

М.М. Росул, К.М. Грецишин, Н.В. Іваньо, М.О. Корабельщикова

Застосування антитромботичної терапії у хворих з фібриляцією передсердь: сучасний стан проблеми

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна
Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Фібриляція передсердь (ФП) – одне з найбільш поширених хронічних порушень ритму серця, яке зустрічається в популяції з частотою 1–2 на 100 осіб. Як самостійна форма ФП не є загрозливою для життя пацієнта, але її розвиток асоціюється з високим ризиком тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ), прогресуванням серцевої недостатності та зростанням ризику серцево-судинної смертності. За даними епідеміологічних досліджень ФП, незалежно від інших факторів, удвічі збільшує ризик виникнення інсульту. В останні роки досить активно вивчається питання можливості профілактики ішемічних інсультів у хворих із ФП.

Метою нашого дослідження було визначити найбільш вагомі сприяючі фактори розвитку кардіоемболічного інсульту у хворих з ФП та провести ретроспективний аналіз частоти застосування антитромботичної терапії (АТТ) у хворих з ФП в умовах амбулаторної клінічної практики і проаналізувати їх відповідність до існуючих рекомендацій щодо профілактики ТЕУ.

Обстежено 60 хворих із неклапанною формою ФП, віком від 40 до 89 років (середній вік $69,3 \pm 10,38$ років), які проходили стаціонарне лікування в кардіологічному відділенні для хворих на інфаркт міокарда, кардіологічному відділенні та відділенні судинної неврології ЦМКЛ м. Ужгорода у 2016–2017 роках. Всі хворі були розділені на дві групи: 22 хворих з перенесеним епізодом ТЕУ – кардіоемболічний інсульт (основна група) та 38 осіб без перенесеного ТЕУ (група порівняння).

У ході проведення обстеження не було знайдено достовірної різниці між тривалістю ФП серед хворих без ТЕУ ($3,49 \pm 2,35$ років) та з перенесеним ТЕУ ($3,90 \pm 1,3$ років). Проте, в основній групі хворих достовірно переважали пацієнти, які мали постійну форму ФП (95,45%), тоді як в групі порівняння спостерігалась рівна частка постійної та рецидивуючих форм ФП (пароксизмальної та персистуючої) – 52,63% та 47,37% відповідно. Таким чином, найбільш небезпечною для виникнення ТЕУ виявилась постійна форма ФП.

Серед хворих із ФП і ТЕУ осіб жіночої статі було достовірно більше – 15 (68,18%) проти 7 чоловіків (31,81%), $p < 0,05$, тоді ж як серед хворих з ФП без ТЕУ частка осіб чоловічої та жіночої статі була приблизно однаковою – 20 (52,63%) та 18 (47,35%), відповідно, $p > 0,05$. Отже, жіноча стать асоційована з вищим ризиком розвитку інсульту.

Аналіз вікових категорій хворих із ФП та перенесеним ТЕУ показав достовірну залежність частоти ФП від віку: найменша кількість хворих відмічалась у віковій категорії 40–49 р. – 4,55% випадків, тоді як

найбільша частка хворих – 13 (59,1%) припадала на вікову категорію старше 70 р.

Важливе значення у виборі стратегії профілактики ТЕУ у пацієнтів із ФП є оцінка ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASC. Ретроспективний аналіз даних оцінки ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASC показав, що всі 22 (100%) пацієнти основної групи мали високий ризик ТЕУ до поступлення у стаціонар і розвитку у них інсульту, а саме: 3–4 бали – 2 (9,09%) осіб, 5–8 балів – 20 (90,91%) осіб. Серед пацієнтів із ФП без ТЕУ низький ризик (0 балів) мав 1 (2,63%) пацієнт, 1–2 бали – 11 (28,95%) хворих, 3–4 бали – 18 (47,37%) пацієнтів, 5–8 балів – 8 (21,05%) осіб. Отже, всі пацієнти основної групи та більша частка пацієнтів групи порівняння повинні були приймати АТТ на амбулаторному етапі лікування, зокрема препарати антагоністів вітаміну К чи нові оральні антикоагулянти (НОАК).

Усіх пацієнтів опитано щодо медикаментозної терапії, яку вони приймали до поступлення на стаціонарне лікування та виникнення ТЕУ. При цьому враховували лише препарати, які, зі слів хворих, вони приймали регулярно. Аналіз амбулаторного профілактичного медикаментозного лікування показав, що для запобігання тромбоемболічним ускладненням серед хворих основної групи АТТ приймали тільки 13 осіб (59,09%), а в групі порівняння 16 осіб (42,11%). Таким чином, значна частка пацієнтів з ФП взагалі не брали ніяких препаратів, що попереджають тромбоемболічні ускладнення (40,91% з основної групи та 57,89% групи порівняння), не дивлячись на надані їм рекомендації.

Із антитромботичних засобів в основній групі до розвитку ТЕУ варфарин приймали тільки 8 осіб (36,36%), антиагреганти (препарати аспірину та/або клопидогрель) приймали 5 осіб (22,73%), НОАК не приймав жоден з обстежених пацієнтів. У групі порівняння 7 осіб (18,42%) приймали варфарин і 9 осіб (23,68%) приймали антиагреганти. Отже, багатьом пацієнтам з ФП і ризиком інсульту все ще призначаються антиагреганти, а не пероральні антикоагулянти. В оновлених рекомендаціях з ведення та лікування пацієнтів з ФП чітко зазначається, що ефективність АСК у профілактиці інсульту незначна. При цьому ризик внутрішньочерепної кровотечі на фоні прийому АСК суттєво не відрізняється від використання пероральних антикоагулянтів, особливо у осіб похилого віку. Антиагреганти повинні призначатись лише при категоричній відмові хворим приймати будь-які пероральні антикоагулянти для профілактики інсульту при ФП або за неможливості проводити терапію антагоністом вітаміну К (наприклад, неспроможність проводити або продовжувати моніторинг показників зсідання крові – контроль міжнародного нормалізованого відношення (МНВ) чи протромбінового індексу (ПТИ)).

