

Профілактика інсульту, пов'язаного з неклапанною фібриляцією передсердь

І.С. Зозуля¹, А.О. Волосовець¹, Л.Б. Пархоменко²

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна

²Інститут серця МОЗ України, Київ, Україна

Анотація. Проблема порушень ритму серця у зв'язку з фібриляцією передсердь і інсульту займає значне місце в кардіоневрології, такі пацієнти потребують невідкладної допомоги для нормалізації роботи серця і профілактики інсульту. Хворі в гострій стадії ішемічного інсульту потребують скрупульозного кардіологічного обстеження. Виявлені аритмічні та ішемічні порушення мають бути ліквідовані. У статті наведено дані щодо стратифікації ризику, лікування і профілактики ішемічного інсульту на тлі неклапанної фібриляції передсердь.

Ключові слова: інсульт, неклапанна фібриляція передсердь.

Гостре порушення мозкового кровообігу є важливою медико-соціальною проблемою, що зумовлено його значною часткою у структурі захворюваності і смертності населення, високими показниками тимчасової втрати працездатності і первинної інвалідності. Сьогодні у світі у близько 9 млн людей виявляють цереброваскулярні захворювання, головне місце серед яких займає інсульт. Смертність від цереброваскулярних захворювань поступається лише смертності від кардіоваскулярних і онкологічних хвороб усіх локалізацій і сягає 11–12%. У більшості пацієнтів з ішемічним інсультом відмічають кардіальну патологію — цереброкардіальний синдром. Одним із проявів цього синдрому є кардіальна смерть, яку реєструють у 70–75% хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу. Порушення серцевого ритму асоціюється з негативним впливом на репаративні процеси в зоні церебральної ішемії. Навіть помірне транзиторне зниження артеріального тиску може призводити до додаткового погіршення кровообігу периферії ішемізованої зони. Часта надшлуночкова екстрасистолія викликає зниження мозкового кровотоку на 7%, шлуночкова екстрасистолія — на 12%, а шлуночкова пароксизмальна тахікардія призводить до значного зниження ударного об'єму лівого шлуночка з наступним погіршенням церебральної гемодинаміки. Стейкі епізоди пароксизмальної фібриляції передсердь (ФП) супроводжуються зниженням ударного об'єму на 43%. Порушення ритму серця можуть лежати в основі патогенезу ішемічного інсульту, супроводжувати наявну кардіальну патологію і бути повторними.

Одним з підтипів мозкового інсульту є кардіоеMBOLІчний, який пов'язаний з неклапанною ФП (НФП). Цей підтип має свої особливості: відмічається частіше в осіб похилого віку, супроводжується великою зоною ураження мозку, може поширюватися на декілька судинних басейнів, розвивається гостро, має тяжкий характер, нерідко закінчується летально, а також може повторюватися. Особливістю є часта геморагічна трансформація після проведення реканалізації [1–5]. Хворі можуть скаржитися на біль у ділянці серця, прискорене серцебиття, утруднення дихання, запаморочення або синкопе.

У пацієнтів із ФП ризик повторного інсульту становить 3–4% [6]. Вірогідність повторного інсульту підвищується з віком [7]. Так, у віці 50–59 років ризик розвитку інсульту зростає до 23,5%, а у віці 80–89 років — до 50% [8]. Слід відмітити, що поширеність ФП взагалі підвищується в популяції у світі. Очікується, що до 2050 р. в США кількість таких пацієнтів збільшиться до 5,6 млн [9]. Певною мірою це пов'язано і з ви-

живанням осіб із захворюваннями серця [10]. В Україні 57% пацієнтів із ФП мають вік >65 років, а у віці >80 років поширеність ФП є найвищою.

Факторами ризику (ФР), що підвищують частоту нових випадків інсульту у пацієнтів з НФП, є: жіноча стать, похилий вік, наявність в анамнезі інсульту або транзиторної ішемічної атаки (ТІА), артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності, цукрового діабету і хвороб судин [6, 11, 12]. Перенесений інсульт і ТІА підвищують ризик виникнення повторного інсульту в 3 рази. За наявності у пацієнтів із НФП артеріальної гіпертензії ризик розвитку інсульту зростає в 3 рази. Має значення поєднання вираженого атеросклерозу крупних артерій (сонних, хребтових) і НФП. Відзначено, що особи азіатського походження частіше хворіють на НФП та інсульт [13].

