

РИСК РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ, И ИХ ОТНОШЕНИЕ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ

Е. В. Бондаренко^{1,2}, О. А. Ефремова¹, Л. А. Камышникова¹, М. А. Гайворонская¹, Ю. С. Павлова¹

¹ Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

² Борисовская центральная районная больница, Белгород, Россия

Цель – определить риск развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших ишемический инсульт, и выявить их отношение к антикоагулянтной терапии. **Материал и методы.** В основную группу вошли 28 пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, перенесших ишемический инсульт. В группу сравнения вошли 30 сопоставимых по полу и возрасту пациентов с фибрилляцией предсердий без инсульта в анамнезе. Учитывались ответы пациентов на вопросы составленного опросника, данные анамнеза, прием лекарственных средств, осложнения после терапии с проведением оценки по шкалам CHA2DS2-VASc и HAS-BLED. **Результаты.** Подтвержден высокий риск развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий: средний балл у пациентов основной группы по шкале CHA2DS2-VASc – 4,5 (3; 5). Выявлена их недостаточная приверженность к приему антикоагулянтов: только 42,87 % принимали прямые оральные антикоагулянты; 17,86 % – варфарин; 35,7 % – ацетилсалициловую кислоту и/или клопидогрел. При этом на вопрос, были ли им назначены антикоагулянты, 92,8 % пациентов дали положительный ответ; 60,7 % респондентов подтвердили прекращение приема антикоагулянтов с указанием следующих причин: «высокая стоимость лечения» – 10,7 %; «много лекарств» – 10,7 %; «не считаю нужным» – 7,1 %; «боюсь кровотечения» – 7,1 %; «не помню» – 7,1 %; «неудобно ходить в поликлинику для контроля МНО» – 17,8 % пациентов.

Ключевые слова: ишемический инсульт, неклапанная фибрилляция предсердий, антикоагулянт, прямые оральные антикоагулянты, амбулаторный и госпитальный этапы лечения.

Шифр специальности: 14.01.04 Внутренние болезни.

Автор для переписки: Камышникова Людмила Александровна, e-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

ВВЕДЕНИЕ

Фибрилляция предсердий (ФП) является важной медицинской проблемой в связи с широкой распространенностью и повышенным риском общей летальности (до 50 % – у мужчин и до 90 % – у женщин). ФП в 5 раз повышает риск ишемического инсульта (ИИ) [1], который в основном имеет кардиоэмболическое происхождение вследствие тромбообразования в левом предсердии или его ушке [2]. Замедление кровотока, системная и локальная активация системы свертывания крови, дисфункция эндотелия способствуют развитию тромбоза. Около 80 % инсультов являются ишемическими, и именно кардиоэмболические инсульты имеют наиболее неблагоприятный прогноз [2]. Риск летального исхода у больных с инсультом при наличии ФП в 2 раза выше, кроме того, в 1,5 раза возрастают затраты на лечение [1].

Поэтому профилактика инсульта занимает центральное место в лечении ФП, и многие факторы риска, ведущие к ее развитию, также являются факторами риска его тромбоэмболических осложнений (ТЭО). Некоторые факторы риска являются независимыми предикторами риска инсульта и используются для формирования различных шкал его стратификации [3]. Основной шкалой для стратификации ри-

ска, согласно рекомендациям экспертов, является CHA2DS2-VASc [1–2]. По мнению А. В. Анисимовой и соавт., «первичная профилактика инсульта является задачей и кардиологов, и терапевтов... В то же время вторичная профилактика инсульта часто ложится на плечи неврологов» [4, с. 65]. Вторичная профилактика ИИ диктует необходимость пожизненного назначения антикоагулянтов.

Длительное время антагонист витамина К (АВК) – варфарин – являлся единственным пероральным антикоагулянтом, поскольку имел убедительные доказательства снижения риска ИИ на 2/3, а риска смерти у больных ФП (SPAF-I, SPAF-II, AFASAK-1, BAATAF, EAF, SPINAF, CAFA) – на 1/4 [2]. «Метаанализ... продемонстрировал, что индивидуально подобранная доза варфарина по уровню международного нормализованного отношения (МНО) существенно снижает риск возникновения ИИ (на 68 %) или системных эмболий в сравнении с плацебо, а общая смертность на фоне приема терапевтических доз варфарина снижается на 33 %» [4, с. 65].

