

АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

И. В. Ивахненко, Л. Л. Куличенко, С. И. Краюшкин, И. Ю. Колесникова

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра амбулаторной и скорой медицинской помощи*

Проведен анализ частоты назначения, эффективности и безопасности антитромботической терапии пациентам с фибрилляцией предсердий в амбулаторной практике. Представлены современные подходы к выбору оптимальной антитромботической терапии.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, международное нормализованное отношение, тромбоземболические осложнения, инсульт, антитромботическая терапия, варфарин.

ANTITHROMBOTIC THERAPY OF ATRIAL FIBRILLATION IN AMBULATORY PRACTICE

I. V. Ivachnenko, L. L. Kulichenko, S. I. Krayushkin, I. U. Kolesnikova

An analysis of the frequency of administering antithrombotic therapy, as well as its safety and efficacy in patients with atrial fibrillation in ambulatory practice was conducted. Modern approaches to the choice of optimum antithrombotic therapy are presented.

Key words: atrial fibrillation, international normalized ratio, thromboembolism, stroke, antithrombotic therapy, warfarin.

В настоящее время фибрилляция предсердий (ФП) является самой распространенной и социально-значимой сердечной аритмией [7, 8]. Наличие данного нарушения ритма ассоциируется с увеличением риска развития фатальных и инвалидизирующих тромбоземболических осложнений (ТЭО) и, в первую очередь, с возникновением ишемического инсульта [2, 8, 9]. Частота инсультов при ФП составляет около 5 % в год, что в среднем в 6 раз больше, чем у пациентов без ФП [2, 9]. При этом в 30—70 % случаев у этих больных отмечается повторный инсульт [9]. В связи с этим большинству пациентов с ФП должна проводиться фармакологическая профилактика развития ТЭО с использованием антикоагулянтов [7, 9]. В настоящее время одним из наиболее эффективных и доступных препаратов, используемых с этой целью, является варфарин, относящийся к группе непрямых антикоагулянтов [3, 4, 5]. Доказано, что при применении данного препарата риск развития ТЭО снижается на 64 %, в то время как при использовании ацетилсалициловой кислоты — только на 22 % по сравнению с плацебо [8, 9]. Однако использование варфарина в реальной клинической практике сопровождается определенными трудностями, поскольку его антикоагулянтный эффект значительно варьирует при достаточно узком терапевтическом диапазоне [1, 4, 9]. Поэтому необходим постоянный лабораторный мониторинг за показателями свертывания крови и своевременная коррекция дозы, которая должна быть эффективной для профилактики тромбообразования и безопасной в плане развития геморрагических осложнений.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение частоты назначения антитромботической терапии пациентам с персистирующей и постоянной ФП в амбулаторной практике в аспекте пер-

вичной и вторичной профилактики инсульта и оценка вероятности развития геморрагических осложнений.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 84 пациентов с ФП: 48 женщин и 36 мужчин в возрасте от 52 до 78 лет [средний возраст ($66,8 \pm 11,4$) лет] в поликлиниках № 3 и № 28 Волгограда. Исследовали частоту назначения непрямого антикоагулянта варфарина, эффективность по результатам Международного нормализованного отношения (МНО) и безопасность антитромботической терапии. Во всех амбулаторных картах имелись заключения эхокардиографии, выполненные по стандартной методике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Персистирующая ФП отмечалась в 25 % случаев (21 человек), постоянная форма ФП — в 75 % случаев (63 человека). Структура причин ФП была представлена следующим образом: ишемическая болезнь сердца (стенокардия, постинфарктный кардиосклероз) — 85,7 %, заболевания щитовидной железы — 4,8 %, хроническая ревматическая болезнь сердца — 3,6 %, артериальная гипертензия (АГ) — 3,6 %, постмиокардитический кардиосклероз — 2,4 %. Кроме того, 16,2 % обследуемых имели сахарный диабет, 14,2 % — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторную ишемическую атаку (ТИА) в анамнезе.

Необходимость назначения варфарина рекомендуется определять по шкалам CHADS₂ и CHA₂DS₂VAS_C, которые позволяют оценить индивидуальный риск развития инсульта у каждого пациента с ФП [7].

В соответствии со шкалой CHADS₂ к основным факторам риска развития тромбэмболических осложнений относятся хроническая сердечная недостаточность (ХСН), АГ, возраст ≥ 75 лет и сахарный диабет (каждый из этих факторов оценивается в 1 балл), а также ишемический инсульт, ТИА или системные эмболии в анамнезе, каждый из которых оценивается в 2 балла. Пациенты, получившие 2 и более баллов по шкале CHADS₂ имеют высокий риск развития инсульта, 1 балл — средний и 0 баллов — низкий риск.

