

## ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА: ОСОБЕННОСТИ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

ПЕРЕВЕРЗЕВА К.Г., ЯКУШИН С.С., ПРИПАДЧЕВА А.Э.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань. Россия

**Цель.** Оценить частоту назначения оральных антикоагулянтов (ОАК) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) после инфаркта миокарда (ИМ), приверженность к их приему и влияние на 12-месячный прогноз.

**Материал и методы.** В исследование включались пациенты с диагнозом ФП, госпитализированные в 2016–2017 гг. в одну из клинических больниц г. Рязани с диагнозом ИМ. Критериев исключения в исследовании предусмотрено не было. Риск тромбозомболических осложнений (ТЭО) определяли по шкале CHA2DS2-VASc, риск геморрагических осложнений – по шкале HAS-BLED, приверженность к лекарственной терапии по опроснику Мориски – Грина. Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 10.0. Из 104 пациентов с ФП и ИМ, включенных в исследование, мужчин было 55,6%. Медиана возраста пациентов составила 70,0 (61,0; 78,0) лет. В 59,6% случаев ФП была представлена пароксизмальной формой, в 19,2% – персистирующей и в 19,2% постоянной. При оценке риска ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc медиана баллов составила 5,0 (4,0; 6,0) балла, а при оценке риска геморрагических осложнений по шкале HAS-BLED – 2,0 (2,0; 3,0) балла.

**Результаты.** Среди всех включенных в исследование пациентов при высоком риске ТЭО терапия ОАК была назначена в 16,3% случаев, при этом в 6,7% случаев ОАК были назначены в составе тройной антитромботической терапии (АТТ), в 8,7% – в составе двойной АТТ (ОАК+антиагрегант) и в 1,0% – в качестве монотерапии. Среди всех ОАК варфарин был назначен в 64,7% случаев, а ривароксабан в 35,3%. 76,9% пациентов была назначена двойная антиагрегантная терапия. 2,9% пациентам не была назначена АТТ, 3,8% пациентам был назначен только один антиагрегант. Из 80 пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию, 57,5% пациентам проводилось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Среди 17 пациентов, получающих терапию ОАК, ЧКВ было проведено в 69,2% случаях, а состав получаемой пациентами АТТ был следующим: ОАК и два антиагреганта получали 55,6% пациентов, а ОАК и один антиагрегант – 44,4%. Статистически значимой разницы между значениями баллов по шкалам CHA2DS2-

VASc и HAS-BLED в возрасте, поле при частоте острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), артериальной гипертонии, сахарном диабете, нарушениях функции печени, почек, частоте кровотечений, злоупотреблении алкоголем, лабильности международного нормализованного отношения, глубине и локализации ИМ, частоте ЧКВ между группами пациентов, получающих антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, получено не было. В течение года приверженность к приему лекарственной терапии составила 71,6%, при этом из 17 пациентов, которым были назначены ОАК, их прием продолжили только 52,9% пациентов, а среди пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию, 80%,  $p=0,04$ . Из 73 пациентов, приверженных к лечению, в течение 12 месяцев после ИМ 12,3% пациентов скончались, у 2,7 и 4,1% пациентов были нефатальный инфаркт и нефатальное ОНМК соответственно, у 4,1% было проведено повторное экстренное ЧКВ, еще 23,4% были госпитализированы в течение года в стационар по поводу сердечно-сосудистых заболеваний. Всего за год произошло 43,8% неблагоприятных событий, среди которых крупных и средних кровотечений зарегистрировано не было. Статистически значимой разницы по числу летальных исходов, ЧКВ, нефатальных ИМ и ОНМК между обеими группами пациентов получено не было. При этом в группе пациентов, получавших ОАК, не было случаев ОНМК, а в группе пациентов, принимающих двойную антиагрегантную терапию, их частота составила 4,7% ( $p>0,05$ ).

**Заключение:** 1. В реальной клинической практике назначение ОАК происходит без учета риска ТЭО и геморрагических осложнений и не зависит от выбранной стратегии ведения пациента. 2. Приверженность к приему ААТ является недостаточной и составляет 71,6%, при этом приверженность к приему ОАК статистически значимо ниже приверженности к приему антиагрегантов,  $p=0,04$ . 3. В ходе исследования, по данным 12-месячного наблюдения, не получено статистически значимой разницы в частоте неблагоприятных событий среди пациентов, получающих ОАК и антиагреганты, что возможно, связано с небольшим сроком наблюдения и низкой частотой приема ОАК.