Для стратифікації ФР інсульту при НФП використовують шкали CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc, HAS-BLED, які враховують усі ФР і можуть допомогти в комплексній оцінці ризику. Проте шкала HAS-BLED створена для оцінки ризику виникнення кровотечі [14] і її слід використовувати при проведенні антитромботичної терапії.

Протягом останніх 60 років варфарин призначали, коли на основі розрахунку ризику розвитку інсульту у пацієнтів із НФП вважали за необхідне проводити антикоагулянтну терапію. Встановлено, що пероральні антикоагулянти ефективніші порівняно з антитромбоцитарною терапією у профілактиці інсульту, в тому числі інвалідизуючого, та інших серйозних судинних подій у пацієнтів із НФП [15, 16]. Варфарин має вузьке терапевтичне вікно і численні взаємодії з іншими лікарськими засобами і харчовими продуктами. На практиці важко підтримувати необхідний антикоагулянтний ефект варфарину. Близько половини геморагічних ускладнень при його застосуванні пов'язані з супратерапевтичними значеннями міжнародного нормалізованого відношення (MNB).

Ці недоліки стимулювали розробку нових пероральних антикоагулянтів. Так, створено прямий інгібітор тромбіну дабігатран, а також прямі інгібітори фактора Ха ривароксабан і апіксабан [12, 17], які за ефективністю переважають варфарин і застосовуються у фіксованій дозі без необхідності здійснення моніторингу. Дабігатран в дозі 150 мг 2 рази на добу значно знижує ризик ішемічного і геморагічного інсульту, смерті від судинних захворювань, внутрішньомозкового крововиливу і загальної кровотечі в порівнянні з варфарином [18]. Ризик розвитку інфаркту міокарда або гострої кардіальної

смерті є статистично значуще вищим при застосуванні дабігатрану в порівнянні з варфарином [19]. У пацієнтів, які раніше приймали варфарин і переходять на застосування дабігатрану, значення МНВ на час переведення має становити <2 [18]. У пацієнтів із ФП апіксабан продемонстрував кращий ефект у порівнянні з варфарином щодо запобігання інсульту чи системної емболії, при цьому спостерігали меншу частоту кровотеч та нижчі показники смертності [12].

У разі проведення таких втручань, як катетеризація серця, діагностична ендоскопія, при МНВ 1,5 лікування дабігатраном можна припинити на 24 год, ривароксабаном — на 48 год до хірургічного лікування. При оперативних втручаннях з хоршим гемостазом рекомендують відновити антитромботичну терапію не раніше ніж через 4–6 год після операції. Перша доза дабігатрану має бути половиною (75 мг), а наступна запланована доза повинна відповідати підтримувальній.

Встановлено також, що антиаритмічний препарат дронедазон характеризується сприятливим ефектом щодо профілактики інсульту у пацієнтів із ФП [20].

Таким чином, вивчення питань стратифікації ризику дає можливість лікарям вибрати адекватні стратегії профілактики інсульту, пов'язаного з НФП, і використовувати додаткові терапевтичні можливості під час проведення первинної і вторинної профілактики.

Список використаної літератури

1. Ferro J.M. (2003) Cardioembolic stroke: an update. *Lancet Neurol.*, 2: 177–188.
2. Arboix A., Alio J. (2010) Cardioembolic stroke: clinical features, specific cardiac disorders and prognosis. *Curr. Cardio Rev.*, 6: 150.
3. Erikson S.E., Olsson J.E. (2001) Survival and recurrent strokes in patients with different subtypes of stroke: a fourteen-year follow-up study. *Cerebrovasc. Dis.*, 12(3): 171–180.
4. Kolominsky-Rabas P.L., Weber M., Gefeller O. et al. (2001) Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria: incidence, recurrence, and long-term survival in ischemic stroke subtypes: a population-based study. *Stroke*, 32(12): 2735–2740.
5. Ferro J.M. (2003) Brain embolism. *J. Neurol.*, 250: 139–147.
6. Murphy N.T., Simpson C.R., Jhund P.S. et al. (2007) A national survey of the prevalence, incidence, primary care burden and treatment of atrial fibrillation in Scotland. *Heart*, 93(5): 606–612. doi: 10.1136/hrt.2006.107573.
7. Hart R.G., Pearce L.A. (2009) Current status of stroke stratification in patients with atrial fibrillation. *Stroke*, 40: 2607–2610.
8. Roger V.L., Lloyd-Jones M.D. et al. (2012) Heart disease and statistics, 2012, update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125: e2–e220.
9. Wang T.J., Massaro J.M., Levy D. et al. (2003) A risk score predicting stroke or death in individuals with new-onset atrial fibrillation in the community. *JAMA*, 290: 1049–1056.
10. Ezekowitz M.D., Connolly S., Parekh A. et al. (2009) Rationale and design of RE-LY: randomized evaluation of long term anticoagulant therapy, Warfarin, compared with Dabigatran. *Am. Heart J.*, 157: 805–810.