При этом на практике применение варфарина вызывает ряд сложностей, связанных с узким диапазоном МНО в значениях 2,0–3,0; с множественными

лекарственными взаимодействиями; с продуктами, содержащими витамин К, которые значимо снижают антикоагулянтное действие препарата; с генетическими дефектами, изменяющими метаболизм варфарина в организме [4]. Для прогнозирования удержания МНО в терапевтическом окне экспертами в 2016 г. было предложено использовать индекс SAmе-TT2R2 [5], однако этот индекс не был валидизирован в крупных когортных исследованиях, и до конца не ясно, насколько оправдано его широкое использование.

В настоящее время в клинической практике все чаще используют три прямых оральных антикоагулянта (ПОАК), не являющихся АВК, которые были одобрены в различных рекомендациях для профилактики инсульта при неклапанной ФП: прямые ингибиторы фактора Ха – аписабан и ривароксабан, а также прямой ингибитор тромбина – дабигатран [6].

С варфарином сравнивали дабигатрана этаксилат в исследовании RE-LY, ривароксабан – в исследовании ROCKET-AF, аписабан – в исследовании ARISTOTLE [2]. Все зарегистрированные в РФ препараты показали эффективность в отношении профилактики тромбоэмболий и инсульта, а также в снижении риска общей смертности.

Значительный успех достигнут в лечении нарушений ритма сердца. Идет расширение линейки антиаритмических препаратов, совершенствуются хирургические и электрические методы лечения аритмий, однако существует еще ряд проблем. Развитие побочных явлений при одновременном применении антиаритмиков и антикоагулянтов вызывает негативное

отношение у пациентов и даже врачей к назначению антикоагулянтов для длительного применения. Это обусловлено также недостаточностью информации о влиянии этих препаратов на различные органы и системы при полиморбидной патологии.

Постоянно растущее число пациентов с ФП требует четкой стратегии лечения. На фармацевтическом рынке представлено большое количество антикоагулянтов, и перед практическим врачом всегда стоит проблема выбора антикоагулянта в период реабилитации больных с нарушениями ритма, перенесших ИИ.

Цель – определить риск развития тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших ишемический инсульт, и выявить их отношение к антикоагулянтной терапии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основную группу были отобраны 28 пациентов с неклапанной ФП, ранее перенесших ишемический инсульт, в группу сравнения – 30 пациентов с неклапанной ФП без инсульта и транзиторных ишемических атак (ТИА) в анамнезе, сопоставимых по возрасту. Отбор пациентов проводился с января 2018 г. по декабрь 2019 г. в Городской больнице № 2 г. Белгорода. Получено информированное письменное согласие на участие в исследовании от пациентов и разрешение этического комитета Белгородского государственного национального исследовательского университета на его проведение от 19.12.2017 № 27. Основные данные пациентов, включенных в исследование, представлены в таблице 1.

RISK OF DEVELOPMENT OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS AFTER ISCHEMIC STROKE AND ATRIAL FIBRILLATION, AND THEIR OPINION ON ANTICOAGULANT THERAPY

E. V. Bondarenko^{1,2}, O. A. Efremova¹, L. A. Kamyshnikova¹, M. A. Gaivoronskaya¹, Yu. S. Pavlova¹

¹ Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

² Borisovskaya Central Regional Hospital, Belgorod, Russia

The study aims to determine the risk of thromboembolic complications and to get the opinion of patients with ischemic stroke and atrial fibrillation on anticoagulant therapy. **Material and methods.** The main group included 28 patients with non-valvular atrial fibrillation after ischemic stroke. The comparison group included 30 patients, matched by sex and age, with atrial fibrillation without a prior history of stroke. We analyzed feedback from patients, medical histories, drug administration, complications after the therapy, points on the CHA2DS2-VASc and HAS-BLED scoring systems. **Results.** Patients with atrial fibrillation have a high risk of thromboembolic complications: in patients in the main group, the mean CHA2DS2-VASc score was 4.5 (3; 5). Insufficient adherence to anticoagulants in the main group was revealed. Only 42.9 % of patients took direct oral anticoagulants, 17.86 % took warfarin and 35.7 % took acetylsalicylic acid and/or clopidogrel. At the same time, when asked whether anticoagulants were prescribed, almost all patients (92.8 %) answered positively. Some respondents (60.7 %) confirmed the discontinuation of anticoagulants, indicating the following reasons: "high cost of treatment" – 10.7 %; "a lot of drugs" – 10.7 %; "I do not consider it to be necessary" – 7.1%; "I'm afraid of bleeding" – 7.1 %; "I don't remember" – 7.1 %; "it is inconvenient to go to the clinic to control INR" – 17.8 % of patients.

