

ИЗУЧЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ НОВЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.

Рахимова Айгерим Бейсеновна

студент, резидент-кардиолог, НАО Медицинский университет г. Семей, Павлодарский филиал, Казахстан, г. Павлодар

Сабыров Кудайберген Муратович

студент, интерн, НАО Медицинский университет г. Семей, Павлодарский филиал, Казахстан, г. Павлодар

Абилямажинова Гузьяль Дуйсенбековна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой внутренних болезней ПФ, ученый секретарь, НАО Медицинский университет г. Семей, Павлодарский филиал, Казахстан, Павлодар

Актуальность: Фибрилляция предсердий (ФП)- наиболее распространенное нарушение ритма. Частота ФП составляет 1-2% от общей популяции, с тенденцией к увеличению , как минимум вдвое , в течение следующих 50 лет , что связано с общим старением населения и увеличением распространенности хронических сердечно-сосудистых заболеваний. В странах Европейского союза ФП страдают более 6 млн. человек [1]. По Казахстанским данным , у пациентов с ФП в пять раз возрастает риск развития инсультов, при этом течение инсультов сопряжено с высокой летальностью и глубокой инвалидизацией [2]. Чаще всего ФП манифестирует в виде пароксизмальной формы и зачастую остается длительное время недиагностированной, примерно у трети пациентов ФП протекает латентно. Имеется мнение, что при ФП возрастает частота когнитивных нарушений , в том числе деменции , связанных с эмболизацией микроциркуляторного русла головного мозга [3].

Первоочередной задачей практического врача при ведении пациента с ФП является обеспечение эффективной профилактики тромбоэмболических осложнений. Препаратами выбора в данном случае выступают оральные антикоагулянты (ОАК) [2]. В настоящее время существуют четыре антикоагулянтных препарата- варфарин , ривароксабан , дабигатран и апиксабан , доказавших свою эффективность и безопасность в ряде крупных рандомизированных исследований (BAFTA, WASPO, RE-LY, ROCKET-AF, ARISTOTLE) [4]. Несмотря на то, что назначение антикоагулянтов для профилактики тромбоэмболических осложнений является обязательным , на практике сохраняется проблема необоснованного отказа от применения ОАК [5].

Таблица 1.

В таблице №1 отражена шкала CHA₂DS₂-VASc - это простой клинический инструмент для прогнозирования риска ишемического инсульта и системного тромбоэмболизма при фибрилляции предсердий [6]

C	(congestive heart failure) = сердечная недостаточность	1 бал
H	(hypertension) = артериальная гипертензия	1 бал
A	(age) = возраст ≥ 75лет	2 бал
D	(diabetes mellitus) = сахарный диабет	1 бал
S2	(stoke) = перенесенный инсульт или транзиторные ишемические атаки или	2 бал

	тромбоэмболии	
V	(Vascular disease) = сосудистые заболевания, к примеру заболевания периферических артерий (атеросклероз сосудов нижних конечностей), инфаркт миокарда, атеросклероз аорты	1 бал
A	(Age 65-74 years) = возраст от 65 до 74 лет	1 бал
Sc	(Sex) = пол женский	1 бал

Традиционно понятие «приверженности», комплаенса, неразрывно связывают с поведением пациента в отношении приема лекарственных препаратов. Согласно докладу ВОЗ приверженности дается расширенное определение: «Приверженность - это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и / или других параметров образа жизни) рекомендациям врача или медицинского работника» [7].

Цель: Изучить приверженность терапии новыми оральными антикоагулянтами у больных с фибрилляцией предсердий на базе городской поликлиники №1 г. Павлодар.

Материалы и методы: Нами разработана анкета для пациентов с ФП, содержащие вопросы о понимании опасности данного заболевания, отношении к лечению ОАК в целом, осложнениях терапии и согласие на переход на прием НОАК. А также: 1) рассчитан риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc и риск кровотечений по шкале HAS-BLED. 2) Дана оценка реальной приверженности НОАК при краткосрочном наблюдении - в течение 3 месяцев. 3) Определены барьеры при назначении ОАК.

