

## **Lek. Paweł Basiukiewicz**

Ocena leczenia przeciwzakrzepowego z powodu tachyarytmii przedsionkowej w populacji chorych z wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca.

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: dr hab. n. med. Robert Kowalik.

Promotor pomocniczy: dr n. med. Janusz Bednarski.

I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa 2023

## Streszczenie w języku polskim.

**Tytuł:** Ocena leczenia przeciwzakrzepowego z powodu tachyarytmii przedsionkowej w populacji chorych z wszczepialnymi urządzeniami do elektroterapii serca. **Cele pracy:** (1). Zidentyfikowanie różnic w leczeniu przeciwzakrzepowym między populacją pacjentów z tachyarytmią przedsionkową i obecnością urządzenia wszczepialnego do elektroterapii serca, którzy są pod opieką poradni kontroli stymulatorów (grupa badana) a populacją pacjentów z migotaniem przedsionków, którzy byli hospitalizowani z dowolnej przyczyny i zostali wypisani z oddziału kardiologicznego (grupa kontrolna). (2). Określenie czynników ryzyka braku preskrypcji leczenia przeciwzakrzepowego w grupie badanej i grupie kontrolnej. (3). Określenie czy wykrycie AHRE u pacjentów w grupie badanej wpływa na postępowanie. (4). Poszukiwanie czynników warunkujących zastosowanie leczenia przeciwzakrzepowego w podgrupie pacjentów z wykrytym AHRE.

**Materiał i metodyka:** Analiza dokumentacji medycznej z poradni kontroli stymulatorów 667 pacjentów z tachyarytmią przedsionkową i obecnością CIED oraz dokumentacji medycznej 295 pacjentów hospitalizowanych z dowolnej przyczyny w oddziale kardiologicznym ze współistniejącym migotaniem przedsionków. Porównywano charakterystykę grup oraz stosowanie leczenia przeciwzakrzepowego w grupach i w podgrupie z AHRE. **Wyniki:** Po odrzuceniu pacjentów występujących w obu grupach grupa badana i kontrolna liczyły odpowiednio 607 i 227 osób. Grupa badana jest starsza (81 lat [74 – 86] vs 77 lat [67 – 82]),  $p < 0.001$ . W grupie badanej rzadziej rozpoznawano: przetrwałe migotanie przedsionków (1,3 vs 22%,  $p < 0.001$ ), niewydolność serca (24,5 % vs 65,6 %,  $p < 0.001$ ), cukrzycę (23,3 % vs 30,5 %,  $p = 0.04$ ) oraz stwierdzono niższą punktację w skali CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc (4 [3-5] vs 4 [3-6],  $p < 0.001$ ). Antykoagulację zastosowano odpowiednio u 82,6% i 83,3% pacjentów z grupy badanej i kontrolnej ( $p = 0,819$ ). Antagonista witaminy K był stosowany częściej w grupie badanej niż w grupie kontrolnej (31,7% vs 16,1%,  $p < 0,001$ ). W grupie badanej odsetek pacjentów z zasygnalizowanym przez urządzenie AHRE wynosił 15,4% (93 osoby. W grupie badanej antykoagulację wdrożono u 26,8% (25) pacjentów bez rozpoznanego wcześniej AFib na podstawie AHRE wykrytego przez urządzenie. Subpopulacja z AHRE różniła się od subpopulacji z napadowym migotaniem przedsionków następującymi cechami klinicznymi: w grupie AHRE występowała częściej płeć męska (53,8% vs 40%,  $p = 0,018$ ), oraz niższa punktacja w skali CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc (4 pkt [3 – 4] vs 4 pkt [3 – 5]). Wspólnym dla grupy badanej i kontrolnej czynnikiem predykcyjnym niezastosowania antykoagulacji było przyjmowanie ASA (odpowiednio OR 44,96 (CI 95% 20,87 – 103,11,  $p < 0,001$ ) i OR 5,18 (CI 95% 1,77 –

14,55,  $p=0,015$ )), zaś swoistym dla grup czynnikiem predykcyjnym niezastosowania leczenia przeciwkrzepliwego dla grupy badanej było niższe BMI (na każdy 1  $\text{kg/m}^2$  ( $OR$  0,86 ( $CI$  95% 0,76 - 0,95,  $p=0,005$ )) oraz dla grupy kontrolnej złożony punkt końcowy obejmujący wywiad krwawienia, małopłytkowość i niedokrwistość ( $OR$  2,81 ( $CI$  95% 1,1 - 6,89,  $p=0,002$ )).

**Wnioski:** (1). Nie było różnicy pod względem częstości zalecania leczenia przeciwzakrzepowego z powodu migotania przedsionków między chorymi leczonymi w poradni kontroli stymulatorów a wypisywanymi z oddziału kardiologicznego. W grupie badanej częściej stosowano antagonistę witaminy K. (2). Grupa badana i kontrolna różniły się czynnikami ryzyka niezastosowania terapii przeciwzakrzepowej. Wspólnym czynnikiem ryzyka było stosowanie kwasu acetylosalicylowego. (3). Obecność AHRE w grupie badanej wpłynęła na postępowanie medyczne. Nieco ponad 1/4 pacjentów z AHRE otrzymała decyzją lekarza leczenie przeciwzakrzepowe. (4). W podgrupie z AHRE nie znaleziono charakterystycznych cech od których zależało zastosowanie terapii przeciwzakrzepowej przez lekarza.