

5. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни Шегрена [Электронный ресурс] - М., 2013. -Режим доступа: <http://rheumatolog.ru/experts/klinicheskie-rekomendacii>.

7 . Das S, Padhan P. An Overview of the Extraarticular Involvement in Rheumatoid Arthritis and its Management. J PharmacolPharmacother. 2017;8(3):81-6.

8.The British Society for Rheumatology Guideline for the Management of Adults With Primary Sjögren'sSyndrom, Rheumatology. 2017;56(10):1643-1647.

УДК 615.03

**Кадников Л.И., Бахтин В.М., Изможерова Н.В., Попов А.А.  
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ  
ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ И  
СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Кафедра фармакологии и клинической фармакологии  
Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская федерация

**KadnikovL.I., BakhtinV.M., IzmozherovaN.V., PopovA.A.  
ANTICOAGULANT THERAPY FEATURES ANALYSIS IN ATRIAL  
FIBRILLATION OUTPATIENTS AND INPATIENTS**

Pharmacology and Clinical Pharmacology Chair  
Hospital Therapy and Emergency Medical Care Chair  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [kadn-leonid@mail.ru](mailto:kadn-leonid@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрены обоснованность, эффективность и безопасность антикоагулянтной терапии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга.

**Annotation.** The article considers atrial fibrillation anticoagulant therapy validity, effectiveness and safety in Yekaterinburg clinics' non-valve inpatients and outpatients.

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, антикоагулянты, фармакотерапия, ишемический инсульт, кровотечения.

**Key words:** atrial fibrillation, anticoagulants, pharmacotherapy, ischemic stroke, bleeding.

**Введение**

Фибрилляция предсердий является наиболее распространённым нарушением ритма в клинической практике, и приводит к декомпенсации хронической сердечной недостаточности, увеличению риска тромбоэмболических осложнений, инвалидизации и сердечно-сосудистой смертности. Её распространённость в популяции людей старше 20 лет составляет до 3% [1].

Риск тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий, независимо от формы увеличивается до 5 раз [1].

Эффективными средствами профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий являются антагонист витамина К варфарин и новые оральные антикоагулянты (НОАК): прямой ингибитор тромбина дабигатран и прямые ингибиторы фактора Ха<sub>2</sub> ривароксабан и апиксабан [1].

НОАК имеют ряд неоспоримых преимуществ перед варфарином: отсутствие необходимости поддержания международного нормализованного отношения в пределах «терапевтического окна», унифицированная фиксированная дозировка, низкий уровень взаимодействия с другими лекарственными препаратами и продуктами питания [1].

Данная тема является актуальной, так как проблема лечения фибрилляции предсердий и профилактики тромбоэмболических осложнений далека от своего окончательного решения. Клиническая значимость исследования заключается в необходимости объективной оценки особенностей назначения антикоагулянтной терапии (АКТ) в условиях текущей клинической практики с учётом вышеперечисленных факторов и индивидуального подхода к пациенту.

**Цель исследования** – оценка особенностей АКТ при неклапанной фибрилляции предсердий у пациентов, наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических учреждениях, либо госпитализированных в терапевтические стационары г. Екатеринбург.

#### **Материалы и методы исследования**

Проведено исследование по модели «случай-контроль». Были выбраны 43 пары пациентов, сопоставимые по полу и возрасту, в каждой из которых один наблюдался в амбулаторно-поликлиническом учреждении (группа 1), а другой в стационаре – (группа 2).

Критериями включения пациентов в исследование являлись: наличие неклапанной фибрилляции предсердий; подписанное пациентом информированное добровольное согласие на участие.

Участникам исследования были проведены анкетирование, антропометрия, измерение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Риск тромбоэмболических осложнений рассчитывался на основании шкалы CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc [1]. Был рассчитан индекс мультиморбидности Чарлсон [2].

Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 13.0., № лицензии JPZ904I805602ARCN25ACD-6. Данные представлены как

медиана и квантили (25% ÷ 75%). Сравнение количественных показателей в группах проводилось с помощью критерия Манна-Уитни, качественных – с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона и двустороннего точного критерия Фишера.

Работа одобрена локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО УГМУ на заседании №5 от 18.05.2018.

