

## ОЦЕНКА НА РИСКА И АНТИКОАГУЛАНТНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛНИ С НЕКЛАПНО ПРЕДСЪРДНО МЪЖДЕНЕ В БОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ

А. Кишева, Й. Йотов, А. Ангелов, Л. Мирчева, О. Кунчев, А. Пенев

*Key words:* atrial fibrillation, embolic risk, anticoagulation treatment

Предсърдното мъждене засяга 1-2% от общата популация и е най-честата причина за хоспитализация по повод на сърдечна аритмия. То е свързано със значителна смъртност и заболяемост поради инсулт, тромбоемболизъм, сърдечна недостатъчност, влошено качество на живот и редуцирана когнитивна функция. Наблюдава се много рядко при деца, зачестява с напредването на възрастта, като се среща при около 20% от хората над 85 години (1). ПМ увеличава 5-кратно риска за емболичен мозъчен инсулт. ПМ е причина за 20% от всички инсулти, като за възрастта 80-89 години този процент се покачва на 36% (2). Ишемичните инсулти, свързани с ПМ често са фатални, а болните, които преживяват са по-увредени и по-застрашени от повторен инсулт в сравнение с инсулт по други причини (3). Единствено антитромботичната терапия доказано намалява свързаната с ПМ смъртност (4).

Не всички болни са еднакво застрашени от тромбоемболични събития. Ефикасността на вит К антагонистите при поддържане на INR между 2,0 и 3,0 е потвърдена от няколко рандомизирани контролирани проучвания (5-9). На базата на тези проучвания практичните ръководства предлагат различни скали за оценка на емболичния и хеморагичния риск. През 2006г. Европейското кардиологич-

### Risk assessment and anticoagulation treatment in patients with non-valvular atrial fibrillation in hospital setting

A. Kisheva, Y. Yotov, A. Angelov, L. Mircheva, O. Kunchev, A. Penev

Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia and is a major cause of embolic stroke. The aim of the presentation was to study the treatment with vitamin K antagonists (VKA) in patients with chronic AF in a cardiology department. The records of 425 patients, at a mean age  $73.23 \pm 9.30$  years, with persistent or permanent AF who were treated in 2011 year in our clinic were retrospectively reviewed. All patients were evaluated according to the CHADS<sub>2</sub> and HAS-BLED scoring risk system. High embolic risk (CHADS<sub>2</sub>  $\geq 2$ ) had 78% of the patients while high bleeding risk (HASBLED  $\geq 3$ ) had 25% and both high risks had 24%. The patients with high CHADS<sub>2</sub> had higher prevalence of hypertension, diabetes, heart failure and had more often survived stroke or suffered from coronary heart disease. Only 39% of those with high embolic and low hemorrhagic risk had received VKA before hospitalization but after discharge they increased to 66%. The most common reason for not prescribing VKA was difficult coagulation control in 60% of patients with high embolic-low bleeding risk while contraindication were noted in only 4%. Insufficient pre-hospital control of coagulation (INR < 2) was found in 53% of the patients taking VKA. All risk profiles were significantly higher in patients above 75 years. The majority of the patients with AF in a cardiology setting had high embolic risk pro-

I Кардиологична клиника  
УМБАЛ „Св. Марина” – Варна

*file while only quarter of them had high bleeding risk. Less than half of those indicated for VKA really get them in ambulatory practice in Bulgaria and the coagulation control is poor. The patients above 75 years have higher risk both for embolism and hemorrhage and low rates of anticoagulation.*

но дружество предложи най-опростената скала за стратификация на тромбоемболичния риск - CHADS2 (Cardiac failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke) (10,11,12). Тя представлява точкова система, при която 2 точки се дават при преживян инсулт или транзиторна исхемична атака и по 1 точка при наличие на застойна сърдечна недостатъчност, хипертония, възраст над 75 години и захарен диабет. Показани за лечение с ВКА са всички пациенти, получили 2 и повече точки, а при тези с 1 точка може да се назначи аспирин или ВКА, но за предпочитане е ВКА. Преди започване на антикоагулантно лечение е необходимо да се оцени и риска от кървене. В обновените препоръки за лечение на ПМ на Европейското кардиологично дружество от 2010г беше представена HAS-BLED скалата (табл. 1) (13).

Табл.1

Letter	Clinical characteristic <sup>a</sup>	Points awarded
H	Hypertension	1
A	Abnormal renal and liver function (1 point each)	1 or 2
S	Stroke	1
B	Bleeding	1
L	Labile INRs	1
E	Elderly (e.g. age >65 years)	1
D	Drugs or alcohol (1 point each)	1 or 2
		Maximum 9 points

*H-хипертония над 160 mmHg за САН, А – бъбречна или чернодробна недостатъчност, S-инсулт, В – кървене, L- лабилни стойности на INR, E – пациенти над 65 год., Д – употреба на алкохол или лекарства – НСПВС, антитромботични и др.*

Наличието на сбор от  $\geq 3$  точки е свързано с повишен риск от кървене и налага повишено внимание и по-чест кон-

трол при инициране на антиромботична терапия.

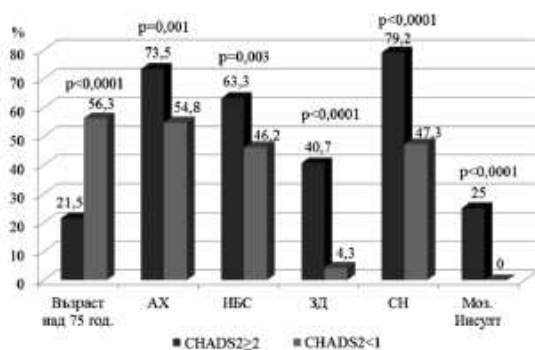
Целта на настоящото проучване е да се анализира лечението в кардиологично отделение с витамин К антагонисти (ВКА) при пациенти с хронично неклапно ПМ.

