ФП являются *артериальная гипертензия* (АГ), *ишемическая болезнь сердца* (ИБС), сердечная недостаточность, миокардиты, тиреотоксикоз, токсические повреждения миокарда и т. п. Известно, что этот тип нарушения сердечного ритма является причиной кардиоэмбологического инсульта, с целью его предотвращения назначается антикоагулянтная терапия.

В течение долгих лет золотым стандартом в профилактике и лечении системного тромбообразования считался варфарин, относящийся к группе непрямых антикоагулянтов — *антагонистов витамина К* (АВК). Однако этот во многом замечательный препарат имеет ряд серьезных недостатков, препятствующих приверженности пациентов к длительному его применению. В их числе — по-

стоянный контроль *международного нормализованного отношения* (МНО), отражающего отношение показателей протромбинового времени пациента к показателям протромбинового времени здорового человека, удержание его в целевых значениях, длительный подбор дозировки препарата, страх развития геморрагических осложнений, жесткое соблюдение диетических рекомендаций, частичная или полная несовместимость с лекарствами, принимаемыми по поводу коморбидных заболеваний, и что не маловажно в пожилом возрасте, отрицательное воздействие на структуру костей из-за блокирования важного фактора формирования костной ткани — *витамина К*.

В настоящее время появились *новые оральные антикоагулянтные препараты* (НОАК), которые могут с успехом конкурировать с варфарином по степени эффективности и безопасности в профилактике синдрома гиперкоагуляции у пациентов с ФП неклапанной этиологии. К их числу относятся: *дабигатран* (110 мг, 150 мг) — прямой ингибитор тромбина (исследование RE-LY), *ривароксабан* (15 мг, 20 мг) — ингибитор Ха-фактора свертывания крови (исследование ROCKET AF) и аналогичный ему препарат *апиксабан* (2,5 мг, 5 мг) (исследование



ARISTOTLE, AVEROES). Сходные по своим фармакокинетическим параметрам, эти препараты отличаются кратностью приема — дабигатран и апиксабан принимаются дважды в день, ривароксабан — однократно.

Из-за постоянного приема антикоагулянтов повышается риск различного рода кровотечений. Тем не менее многолетний опыт показывает, что прием препаратов с антикоагулянтным действием, назначаемых на неопределенно длительный срок, достоверно снижает риск фатальных осложнений, связанных с ФП. Учитывая вышеизложенное, пациенты, принимающие антитромботическую терапию должны находиться под постоянным контролем врача.

В целях оптимизации лечебно-профилактической работы в нашем центре в 2017 г. создан внештатный кабинет антикоагулянтной терапии. На каждого пациента, наблюдаемого в кабинете антикоагулянтной терапии, заводится карта контроля приема пероральных антикоагулянтов, где отображена информация о проводимом лечении, указываются рекомендации о приеме препарата, контакты врача терапевта или кардиолога, осуществляется подбор и динамический контроль лечения, коррекция доз по результатам анализов крови на креатинин, АлАТ и АсАТ. Пациенты могут обратиться в кабинет антикоагулянтной терапии по вопросам диеты, образа жизни, для получения направления на анализ, при необходимости медицинская сестра, работающая в этом кабинете, свяжет больного с врачом-кардиологом.

Всего на учет во внештатном кабинете антикоагулянтной терапии состоит 587 пациентов, получающих антикоагулянтные препараты, в т. ч. 211 человек (35,9%) — варфарин, 376 (64,1%) пациентов получают НОАК: дабигатран — 121 человек (32,2%), ривароксабан — 156 человек (41,5%), апиксабан — 99 человек (26,3%). У 53% пациентов, принимавших варфарин, удалось поддерживать показатели МНО в пределах рекомендуемых значений (терапевтическое окно МНО 60% и более в течение месяца), однако у 47% больных данный показатель был ниже целевого уровня, что являлось показанием для перевода их на прием НОАК.

За год работы кабинета антикоагулянтной терапии отмечено шесть случаев кровотечений: по два случая макрогематурии и кишечных кровотечений, один случай желудочного кровотечения, один — кровохарканья. При этом четыре случая кровотечений были у пациентов, принимавших варфарин, вследствие его передозировки. По одному случаю кровотечений было при лечении НОАК

на фоне комбинации дабигатрана с кордароном и ривароксабана с глюкокортикоидами, назначенными по поводу нейродермита. За время работы кабинета антикоагулянтной терапии не было ни одного случая нарушения мозгового кровообращения у пациентов, получающих пероральные антикоагулянты.

Приводим клиническое наблюдение. Пациент М., 1939 г. рождения, предъявлял жалобы на перебои в работе сердца, отечность левой голени, одышку при умеренной физической нагрузке, возникновение «синяков» на коже предплечий, кистей обеих рук, появление прожилки крови при покашливании, слабость, снижение веса, боли в костях. В анамнезе ИБС, в течение 15 лет постоянная форма ФП, АГ с максимальными значениями АД до 200/100 мм рт. ст., кроме этого более 20 лет посттромботическая болезнь левой нижней конечности. С 2012 г. с учетом постоянной формы ФП (CHA₂DS₂-VASc — 7 баллов, HAS-BLED — 3 балла) пациенту был назначен АВК — непрямой антикоагулянт варфарин.

В течение последующих 5 лет больному систематически проводился контроль МНО, показатели которого не выходили за рамки целевых значений. Пациент демонстрировал достаточную приверженность к проводимой антикоагулянтной терапии, признаков повышенной кровоточивости не отмечал, лечение переносил удовлетворительно. Однако в течение последних 5 мес стал отмечать появление вышеуказанных жалоб. В процессе выполненного обследования причиной кровоточивости был признан длительно принимаемый варфарин. В связи с этим пациенту был назначен НОАК апиксабан в дозе 2,5 мг 2 раза в день. В последующем за 5-месячный срок наблюдения отмечено не только улучшение общего самочувствия, но и постепенное нивелирование подкожных экхимозов, практически полное исчезновение оссалгий и кровохарканья.

Таким образом, по данным работы внештатного кабинета антикоагулянтной терапии, использование АВК и НОАК у больных с ФП одинаково эффективно в качестве профилактики развития у них кардиоэмбологических осложнений. При этом отмечается, что НОАК имеют ряд преимуществ перед традиционным использованием варфарина как по простоте применения, так и по меньшей частоте развития побочных эффектов, что делает их препаратами выбора у этой категории больных. Использование НОАК позволяет оптимизировать применение антикоагулянтной терапии в различных клинических ситуациях.