В 2010 г. шкала CHADS₂ была модифицирована в шкалу CHA₂DS₂VAS_c, в которую вошли новые факторы риска развития инсульта. В этой шкале выделяют две группы факторов риска: «большие», которые оцениваются в 2 балла, и «клинически значимые небольшие», оцениваемые в 1 балл. К «большим» факторам риска относятся: наличие в анамнезе ОНМК/ТИА или ТЭО и возраст ≥ 75 лет. Во вторую группу вошли следующие факторы риска: наличие ХСН (в особенности умеренная или тяжелая систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ), характеризующаяся снижением фракции выброса ЛЖ ≤ 40 %), АГ, сахарного диабета, женский пол, возраст 65—74 года и наличие сосудистого заболевания (перенесенный инфаркт миокарда, наличие атеросклеротических бляшек в аорте и заболелание периферических артерий). Вероятность ТЭО прогрессивно возрастает с увеличением количества факторов риска, поэтому при наличии одного «большого» или двух «клинически значимых небольших» факторов показано назначение антикоагулянтной терапии. При наличии одного фактора риска возможно использование как антикоагулянтов (предпочтительно), так и ацетилсалициловой кислоты. Если пациент с ФП не имеет ни одного из перечисленных факторов риска, то антитромботические препараты не требуются или возможно назначение ацетилсалициловой кислоты. Таким образом, целесообразность назначения антикоагулянтной терапии больным ФП должна рассматриваться уже при наличии одного фактора риска ТЭО. При этом необходимо учитывать возможные противопоказания к использованию этих препаратов.

В соответствии с европейскими рекомендациями по диагностике и лечению ФП [7] на первом этапе риск развития ТЭО оценивается по шкале CHADS₂, как более простой и удобной, а затем у пациентов, не вошедших в группу высокого риска, рекомендуется провести более детальную оценку риска возникновения инсульта по шкале CHA₂DS₂VAS_c.

При анализе амбулаторных карт было выявлено, что наиболее частыми факторами риска ТЭО у пациентов с ФП были ХСН (86,2 %), АГ (82,3 %), возраст старше 75 лет (44,2 %), сахарный диабет (16,2 %) и перенесенное ОНМК (12,2 %).

В соответствии с оценочными шкалами вероятности возникновения ОНМК/ТИА в группу высокого риска вошли 73 человека (86,9 %), которым была показана антикоагулянтная терапия. Между тем, в реальной прак-

тике варфарин принимали только 37,4 % пациентов (в основном женщины). Основными причинами отказа от использования варфарина являются наличие заболеланий желудочно-кишечного тракта, кровотечения в анамнезе, пожилой возраст.

Для профилактики ОНМК и системных ТЭО у больных с ФП без поражения клапанов сердца целевой диапазон МНО должен составлять 2,0—3,0 [7]. Регулярно контролировали МНО (не реже 1 раза в месяц) 78,2 % пациентов, при этом средний уровень МНО в течение 1 года составил $1,82 \pm 1,03$. Доля измерений МНО, находившихся в целевом диапазоне, составила 54,4 %. Между тем, терапия варфарином считается эффективной, если на количество измерений МНО в диапазоне 2,0—3,0 приходится не менее 70—75 % [3]. Доля измерений МНО, превышавших 3,0 (что является предиктором геморрагических осложнений), составила 12,6 %. Следует отметить, что при значении МНО $> 3,0$ во всех случаях проводилась коррекция дозы варфарина, в то время как при значении МНО $< 2,0$ коррекция дозы варфарина проводилась только в 62,4 %.

Одним из существенных факторов, ограничивающих использование варфарина, является вероятность развития геморрагических осложнений [1, 3, 9]. В нашем исследовании частота геморрагических осложнений на фоне терапии варфарином составила 17,3 %: у 1 пациента отмечалась макрогематурия, в этом случае варфарин был отменен, и у 3 пациентов имели место малые геморрагические осложнения (носовые кровотечения, кровоизлияния в конъюнктиву, подкожные кровоизлияния).

С целью прогнозирования риска развития геморрагических осложнений на фоне антикоагулянтной терапии у каждого пациента перед началом лечения необходимо выявить факторы риска развития кровотечений в соответствии со шкалой HAS-BLED [7]. В данную шкалу включены следующие факторы риска: АГ, нарушение функции печени и почек, перенесенное ОНМК, кровотечение в анамнезе, лабильное МНО, возраст ≥ 65 лет, сопутствующее применение лекарств или алкоголя. Наличие каждого из перечисленных факторов риска оценивается в 1 балл. Количество баллов ≥ 3 указывает на высокий риск геморрагических осложнений и требует особой осторожности при назначении любого антитромботического препарата.

