

Pomiar INR w domu z polskiej perspektywy

prof. dr hab. n. med. Anetta Undas

Instytut Kardiologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków



Na wyniki tego badania czekali z niecierpliwością. Przez średnio 2 lata obserwowano pacjentów w średnim wieku 67 lat stosujących warfarynę (dawki tygodniowe 3–135 mg; aby przeliczyć na dawkę acenokumarolu, należy tę dawkę podzielić przez 1,8) przez (w większości) co najmniej 12 miesięcy najczęściej (83% przypadków)

z powodu migotania przedsionków (u większości chorych CHADS2 wynosił ≤ 2 ; 6 pkt w skali CHADS2 stwierdzono tylko $< 1\%$ pacjentów) lub rzadziej z powodu wszczepienia mechanicznej zastawki serca (nie badano chorych po zatorze tętnicy płucnej i/lub zakrzepicy żył głębokich). Okazało się, że kontrola INR w warunkach domowych raz w tygodniu i monitorowanie INR w poradniach średnio raz na 3 tygodnie, ale nie rzadziej niż raz na 6 tygodni wiążą się z podobnym ryzykiem udaru mózgu (zaledwie 0,7%/rok), zgonu (ok. 3,5%/rok) lub poważnego krwawienia (ok. 4%/rok). Jednak domowy pomiar INR, zgodnie z przewidywaniami, wiązał się z dłuższym czasem, w którym INR znajdował się w przedziale terapeutycznym, z większą satysfakcją z leczenia i lepszą jakością życia. Co ważne, badanie jednak z dużym prawdopodobieństwem wykluczyło, aby domowy pomiar INR zwiększał ryzyko udaru, zgonu lub poważnego krwawienia.

Wyniki badania trudno jednak odnieść do realiów polskiej służby zdrowia. Po pierwsze, nie ma w Polsce poradni zajmujących się specjalnie prowadzeniem przewlekłej antykoagulacji (*anticoagulation clinics*), a to właśnie z efektami leczenia opartego na takich 28 wyspecjalizowanych jednostkach działających w Stanach Zjednoczonych porównano domowe pomiary INR w omawianym badaniu. Definicja takiej poradni w Stanach Zjednoczonych i w Europie brzmi następująco: jednostka leczenia ambulatoryjnego, gdzie specjalnie przeszkolony personel zajmuje się opieką nad pacjentami przyjmującymi leki przeciwzakrzepowe, prowadzi i nadzoruje regularne oznaczenia INR i gdzie stosuje się standardowy protokół prowadzenia antykoagulacji przyjęty lokalnie. Gdy INR oznacza się w różnych dowolnie wybranych punktach, a ewentualnej porady dotyczącej zmiany dawkowania antagonisty witaminy K udziela najczęściej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, szacuje się, że stabilną antykoagulację trudniej uzyskać; najwyżej 50% czasu leczenia doustnym antagonistą witaminy K to czas, w którym INR znajduje się w przedziale terapeutycznym. Jeśli tak, to odsetek (66%) uży-

skany w grupie monitorowania INR w domu jest bardzo obiecujący i oznacza istotną poprawę jakości leczenia przeciwzakrzepowego w porównaniu z przeciętnymi wskaźnikami uzyskiwanymi w Polsce nawet w poradniach, którym stosunkowo blisko do standardu *anticoagulation clinics*, np. w Europie Zachodniej. Na podstawie własnych doświadczeń mogę stwierdzić, że regularna kontrola wybranej grupy pacjentów może przynieść podobny odsetek czasu w przedziale terapeutycznym INR w zwykłej poradni, jednak przy dużym wysiłku organizacyjnym. Pamiętajmy, że każde 10% czasu poza przedziałem terapeutycznym INR oznacza 22-procentowy wzrost ryzyka istotnych incydentów klinicznych, jak wykazano w 2005 r. dla chorych z migotaniem przedsionków. Po drugie, minimalna cena urządzenia do domowego pomiaru INR to obecnie w Polsce ok. 2,5 tys. złotych. W rezultacie większość polskich pacjentów stosujących tę formę monitorowania INR to chorzy młodzi lub w średnim wieku. Eksperti natomiast zgodnie twierdzą, że to starsi chorzy z chorobami współistniejącymi zwiększającymi ryzyko krwawienia i zakrzepu lub zatoru, stosujący liczne leki, zwłaszcza osoby po implantacji sztucznej zastawki serca, mogą odnieść największe korzyści z łatwiejszego dostępu do oznaczenia INR. Zakup urządzenia do domowego pomiaru INR należy przede wszystkim rozważyć u pacjentów, u których z powodu niepełnosprawności, dużej odległości od przychodni lub innych czynników (np. rodzaju wykonywanej pracy) pojawia się prawdopodobieństwo, że chory odstawi antagonistę witaminy K lub będzie go stosował bardzo nieregularnie. Część tych problemów ma szansę rozwiązać wprowadzenie nowych leków przeciwzakrzepowych niewymagających kontroli laboratoryjnej, ale zanim dabigatran, rivaroksaban lub inne preparaty staną się opcją terapeutyczną dla polskich pacjentów, należy zachęcać do wszelkich metod optymalizacji antykoagulacji.

Z punktu widzenia metodologii badań klinicznych warto jeszcze zaznaczyć, że weryfikacji w badaniu powinny podlegać również metody diagnostyczne, w tym laboratoryjne, bo w rozumieniu *Evidence Based Medicine* „interwencją” jest także oznaczenie INR taką lub inną metodą, a nie tylko podanie leku lub przeprowadzenie zabiegu inwazyjnego.

Podsumowując, pomiar domowy INR stanowi cenną metodę, ale dla pewnych grup chorych, a nie dla wszystkich. Poprawa stabilności antykoagulacji dzięki takiemu pomiarowi może być znaczna, jeśli codzienność takiej kontroli INR jest daleka od tej uważanej za optymalną, tak jak niestety ma to miejsce w Polsce.

Konflikt interesów: nie zgłoszono