## ПАЦИЕНТИ И МЕТОДИ

Ретроспективно разгледахме историите на заболяване на 425 пациента с персистиращо или перманентно ПМ (236 мъже и 189 жени), на средна възраст  $73.23 \pm 9.30$  години, лекувани в клиниката от 03.01 до 30.12.2011г. Определихме демографските данни, етиологията на заболяването и главните рискови фактори. Оценихме лечението с ВКА преди и след хоспитализацията, както и придружаващото лечение. Оценката на пациентите направихме съгласно CHADS2 и HASBLED score системите.

## РЕЗУЛТАТИ

Повишен тромбоемболичен риск ( $CHADS2 > 2$ ) са имали 78% от пациентите, повишен риск от кървене ( $HASBLED > 3$ ) - 25%, а двата риска са имали 24%. Очаквано пациентите с висок CHADS2 боледуват по-често от хипертония, диабет, сърдечна недостатъчност и по-често са преживели инсулт или имат изявена коронарна болест (Фиг.1). Не се намери разлика във фракцията на изтласкване, размерите на ляво предсърдие и нивата на калий. Само 39% от тези с висок тромбоемболичен и нисък хеморагичен риск са получавали ВКА преди хоспитализацията, но след изписването те се увеличават до 66% ( $p < 0.0001$ ). Най-честата причина да не се предпише ВКА е бил трудният контрол на коагулацията при 60% от пациентите с висок емболичен – нисък хеморагичен риск, докато контраиндикации са имали само 4%. Недостатъчен допълнителен контрол ( $INR < 2$ ) е установен при 53% от приемалите ВКА. Всички рискови фактори са били значимо по-чести при пациентите над 75 години. Същевремен-



Фиг. 1. Разпределение на болните с предсърдно мъждене според емболичния риск и рисковите фактори

но степента на изписване на антикоагулант преди и след хоспитализация е пониска – 31% и 53% във възрастта над 75 срещу 49% и 82% при болни под 75 години, (съответно  $p=0.021$  и  $p<0.0001$ ).

## ДИСКУСИЯ

Предсърдното мъждене (ПМ) е главна причина за емболичен инсулт, поради което изисква ефективна антикоагулация. Повечето пациенти с ПМ в кардиологичната клиника имат високорисков емболичен профил, докато само четвърт от тях имат висок хеморагичен риск. Помалко от половината от тези, индицирани за ВКА в България реално ги използват, а контролът на коагулацията е лош. Пациентите над 75 години имат по-висок риск за емболия и хеморагия и ниски нива на антикоагулация, главно поради лошия контрол, което може да се подобри с въвеждането на новите антикоагуланти.

## КНИГОПИС

1. Stanley Nattel, MD; Brett Burstein, BSc; Dobromir Dobrev, MD, *Atrial Remodeling and Atrial Fibrillation Mechanisms and Implications*, *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2008;1;62-73.
2. *Atrial Fibrillation as an Independent Risk Factor for Stroke: The Framingham Study* Philip A. Wolf, MD;
3. *Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study.* Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Beiser AS, Kase CS, Benjamin EJ, D'Agostino RB.
4. Hylek EM, Go AS, Chang Y, Jensvold NG, Henault LE, Selby JV, Singer DE. *Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation.* *N Engl J Med* 2003;349:1019–1026.
5. Petersen P, Boysen G, Godtfredsen J, et al. *Placebo-controlled, randomized trial of warfarin and aspirin for prevention of thromboembolic complications in chronic atrial fibrillation. The Copenhagen AFASAK study.* *Lancet* 1989;1:175–9.
6. *Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Study. Final results.* *Circulation* 1991;84:527–39.
7. *The effect of low-dose warfarin on the risk of stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation. The Boston Area Anticoagulation Trial for Atrial Fibrillation Investigators.* *N Engl J Med* 1990;323: 1505–11.
8. Connolly SJ, Laupacis A, Gent M, et al. *CAFA Study Coinvestigators Canadian Atrial Fibrillation Anticoagulation (CAFA) study.* *J Am Coll Cardiol* 1991;18:349–355
9. Ezekowitz MD, Bridgers SL, James KE, et al. *Warfarin in the prevention of stroke associated with nonrheumatic atrial fibrillation. Veterans Affairs Stroke Prevention in Nonrheumatic Atrial Fibrillation Investigators [published erratum appears in N Engl J Med 1993;328(2):148].* *N Engl J Med* 1992;327:1406–12.
10. van Walraven C, Hart RG, Wells GA, et al. *A clinical prediction rule to identify patients with atrial fibrillation and a*

Robert D. Abbott, PhD; and William B. Kannel, MD

- low risk for stroke while taking aspirin. Arch Intern Med 2003;163:936–43.*
11. Gage BF, Waterman AD, Shannon W, et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA* 2001;285:2864–70.
12. Valentin Fuster, Lars E. Ryde'n, David S. Cannom et al.: ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: full text A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines; *Europace* (2006) 8, 651–745 doi:10.1093/europace/eul097
13. Pisters R, Lane DA, Nieuwlaat R, de Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel userfriendly score (HAS-BLED) to assess one-year risk of major bleeding in atrial fibrillation patients: The Euro Heart Survey. *Chest* 2010; March 18

**Адрес за кореспонденция:**  
Antonia Kischeva, MD,  
1<sup>st</sup> Cardiology Clinic with ICU,  
UMHAT Sv. Marina,  
1 Hristo Smirnenski blvd, 9010 Varna  
e-mail: tony\_kischeva@yahoo.com