

# Нові підходи у менеджменті пацієнтів із ФП в умовах пандемії COVID-19

За матеріалами XXII Національного конгресу кардіологів України (23-24 вересня 2021 року, м. Київ)

**Пандемія COVID-19 та пов'язані з нею карантинні обмеження вносять корективи у ведення пацієнтів із хворобами серця. Один із різновидів порушень серцевого ритму – фібриляція передсердь (ФП) – має велике клінічне значення, оскільки є однією із причин тромбоемболії та підвищує ризик судинних мозкових катастроф.**

**Ведення пацієнтів із ФП: нові рішення та стратегії**



**Керівник відділу аритмій серця ННЦ «Інститут кардіології імені академіка М.Д. Стражеска» НАМН України (м. Київ), д. мед. н., професор Олег Сергійович Сичов** розповів про нові рішення у лікуванні ФП. Як зауважив спікер, ФП являє собою один із найпоширеніших коморбідних станів у померлих від COVID-19, що становить 22% від загальної структури захворювань (ISS, 2021). Однак чи є ФП водночас маркером несприятливого прогнозу коронавірусної хвороби? У дослідженні E.G. Spinoni et al. (2021) було показано, що ФП, особливо вперше зареєстрована, – предиктор підвищеного ризику госпітальної смертності у пацієнтів із COVID-19.

Виклики пандемії диктують нові правила для амбулаторного ведення хворих. Високий пріоритет, який надається пацієнтам із COVID-19, може скомпрометувати недостатнє лікування осіб з іншими захворюваннями, зокрема серцево-судинною патологією (Syrugouros et al., 2020). Слід зауважити, що фактори ризику інфікування COVID-19 у тяжкій формі частково співпадають із такими тромбоемболічними ускладненнями, як-от:

- похилий вік;
- супутні захворювання серця чи респіраторної системи;
- цукровий діабет;
- ожиріння;
- онкологічні захворювання чи хіміотерапія в анамнезі;
- ниркова недостатність.

Для груп пацієнтів підвищеного ризику важливо продовжувати безперервне лікування в умовах самоізоляції та соціального дистанціювання, адже ризик інсульту в осіб із ФП зростає, якщо антикоагулянтна терапія неадекватна або перервана (Gallagher et al., 2011). Водночас в Агентстві з регулювання лікарських засобів і товарів медичного призначення Великої Британії (MHRA) повідомили про додатковий ризик кровотеч у пацієнтів, що отримують антагоністи вітаміну К (АВК) при COVID-19, який зумовлений тим, що гострі хвороби можуть посилювати ефекти АВК та потребують ретельного моніторингу. Результати дослідження The Geria-Covid Cohort Study також дозволяють зробити висновок, що систематичне вживання АВК до інфікування COVID-19 підвищує ризик 7-денної смерті в осіб, госпіталізованих із приводу коронавірусної інфекції (Menager et al., 2021).

За даними метааналізу досліджень III фази із профілактики інсульту й системної емболії при ФП, було відзначено суттєве зменшення ймовірності незворотних подій при застосуванні прямих оральних антикоагулянтів (ПОАК) у пацієнтів із неклапанною ФП порівняно із варфарином:

- на 19% нижчий відносний ризик (ВР) виникнення інсульту чи системної емболії;
- на 52% нижчий ВР щодо внутрішньочерепних кровотеч (ВЧК) і на 14% – великих кровотеч;
- на 10% нижчий ВР смерті.

Зокрема, профіль ефективності терапії ПОАК підтверджений для різних категорій пацієнтів із ФП (Ruff et al., 2014).

Згідно з настановою Європейського товариства кардіологів (ESC), для діагностики та лікування ФП використовують ABC-підхід (найкраща медична допомога при ФП), що передбачає три взаємодоповнювальні напрями, де А (Anticoagulation/Avoid stroke) – антикоагулянтна терапія і профілактика інсульту,

В (Better symptom management) – найкращий контроль симптомів, С (Cardiovascular and Comorbidity optimization) – контроль факторів серцево-судинного ризику та супутніх захворювань. Із метою профілактики інсульту в осіб із ФП, яким бажано призначати пероральну антикоагулянтну терапію, слід віддавати перевагу ПОАК перед АВК (окрім пацієнтів із механічними клапанними протезами серця або помірно тяжким мітральним стенозом). Під час оцінки ймовірності розвитку інсульту доцільно застосовувати шкалу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc для первинної ідентифікації пацієнтів із низьким ризиком інсульту, яким не слід рекомендувати використання антикоагулянтів.

Сучасним антикоагулянтом на фармацевтичному ринку України є **Ксарелто®** (Bayer, Німеччина) – препарат групи прямих інгібіторів фактора Ха з активною речовиною ривароксабан.

У дослідженні Rocket AF порівнювали ефективність ривароксабану з варфарином для профілактики інсульту та системної емболії у хворих на неклапанну ФП (Patel et al., 2011). Розподіл пацієнтів за шкалою CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc становив 87 і 13% з оцінкою ≥3 та 2 бали відповідно. Ефективність препарату було підтверджено у підгрупах хворих із такими коморбідними станами, як хронічна серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, вік >75 років, супутній цукровий діабет, перенесений інсульт або транзиторна ішемічна атака в анамнезі.

Результати продемонстрували, що при застосуванні ривароксабану (Ксарелто®) порівняно з АВК мали місце такі переваги:

- зниження на 21% ризику інсульту та системної емболії у пацієнтів, які отримували терапію;
- кращий захист пацієнтів із неклапанною ФП щодо зниження ризику ВЧК (33%), клінічно значущих (31%) та фатальних кровотеч (50%).