В связи со значительными трудностями по подбору эффективной и безопасной дозы варфарина и проведению строгого лабораторного контроля, возникающими в поликлинической практике, в настоящее время широко обсуждаются перспективы использования новых современных антикоагулянтных препаратов [1, 3, 5, 6]. В качестве альтернативы варфарину рассматриваются средства, влияющие на общий путь коагуляции: ингибиторы тромбина (дабигатран) и блокаторы Ха-фактора свертывания крови (ривароксабан, апиксабан). Эти препараты оказывают линейный дозозависимый антитромботический эффект, что позволяет использова-

ние их в фиксированных дозировках и не требует лабораторного контроля. Однако в настоящее время широкое применение этих антикоагулянтов ограничено их высокой стоимостью.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в амбулаторной практике отмечается относительно низкая частота назначения непрямого антикоагулянта варфарина пациентам с ФП, что обусловлено, в первую очередь, трудностью контроля терапии. При этом целевой уровень МНО, свидетельствующий об эффективности антикоагулянтной терапии, достигается только у половины пациентов. Эффективность и безопасность терапии варфарином зависит от того, насколько тщательно пациент следует рекомендациям по контролю уровня МНО и от умения врача адекватно корректировать дозу препарата. При отсутствии возможности четкого контроля уровня МНО рекомендуется рассмотреть вопрос о назначении новых пероральных антикоагулянтных средств — ингибиторов тромбина и блокаторов Ха-фактора свертывания крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю. Б., Мареев В. Ю., Явелов И. С. и др. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2012. — Т. 8 (1). — С. 37—44.

2. Гуляров М. Ю., Сулимов В. А. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2011. — Т. 7 (1). — С. 75—81.

3. Мусеев В. С., Чельцов В. В. // Клиническая фармакология и терапия. — 2012. — Т. 21 (3). — С. 32—38

4. Петров В. И., Маслаков А. С., Шаталова О. В. и др. // Вестник ВолгГМУ. — 2013. — № 3 (48) — С. 12—15.

5. Рычков А. Ю., Хорькова Н. Ю., Близняков А. А. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2010. — Т. 6 (4). — С. 522—527.

6. Суцук Е. А., Колесникова И. Ю., Сапрыкин И. П. и др. // Лекарственный вестник — 2013. — Т. 7 — № 3 — С. 30—40.

7. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation // European Heart Journal. — 2010. — Vol. 31. — P. 2369—2429.

8. Hart R. G., Pearce L. A., Aguilar M. I. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. // Ann Intern Med. — 2007. — Vol. 146. — P. 857—867.

9. Schwammenthal Y., Bornstein N., Schwammenthal E., et al. // Am J Cardiol. — 2010. — Vol. 105 (3). — P. 411—416.

Контактная информация

Ивахненко Ирина Вячеславовна — к. м. н., доцент кафедры амбулаторной и скорой медицинской помощи, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: ivin2507@yandex.ru

УДК 616.366-003.7-089.819

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И ОПУХОЛЕВОГО ХАРАКТЕРА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА И ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С. В. Лебедев, А. Г. Еремеев, А. П. Татарин, И. О. Свистунов

Тверская государственная медицинская академия

Представлены результаты эндосонографии большого дуоденального сосочка, периапулярной зоны и лечебная тактика у пациентов с риском холангиолитиаза средней и высокой степени.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, эндосонография, большой дуоденальный сосочек.

INFLAMMATORY AND TUMOR LESIONS OF THE MAJOR DUODENAL PAPILLA AND THE PERIAMPULLARY REGION IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

S. V. Lebedev, A. G. Eremeev, A. P. Tatarinov, I. O. Svistunov

Results of endoscopic ultrasonography in the major duodenal papilla, periampullary region and the treatment of patients with a high and moderate risk of bile duct stones are presented.

Key words: cholelithiasis, endoscopic ultrasonography, papilla.

Совершенствование методологических подходов, оборудования и инструментария позволило внедрить в широкую хирургическую практику лапароскопический вариант выполнения холецистэктомии. Малоинвазивность данного оперативного вмешательства определила его «операцией выбора» в лечении пациентов с жел-

чнокаменной болезнью (ЖКБ). Подавляющее число хирургических стационаров имеет опыт выполнения сотен и тысяч лапароскопических холецистэктомий.

Однако, несмотря на значительные успехи билиарной хирургии в лечении ЖКБ, результаты лапароскопической холецистэктомии нельзя считать абсолютно