### Результаты исследования и их обсуждение

Общая характеристика пациентов исследованных групп приведена в таблице 1. Частоты выявления сопутствующей патологии, факторов риска тромбоэмболии и кровотечений приведены в таблице 2. Две группы были сопоставимы по риску развития тромбоэмболических осложнений, индексу полиморбидности Чарлсон, частоте выявления сопутствующих заболеваний и большинству факторов риска кровотечений при АКТ.

Таблица 1

Общая характеристика выборки

Параметр	Медиана (25% ÷ 75%)		p
	Группа 1 N = 43	Группа 2 N = 43	
Возраст, лет	70 (62 ÷ 78)	70 (63 ÷ 78)	0,857
Индекс массы тела, кг/м <sup>2</sup>	29,4 (26,0 ÷ 32,3)	28,7 (24,5 ÷ 32,4)	0,221
Систолическое АД, мм рт. ст.	130,0 (120,0 ÷ 145,0)	120,0 (110,0 ÷ 132,0)	0,006*
Диастолическое АД, мм рт. ст.	80,0 (80,0 ÷ 90,0)	80,0 (70,0 ÷ 84,0)	0,007*
ЧСС, уд/мин	75 (68 ÷ 80)	70 (65 ÷ 77)	0,098
Креатинин, мкмоль/л	85,9 (80,0 ÷ 97,0)	97,0 (82,0 ÷ 110,0)	0,079
СКФ, мл/мин/1,73 м <sup>2</sup>	66,4 (52,3 ÷ 77,0)	58,4 (46,1 ÷ 69,1)	0,077
СНА <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASC, баллы	4 (3 ÷ 5)	4 (3 ÷ 5)	1,000
Индекс Чарлсон, баллы	5 (3 ÷ 6)	4 (3 ÷ 6)	0,973

\*Различия между группами 1 и 2 значимы при p < 0,050

Таблица 2

Частоты выявления сопутствующих заболеваний, факторов риска тромбоэмболии и кровотечений [1, 2]

Заболевание или фактор риска	Количество пациентов		p
	Группа 1 N = 43	Группа 2 N = 43	
Женский пол	23	23	1,000
Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий	13	26	$\chi^2 = 8,6$ 2 с.с. p = 0,014*
Персистирующая форма фибрилляции предсердий	4	2	

Постоянная форма фибрилляции предсердий	26	14	
Артериальная гипертензия (АГ)	38	41	0,433
АГ 1 степени	12	1	$\chi^2 = 21,0$ 2 с.с. $p < 0,001$
АГ 2 степени	17	11	
АГ 3 степени	9	29	
Стенокардия напряжения	13	20	0,183
Острый инфаркт миокарда в анамнезе	5	8	0,549
Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе	10	5	0,255
Сахарный диабет 2 типа	14	6	0,072
Транзиторная ишемическая атака	2	5	0,433
Хроническая сердечная недостаточность	33	35	0,791
Бронхиальная астма	5	7	0,757
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	5	6	1,000
Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки	4	11	0,086
Злокачественное новообразование	7	5	0,757
Приём антиагрегантов	18	17	1,000
Приём нестероидных противовоспалительных препаратов	11	18	0,171
Приём более 8 единиц алкоголя в неделю	1	6	0,110
Анемия	9	9	0,793
Тромбоцитопения	8	4	0,351
Желудочно-кишечное или внутричерепное кровоотечение в анамнезе	3	3	1,000

\*Различия между группами 1 и 2 значимы при  $p < 0,050$

У пациентов, госпитализированных в стационары, выявлялись более тяжёлые степени АГ (см. таблицу 2), однако уровень как систолического, так и диастолического АД на момент осмотра был выше у наблюдавшихся в амбулаторных условиях. Это можно объяснить особенностями ведения пациентов в разных типах лечебных учреждений.

Формы фибрилляции предсердий статистически значимо различались между группами (см. таблицу 2): у госпитализированных пациентов преобладала

пароксизмальная, а у наблюдавшихся амбулаторно – постоянная форма. Данное наблюдение может быть объяснено тем, что пароксизм фибрилляции предсердий обостряет хроническую сопутствующую кардиальную патологию и является показанием к госпитализации.