Keywords: ischemic stroke, non-valvular atrial fibrillation, anticoagulant, direct oral anticoagulant (DOAC), outpatient and hospital treatment stages.

Code: 14.01.04 Internal Diseases.

Corresponding Author: Lyudmila A. Kamyshnikova, e-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

Таблица 1

Характеристика основных клинико-anamnestических данных пациентов, включенных в исследование

Параметр	Основная группа n = 28	Группа сравнения n = 30
Возраст, лет, Me (Q1; Q3)	69,6 (62; 74)	68,4 (61; 72)
Мужской пол, n (%)	18 (64,3)	19 (63,3)
Ишемическая болезнь сердца, n (%)	17 (60,7)	20 (66,7)
Артериальная гипертензия в анамнезе, n (%)	18 (64,3)	18 (60)
Хроническая сердечная недостаточность, n (%)	28 (100)	30 (100)
Инсульт, мес. назад	11 (5; 17)	0
Длительность заболевания ФП, Me (Q1; Q3), лет	4,7 (2,6; 6,4)	3,8 (2,0; 5,1)
Пароксизмальная форма ФП, n (%)	9 (32,1)	9 (30)
Персистирующая форма ФП, n (%)	10 (35,8)	10 (33,3)
Постоянная форма ФП, n (%)	9 (32,1)	11 (36,6)
Баллы по CHA2DS2-VASc, Me (Q1; Q3)	4,5 (3; 5)	2,75 (2; 4)

Критерии включения в исследование: наличие клапанной ФП; наличие 2 баллов при расчете риска ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc у мужчин и 3 баллов – у женщин. Из исследования исключались пациенты с клапанной ФП (средне-тяжелым и тяжелым митральным стенозом или механическим протезом клапанов сердца), тиреотоксикозом, онкологическими заболеваниями в анамнезе.

Все пациенты отвечали на вопросы составленного опросника, им проводилась стандартная лабораторная и инструментальная диагностика. В индивидуальных анкетах отмечали данные анамнеза: дату начала фибрилляции предсердий; дату перенесенного инсульта; сопутствующую патологию; все лекарственные средства, которые принимает пациент; наличие кровотечений и ТЭО. Оценку проводили по шкалам CHA2DS2-VASc и HAS-BLED.

Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Statistica 6.0. Применялись методы описательной статистики с определением медианы (Me) и интерквартильного размаха с указанием нижнего и верхнего квартилей (Q1–Q3). Для оценки статистически значимых различий между группами по количественным признакам использовался критерий Манна – Уитни. Анализ различия качественных признаков в двух независимых группах осуществлялся при помощи построения таблиц сопряженности с последующими расчетами критерия χ^2 , отношения шансов (ОШ) и доверительного интервала (ДИ) 95 %. Нормальность распределения проверялась при помощи теста Шапиро – Уилка. Статистически значимыми изменениями показателей считали $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты отвечали на вопросы составленного опросника, при наличии затруднений (неврологическом дефиците) это делали ухаживающие родственники. Опросник был составлен, чтобы выяснить, знает ли пациент о наличии у него ФП и о том, что ФП является фактором риска повторного инсульта; осведомлен ли

он о необходимости постоянного приема антикоагулянтов, а также от кого и когда он получил эту информацию; были ли назначены антикоагулянты врачом, который установил диагноз ФП; какой антикоагулянт и в какой дозе принимает пациент и/или принимал ранее; прекращал ли он прием антикоагулянтов, если да, то почему; его информированность и готовность выполнять рекомендации врача по назначенной терапии; его информированность о рисках кровотечения и необходимости контроля МНО, функции почек; отношение пациента к антикоагулянтам и понимание их значимости; имеется ли у пациента желание узнать больше о своем заболевании и его лечении; считает ли он необходимым принимать ацетилсалициловую кислоту.