Крім того, О.С. Сичов зауважив, що в умовах пандемії пацієнтам, як і раніше, потрібен захист від тромбоемболічних подій. Із метою забезпечення надійної антикоагулянтної протекції для вразливих груп хворих бажано, щоб обраний препарат мав добре збалансовані ефективність і профіль безпеки, фіксовану дозу та режим приймання, низький ризик взаємодії з іншими лікарськими засобами, швидкий початок/припинення дії, широке терапевтичне вікно, відсутність потреби у регулярному контролі згортання крові (Ahmad, 2012).

Експерти Британської спілки гематології (BSH) та Королівського коледжу лікарів загальної практики (RCGP) для мінімізації кількості візитів пацієнтів у період карантинних обмежень рекомендують розглянути можливість застосування ПОАК замість варфарину. За даними ESC, у хворих, які не мають протипоказань, перевагу надають використанню ПОАК перед АВК завдяки кращій безпеці та фіксованому дозуванню без потреби у лабораторному контролі антикоагулянтного ефекту (April, 2020).

Ефективність ривароксабану (Ксарелто®) було також доведено у хворих на ФП із наявністю тромбів у лівому передсерді (ЛП) або вушку ЛП, виявлених при виконанні черезстравохідної ехокардіографії. Внаслідок лікування ривароксабаном протягом шести тижнів у 60,4% пацієнтів відбувся повний або частковий лізис тромбу. Випадків інсульту, великих кровотеч або емболії поза ЦНС у період лікування і наступні 30 діб дослідження не відзначалося. Такі показники зіставні з результатами дослідження тромболізу при використанні АВК, що підтверджує клінічну дієвість ривароксабану (Lip et al., 2016).

Наприкінці доповіді Олег Сергійович надав практичні рекомендації для лікарів, яким чином слід переходити на терапію ПОАК:

1. Після припинення застосування АВК необхідно здійснити визначення МНВ та розпочати прийом ПОАК, коли МНВ буде <3.

2. ПОАК призначають у дозуваннях згідно з рекомендаціями щодо лікування ФП.

**Застосування Ксарелто® при ФП на тлі COVID-19**



Розглянемо клінічний епізод використання ривароксабану (Ксарелто®) у пацієнта із ФП на тлі COVID-19 із коментарями д. мед. н., професорки кафедри внутрішньої медицини № 3 Дніпровського державного медичного університету Олени Акіндинівни Коваль. Клінічний випадок змодельований, створений із метою навчання та не відноситься до реального хворого.

**Пацієнт, 79 років**, веде активний спосіб життя.

**В анамнезі.** Перенесений гострий інфаркт міокарда 15 років тому, операція аортокоронарного шунтування 13 років тому із наступним черезшкірним коронарним втручанням через 5 років, транзиторна ішемічна атака.

**На момент огляду.** Контрольована артеріальна гіпертензія, фракція викиду збережена (38-48-56%), швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) – 50-70 мл/хв. Пацієнт отримує планову статинотерапію.

**Терапія.** У зв'язку із ФП за призначенням лікаря перейшов із подвійної антитромбоцитарної терапії на Ксарелто® в дозі 15 мг/добу.

Захворів на COVID-19: загальний стан визначає як задовільний, підйом температури – до субфебрильної, короткий епізод аносмії, сатурація ≥90%. Лікування амбулаторне.

**Обстеження.** За лабораторними аналізами, функція печінки збережена, зниження ШКФ – 49 мл/хв. За результатами комп'ютерної томографії органів грудної клітки, картина найбільше відповідає лівосторонній нижньодольовій вірусній пневмонії, площа ураження – близько 2%.

Враховуючи тривалий анамнез серцево-судинної патології, перед лікарем постає запитання: чи є необхідність збільшувати дозу Ксарелто®? Як вважає Олена Акіндинівна, незважаючи на тромботичний потенціал COVID-19, оптимальним рішенням для цього пацієнта буде залишити попередню дозу Ксарелто® 15 мг/добу. Така тактика відповідає протоколу надання медичної допомоги для лікування коронавірусної хвороби, затвердженому Міністерством охорони здоров'я України.

**Подальші терапевтичні заходи.** Після спровокованого епізоду ФП пацієнт потребував проведення кардіоверсії для відновлення ритму. За даними ехокардіографічного дослідження, відзначене зниження функції ЛП: резервуарна становила 9,7%, кондуктна – 6,1%. Професорка зауважила, що це наочно підтверджує необхідність постійного приймання Ксарелто® у літнього хворого за неускладненого перебігу COVID-19.

**Динаміка через чотири місяці.** Хворий відзначає гарне самопочуття. Контрольне дослідження показало значне покращення функції ЛП, тромбів немає.

За словами Олени Акіндинівни, успіх лікування Ксарелто® полягає у його комплексному впливі не тільки на плазмову ланку коагуляції, але й на тромбоцити і пригнічення тромбозапальних механізмів. У перспективі це, ймовірно, зменшуватиме наслідки атеросклерозу та його прогресування, зокрема при COVID-19.

**У сучасних умовах карантинних обмежень приймання Ксарелто® може забезпечити надійний захист пацієнтів із ФП. Перевагою для призначення препарату є високий профіль ефективності, що не потребує лабораторного контролю стану системи згортання крові. Режим дозування 1 раз на добу та календарна упаковка допоможуть хворим дотримуватися необхідних рекомендацій щодо лікування.**

Підготувала **Ольга Загора**