Результаты исследования: В условиях поликлинической деятельности, за период с 1 ноября 2019 г по 1 февраля 2020 г, нами было проведено анкетирование 186 человек с диагнозом: Нарушение ритма сердца: фибрилляция предсердий пароксизмальная и персистирующая форма. В исследуемой группе было 58% женщин и 42% мужчин. Средний возраст составил - 64 года (самый молодой пациент - 34 года, самый возрастной - 89 лет). Общее количество больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий составило - 33%, персистирующей - 67%. По шкале симптомов EHRA произошло разделение следующим образом: EHRA I - 30%, EHRA II - 51%, EHRA III - 17%, EHRA IV - 2%. По подсчетам шкалы CHA2DS2-VASc ≥ 2 б - 88%, 1 б - 10%, 0 б - 2%. У опрошенных мною пациентов были следующие сопутствующие заболевания: 1) Артериальная гипертензия 93%, 2) Ожирение 42%, 3) Заболевания щитовидной железы - 31%, 4) СД 2 типа 25%, 5) ИБС - 25%, 6) ХСН ФК II В-IV - 15%, 7) ОНМК - 14%, 8) ХОБЛ 9%.

Анкета включала следующие вопросы: 1) Какой ОАК принимает пациент? 2) Сколько лет страдает НРС? 3) Недостатки данной терапии? 4) Были ли побочные эффекты и какие? 5) Согласны ли Вы перейти на прием НОАК?

Результаты анкетирования выявили следующее:

1. Варфарин принимают 105 пациентов (56,5%), НОАК 45 (24,2%), производные ацетилсалициловой кислоты - 20 (10,8%), ничего не принимают - 16 человек (8,5%).

2. Средняя продолжительность НРС у опрошенных нами респондентов составила - 7,5 года.

3. Основные недостатки терапии при применении Варфарина: 1) Трудности с осуществлением контроля МНО. 2) Частый забор крови. 3) Вариабельность дозы препарата. 4) Ежедневный и длительный прием препарата. 6) Несовместимость с некоторыми препаратами, а также продуктами питания.

Основные недостатки терапии при применении НОАК: 1) Высокая стоимость препарата. 2) Длительный прием препарата.

Основные недостатки терапии при применении препаратов, производных АСК - риск инсульта остается повышенным.

4. Наиболее частые осложнения: 1) Головная боль, слабость (58,2%) , подкожные гематомы (45,3%) , высокая кровоточивость (36,4%) , зуд кожи (18,2%) , высыпания (14,5%).

5. После разъяснения всех побочных эффектов , осложнениях, дальнейшем прогнозе жизни , механизме действия и схемы приема препаратов и подборе дозировки, наличия антидота , а также ценовой политики только 23 % опрошенных , принимающих Варфарин, согласились перейти на прием НОАК , в группе принимающих аспирин и ничего не принимающих этот показатель был выше -48%.

Основными барьерами для широкого применения ОАК являются: опасения по поводу повышенного риска кровотечений , необходимость постоянного лабораторного контроля , трудоемкость процесса и нехватка времени , отказ пациентов, высокая стоимость НОАК.

Список литературы:

1. Kennel W.B., Benjamin E.J.. Current Perceptions of the Epidemiology of Atrial Fibrillation // Cardiol Clin.- 2009.- 27 (1).- P.13-20
2. Акпанова Д.М., Беркинбаев С.Ф., Оспанова Д.А., Мусагалиева А.Т. Распространенность и основные факторы развития фибрилляции предсердий // Вестник КазНМУ. - 2016.- №2. - С.70-76
3. Клинический протокол диагностики и лечения «Фибрилляция предсердий» 2014 г.
4. Акпанова Д.М., Оспанова Д.А., Беркинбаев С.Ф., Мусагалиева А.Т. Профилактика тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий в амбулаторно-поликлинических условиях Медицина. - 2017. - №8/182. - С. 33-40
5. Сычев Д.А., Кропачева Е.С., Игнатьев И.В. и др. Фармакогенетика непрямых антикоагулянтов: значение генотипа в повышении эффективности и безопасности терапии. Кардиология 2006;(7):72-8.
6. Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest. 2016 Feb;137(2):263-72.
7. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal. Published online: August 29, 2010.