На вопрос, знает ли пациент о наличии у него ФП, утвердительно ответили в основной группе – 24 (85,7 %), в группе сравнения – 29 (96,7 %) пациентов, $p > 0,05$. По нашему мнению, более низкий показатель осведомленности о заболевании в основной группе объясняется неврологическим статусом больных, перенесших инсульт. В свою очередь, незаинтересованность в информированности и приводит к низкой приверженности к лечению и впоследствии к инсульту.

Полученный результат об информированности о ФП в группах (48,3 % – в основной, и 51,8 % – в группе сравнения) был значительно выше данных, представленных И. А. Золотовской и соавт. [7].

На вопрос о том, является ли ФП фактором риска повторного инсульта, утвердительно ответили 9 (32,1 %) пациентов в основной группе и 10 (33,3 %) – в группе сравнения, $p > 0,05$. На наш взгляд, врачам как первичного звена, так и стационаров следует чаще информировать пациента об этом риске для повышения приверженности к приему антикоагулянтов и снижения риска ТЭО.

С необходимостью постоянного приема антикоагулянтов согласились лишь 8 (28,6 %) пациентов основной группы и 10 (33,3 %) – группы сравнения, $p > 0,05$, что свидетельствует о низкой информированности

сти пациентов по данному вопросу в обеих группах. На вопрос о том, от кого и когда была получена информация об антикоагулянтной терапии, эти же пациенты ответили, что от врача при назначении препарата.

На вопрос о том, были ли назначены антикоагулянты врачом, который установил диагноз ФП, дали положительный ответ 15 (53,6 %) пациентов в основной группе и 15 (50 %) – в группе сравнения, $p > 0,05$.

Выявлена недостаточная приверженность к приему антикоагулянтов в основной группе: только 12 (42,87 %) пациентов принимали прямые оральные антикоагулянты (ПОАК); 5 (17,86 %) – варфарин; 10 (35,7 %) – ацетилсалициловую кислоту (АСК) и/или клопидогрель; 1 (3,57 %) пациент не принимал антитромботических препаратов. При этом на вопрос, были ли им назначены антикоагулянты, почти все пациенты (92,8 %) ответили утвердительно, а двое вспомнить об их назначении не смогли.

При анализе результатов антитромботической терапии в группе сравнения были следующие показатели: АСК и/или клопидогрель получали 15 (50 %) человек, варфарин – 8 (26,7 %), ПОАК – 7 (23,3 %). При этом у пациентов основной группы средний балл по шкале CHA2DS2-VASc составил 4,5 (3; 5), а в группе сравнения – 2,75 (2; 4), $p > 0,05$.

Наши данные сопоставимы с результатами исследования А. Ю. Карпова [8], в котором установлен прием АСК 50,6 % пациентов, варфарина – 23,1 %, дабигатрана – 8,3 %, ривароксабана – 19,4 %, апиксабана – 4,3 % больных. В 2015 г. М. V. Huisman и соавт. [9] в своем исследовании выявили, что частота использования ПОАК у пациентов с недавно диагностированной ФП превышала частоту назначения АВК в Европе и США. Однако имеется несколько исследований в европейских странах, которые выявили оптимальную частоту назначения антикоагулянтов пациентам с ФП [10].

На вопрос о прекращении приема антикоагулянтов 17 (60,7 %) пациентов в основной группе ответили утвердительно с указанием следующих причин: «высокая стоимость лечения» – 3 (10,7 %); «много лекарств» – 3 (10,7 %); «не считаю нужным» – 2 (7,1 %); «боюсь кровотечения» – 2 (7,1 %); «не помню» – 2 (7,1 %); «неудобно ходить в поликлинику для контроля МНО» – 5 (17,8 %). В группе сравнения по данному вопросу статистически значимых различий не выявлено.

Всем пациентам, получающим терапию варфарином, рекомендуется контроль МНО один раз каждые 4–6 недель [11]. Применять ПОАК проще, чем варфарин, из-за отсутствия необходимости контроля МНО и более редкого его взаимодействия с лекарствами и продуктами питания. Готовность выполнять рекомендации врача по назначенной терапии отметили 100 % пациентов в обеих группах.

