СУЧАСНІ АСПЕКТИ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кіреєв І. В., Жаботинська Н. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Фібриляція передсердь (ФП) – це найпоширеніша стійка серцева аритмія, частота якої становить 1-2% загальної популяції хворих на аритмії. Поширеність ФП збільшується з віком: від 0,5% у віці 40-50 років до 5-15% у віці 80 років. Частка госпіталізацій внаслідок ФП становить 1/3 серед усіх госпіталізацій з приводу порушень ритму серця. Тромбоемболії є одними з важких ускладнень ФП. ФП збільшує ризик інсульту в 5 разів, а кожен п'ятий інсульт розвивається на тлі цієї аритмії і часто закінчується смертю і призводить до більш вираженої інвалідизації.

Виділяють 5 основних цілей довготривалої фармакотерапії хворих з ФП:

1) Профілактика тромбоемболій.
2) Купірування симптомів ФП (невідкладне відновлення синусового ритму).
3) Оптимальне лікування супутніх серцево-судинних захворювань.
4) Контроль частоти серцевих скорочень.
5) Корекція порушення ритму.

Численні клінічні дослідження переконливо підтвердили ефективність антитромботичної терапії у хворих на ФП. За даними рандомізованих досліджень лікування антагоністами вітаміну К призводило до високо достовірного зниження ризику ішемічного інсульту на 67%. Рекомендовані наступні препарати з групи антагоністів вітаміну К: варфарин по 10 мг на добу; аценокумарол в 1-й день – 8-12 мг 1 раз на добу; 2-й день – 4-8 мг на добу, підтримуюча доза 1-8 мг на добу. Лікування припиняють, поступово знижуючи дозу та збільшуючи інтервал між прийомом препаратів. Відомо, що кардіоверсія підвищує ризик тромбоемболії. Тому перед проведенням планової кардіоверсії, якщо ФП триває понад 48 годин або тривалість невідома, обов'язково проводять антикоагулянтну терапію варфарином в дозі 10 мг на добу протягом трьох тижнів і протягом чотирьох тижнів після процедури. Підтримуючу дозу зазвичай призначають через 48 годин, і вона залежить від протромбінового часу, який вказується у вигляді міжнародного нормалізованого відношенні.

У 8 незалежних рандомізованих контрольованих дослідженнях була показана ефективність антитромбоцитарних препаратів, а саме ацетилсаліцилової кислоти, у профілактиці тромбоемболій у хворих з ФП. Ацетилсаліцилову кислоту доцільно призначати в більш низьких дозах (75-100 мг на добу). У випадках, коли терапія антагоністами вітаміну К не прийнятна, може використовуватися ацетилсаліцилова кислота в комбінації з клопідогрелем. Проте два препарати не можуть служити альтернативою антагоністам вітаміну К при наявності високого ризику кровотеч. У даний час розробляються нові групи антитромботичних засобів: прямі інгібітори тромбіну та пероральні інгібітори фактора Ха. В дослідженнях прямий інгібітор тромбіну – дабігатрану етексилат (Прадакса) в дозі 110 мг двічі на день не поступався антагоністові вітаміну К по ефективності в профілактиці інсульту і системних емболій та рідше викликав великі кровотечі. З групи пероральні інгібіторів фактору Ха рекомендовано застосування ривароксабану, апіксабану, едоксабану, бетріксабану. В Україні зареєстровано тільки препарат ривароксабан (Ксарелто), який рекомендується приймати по 20 мг 1 раз на добу підчас прийому їжі.

Таким чином, на сьогодняшній день існує переконливо доказова база ефективності антитромботичної фармакотерапії хворих на ФП.