Абсолютные показания к АКТ ( $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc} \geq 2$  баллов у мужчин и  $\geq 3$  баллов у женщин) были выявлены у 39 амбулаторных и 38 стационарных пациентов (различие незначимо,  $p = 1,000$ ). Частота приёма антикоагулянта была ниже среди госпитализированных пациентов (22 человека), чем среди амбулаторных (30 человек), однако статистическая значимость различия не была достигнута ( $p = 0,092$ ). Тенденция к более низкой частоте приёма в группе 2 может быть объяснена тем, что в ней преобладали пациенты со впервые выявленными пароксизмами, у которых терапия на момент осмотра не была инициирована.

Из 30 амбулаторных пациентов, получавших АКТ, варфарин был назначен 5 респондентам, НОАК – 25. Из 22 принимавших АКТ госпитализированных больных варфарин получали 3, а НОАК – 19 человек. Различие частот назначения различных типов антикоагулянтов не было статистически значимым ( $p = 1,000$ ). Таким образом, имеется чёткая тенденция к более частому назначению НОАК по сравнению с варфарином как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных учреждениях, что соответствует клиническим рекомендациям [1]. Данные крупных рандомизированных клинических исследований ROCKET [4], ARISTOTLE [5], RE-LY [6] свидетельствуют о лучшем профиле безопасности НОАК и, как минимум, не уступающей варфарину эффективности.

Схожие данные были выявлены авторами ранее в одномоментном исследовании эффективности и безопасности назначения антикоагулянтов в реальной клинической практике, где АКТ назначалась 7 пациентам из 10, причём НОАК в 4 раза чаще, чем варфарин [3].

#### **Выводы:**

1. Особенности сопутствующей патологии, риск тромбоэмболических осложнений фибрилляции предсердий и кровотечений при АКТ, а также частота назначения антикоагулянтов сопоставимы у пациентов, наблюдающихся в амбулаторных условиях и госпитализированных в стационары.

2. В амбулаторных и стационарных учреждениях АКТ проводится в среднем у 7 пациентов из 10 имеющих к ней показания, НОАК назначаются в 4-5 раз чаще, чем варфарин.

#### **Список литературы:**

1. Рекомендации ESC по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий, разработанные совместно с EACTS // Российский кардиологический журнал. – 2017. – Т. 7. – № 22. – с. 7-86.

2. Оганов Р.В. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения / Р.В. Оганов, В.И. Симаненков, И.Г. Бакулин

[и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 1. – № 18. – с. 5-66.

3. Изможерова Н.В. Анализ эффективности и безопасности антикоагулянтной терапии при неклапанной фибрилляции предсердий у полиморбидных больных / Н.В. Изможерова, А.А. Попов, В.М. Бахтин // Кардиология. – 2020. – Т. 60. – № 2. – с. 61-68.

4. Patel M.R. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation / M.R. Patel, K.W. Mahaffey, J. Garg [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2011. – Vol. 365. – № 10. – p. 883–891.

5. Granger C.B. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation / C.B. Granger, J.H., J.J.V. McMurray [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2011. – Vol. 365. – № 11. – p. 981–992.

6. Connolly S.J. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation / S.J. Connolly, M.D. Ezekowitz, S. Yusuf [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2009. – Vol. 361. – №12. – p. 1139–51.

УДК 616-053.9

**Казакова А.А., Казаков А.В., Федотова Л.В., Попов А.А., Ведерникова Л.Ф.  
ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО  
ВОЗРАСТА И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ**

Кафедра Госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kazakova A.A., Kazakov A.V., Fedotova L.V., Popov A.A., Vedernikova L.F.  
FULL ELDERLY AND SENILE PATIENTS NUTRITION ASSESSMENT  
AND CORRECTION OPTIONS**

Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: alxa93@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы геродиететики, причинно-следственные связи недостаточности питания в пожилом и старческом возрасте и возможности их коррекции.

**Annotation.** The article deals with the issues of geriatric patients malnutrition and correction options.

**Ключевые слова:** питание, пожилой и старческий возраст, ожирение, недостаточная масса тела, лечебная физкультура.

**Key words:** nutrition, elderly patients, malnutrition, frailty, exercise.