Відомості про авторів:

Зозуля Іван Савович — доктор медичних наук, професор кафедри медицини невідкладних станів Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна.

Волосовець Антон Олександрович — доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри медицини невідкладних станів Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, Київ, Україна.

Пархоменко Богдан Леонідович — лікар-невропатолог, Інститут серця МОЗ України, Київ, Україна.

Адреса для кореспонденції:

Зозуля Іван Савович
04112, Київ, вул. Дорогожицька, 9
E-mail: ivanzozulia2015@gmail.com

11. Fuster V., Rydén L.E., Cannom D.S. et al. (2006) ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: 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 (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 114(7): e257–e354.
12. Granger C.D., Alexander J.H., Memurray J.J. et al. (2011) Apixaban versus in nonvalvular atrial fibrillation. *N. Eng. J. Med.*, 365: 883–891.
13. Chiang Ch.-E., Wang K.-L., Lip G.Y.H. (2014) Stroke prevention in atrial fibrillation: an Asian perspective. *Thromb. Haemost.*, 111(5): 789–797. doi: 10.1160/TH13-11-0948
14. Pister S.R., Lane D.A., Nieuwleat R. et al. (2010) A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest*, 138: 1093–1100.
15. Aguilar M., Hart R., Pearce L. (2007) Oral anticoagulants versus antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no history of stroke or transient ischemic attacks. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 18: CD006186.
16. Aguilar M., Han R. (2005) Oral anticoagulants for preventing stroke in patients with non-valvular atrial fibrillation and no previous history of stroke or transients ischemic attacks. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 20: CD001927.
17. Perzborn E., Roehrig S., Stranb A. et al. (2010) Rivaroxaban: a new oral factor XA inhibitor. *Arterioscler. Thrombovasc. Biol.*, 30: 376–381.
18. <https://compendium.com.ua/dec/261711/>
19. Vehino K., Hernandez A.V. (2012) Dabigatran association with higher risk of acute coronary events: meta-analysis of noninferiority randomized controlled trials. *Arch. Intern. Med.*, 172: 397–402.
20. Connolly S.J., Crigns H.J., Torp-Pedersen C. et al. (2009) Analysis of stroke in ATHENA: a placebo-controlled double-blind, parallel-arm trial to assess the efficacy of dronedarone 400 mg BID for the prevention of cardiovascular hospitalization or death from any cause in patients with atrial fibrillation/atrial flutter. *Circulation*, 120: 1174–1180.

Prevention of stroke associated with non-valvular atrial fibrillation

I.S. Zozulya¹, A.O. Volosovets¹, B.L. Parkhomenko²

¹Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv, Ukraine

²Heart Institute of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Abstract. The problem of heart arrhythmia in connection with atrial fibrillation and stroke occupies an important place in cardioneurology and requires immediate help to normalise the work of the heart and prevent stroke. Patients in the acute ischemic stroke need a scrupulous cardiac examination. The article provides data on risk stratification, treatment and prevention of ischemic stroke against the background of non-valvular atrial fibrillation.

Key words: stroke, non-valvular atrial fibrillation.

Information about the authors:

Zozulya Ivan S. — Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Emergency Medicine of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Volosovets Anton O. — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Emergency Medicine of the Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Parkhomenko Bogdan L. — Neurologist, Heart Institute of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

Address for correspondence:

Ivan Zozulya
04112, Kyiv, Dorohozhytska str., 9
E-mail: ivanzozulia2015@gmail.com

Надійшла до редакції/Received: 21.02.2023

Прийнято до друку/Accepted: 04.04.2023