Відомо, що ризик тромбоемболічних і геморагічних подій у хворих, які приймають варфарин, тісно пов'язаний з її контролем. Результати нашого дослідження продемонстрували, що серед всіх пацієнтів із ФП обох досліджуваних груп, які приймали постійно варфарин (15 пацієнтів) регулярно проводили контроль МНВ 2 осіб (13,33%), 6 осіб (40,0%) регулярно визначали ПТІ, а 7 (46,67%) осіб взагалі не проводили контроль, не зважаючи на надані їм рекомендації щодо контролю варфаринотерапії.

Висновки. Підводячи підсумки, слід зазначити, що частота ТЕУ достовірно зростає із збільшенням віку хворих із ФП та достовірно частіше спостерігається в осіб жіночої статі. Найбільш загрозливою для виникнення ТЕУ не залежно від статі є постійна форма ФП, яка мала місце у 95% випадків. Слід відзначити, що однією з вагомих причин високої частки тромбоемболічних ішемічних інсультів є неналежна амбулаторна АТТ: обмежене призначення пероральних антикоагулянтів та

відсутність належного контролю їх ефективності. Багатьом пацієнтам з ФП все ще вимушено призначаються антиагреганти, а не пероральні антикоагулянти, а велика кількість пацієнтів взагалі не вживають ніяких препаратів, що попереджають тромбоемболічні ускладнення.

На наш погляд, одним з основоположних чинників, які можуть вплинути на зміну ситуації, є навчання і постійна мотивація хворих, демонстрація переваг прийому АТТ, у порівнянні з ігноруванням проблеми, доступність контролю МНВ у випадку застосування варфарину, а також активне застосування НОАК згідно з сучасними рекомендаціями з ведення пацієнтів з ФП і в цьому провідна роль належить сімейним лікарям. Пацієнти, які добре поінформовані щодо конкретних терапевтичних методів, мають вищу прихильність до лікування, нижчий рівень тривоги та кращі наслідки порівняно з погано інформованими пацієнтами.

Г.О. Слабкий¹, С.В. Дудник², Л.О. Качала¹

Сучасні міжнародні підходи щодо охорони дитячого здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги

¹Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

Мета – дослідити сучасні міжнародні підходи та тенденції розвитку первинної медико-санітарної допомоги щодо охорони дитячого здоров'я та попередження репродуктивних втрат на первинному рівні.

Матеріали і методи. Матеріалами дослідження слугували сучасні міжнародні документи щодо забезпечення дитячого населення медичною допомогою на первинному рівні її надання. Використано аналітичний метод дослідження та метод системного підходу.

Результати. Первинна медико-санітарна допомога є основою системи охорони здоров'я, в тому числі вона має грати одну із провідних ролей у покращенні стану здоров'я дітей у будь-якому віці, у боротьбі як з інфекційними так і неінфекційними захворюваннями, у запровадженні заходів щодо попередження дитячої інвалідності і смертності. Слід зазначити, що за даними ВООЗ, у більшості систем охорони здоров'я світу первинна медико-санітарна допомога є слабкою ланкою. Підвищення ефективності функціонування даного рівня медичної допомоги є пріоритетною задачею, що має прискорити досягнення Цілей Сталого Розвитку і тому потребує моніторингу та відстеження ключових показників первинної медико-санітарної допомоги. Досягнення вищезазначених цілей можливо при забезпеченні загального охоплення населення, зокрема дітей, основними та доступними медико-санітарними послугами, що має забезпечити охоплення найбільш вразливих і найуразливіших прошарків необхідною їм медичною допомогою найбільш справедливим чином і може бути можливим лише за умови наявності в країні стійкої потужної системи

первинної медико-санітарної допомоги, здатної надавати вищезазначені послуги. Сучасні світові концепції наголошують, на наданні гарантованих умов дітям, особливо у ранньому віці, для виживання та процвітання, що впливає з їх прав людини. Первинна медико-санітарна допомога дитячому населенню потребує постійного спостереження, проведення оцінки ефективності процесу впровадження та якості її надання на предмет загального охоплення медико-санітарними послугами дітей, особливо, і тих, що мешкають у важкодоступних районах країни, для чого треба запровадити відповідні показники рівнів і справедливості охоплення послугами дітей для постійного комплексного моніторингу.

Виходячи із сучасних рекомендацій, доцільним буде впровадження та застосування для моніторингу та оцінки охорони дитячого здоров'я на рівні первинної медико-санітарної допомоги показників планування родини, показників якості допологового спостереження, захворюваності та поширеності хвороб серед дітей, смертності дітей, показників імунізації, показників інвалідизації дитячого населення, показників звернень за медичною допомогою, також обов'язковим є спостереження за показниками потенціалу медичних служб та доступу до них, таких як показники базового доступу до лікарень, укомплектованості медичними кадрами, доступності до основних лікарських засобів або забезпеченості дітей ліками, безпечності охорони дитячого здоров'я, дотримання медико-санітарних правил та стандартів.