Информированность о возможном риске кровотечений отметили 12 (42,8 %) пациентов в основной группе и 14 (46,7 %) – в группе сравнения, $p > 0,05$.

Для вторичной профилактики ИИ при высоком риске кровотечений по шкале HAS-BLEED и возрасте пациентов более 80 лет показано применение дабигатрана в дозах 110 мг × 2 раза в сутки. При низком риске кровотечений показано повышение дозы дабигатрана до 150 мг × 2 раза в сутки [12]. Рекомендован регулярный мониторинг функции почек у больных, получающих ПОАК (не реже одного раза в 6 месяцев) [11]. Информированность об этом отметили 3 (10,7 %)

пациента в основной группе и 4 (13,3 %) – в группе сравнения, $p > 0,05$.

Таким образом, выявлен недостаточный уровень информированности пациентов о риске кровотечения и необходимости контроля функции почек.

На вопрос о желании больше знать о своем заболевании и его лечении все пациенты в обеих группах дали положительный ответ.

По мнению Л. А. Бокерия и соавт. [11], следует выбирать антикоагулянт с учетом особенностей пациента, его приверженности к лечению, переносимости медикаментов и их стоимости. В отношении снижения риска ИИ преимущества перед варфарином отмечены только у дабигатрана в дозе 150 мг, а апиксабан при сравнении с варфарином доказал снижение общей летальности.

По мнению Т. Е. Морозовой и Н. А. Коньшко [13], «пациент должен играть ключевую роль в принятии решений по поводу его лечения. Повышение приверженности к лечению ОАК может достигаться путем назначения препаратов с удобным режимом приема, не требующим частого мониторинга МНО, и за счет снижения числа осложнений и побочных эффектов терапии» [13, с. 55]. Исследователи приходят к выводу, что назначение ривароксабана с однократным приемом для больных с ФП увеличивает приверженность пациентов к лечению.

С необходимостью приема АСК согласились 13 (46,4 %) пациентов в основной группе и 10 (33,3 %) – в группе сравнения, $p > 0,05$.

Доказано, что аспирин в монотерапии не дает эффективную профилактику ТЭО у пациентов с ФП. В исследовании GLORIA-AF доля больных с ФП и индексом по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 2 , принимавших только аспирин, составила: в Европе – 9,8 %, в Северной Америке – 21,7 %; в Азии – 42,7 % [9]. В регистре GARFIELD-AF более 10 000 пациентов с ФП из разных стран не получали антикоагулянты, при этом 38,0 % пациентов имели CHA2DS2-VASc ≥ 2 [14].

Антикоагулянтная терапия снижает, но не устраняет риск развития ИИ при неклапанной ФП. Так, у 1 пациента (3,6 %) в нашем исследовании на фоне приема 5 мг апиксабана 2 раза в день был диагностирован ИИ. Согласно европейским рекомендациям таким пациентам необходимы оценка приверженности к лечению, отмена антикоагулянта и возобновление антикоагулянтной терапии после ИИ. Эксперты ассоциации аритмологов предлагают придерживаться правила «1-3-6-12» дней в зависимости от тяжести инсульта по шкале NINDS [12]. У части больных с фибрилляцией предсердий ИИ или ТИА развиваются еще до назначения антикоагулянтов, в таких случаях следует придерживаться такого же правила.

В нашем исследовании у 2 (7,1 %) пациентов в основной группе были диагностированы инсульт и впервые выявленная ФП. Это существенно ниже по сравнению с литературными данными.

В ретроспективном когортном исследовании J. Jaakkola и соавт. [15] у 3 623 пациентов оценивали распространенность ИИ или ТИА как первого проявления ФП. Ишемический инсульт был первым клиническим проявлением ФП у 37 % пациентов младше 75 лет без сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе. Авторы приходят к выводу, что впервые выявленная ФП является преимущественной причиной ИИ и не вызвана острым цереброваскулярным событием.

3 балла и более при оценке по шкале HAS-BLED имели 6 (21,4 %) пациентов из основной группы, что свидетельствовало о высоком риске развития кровотечения. В группе сравнения такой риск имели только 2 (6,7 %) пациента ($p = 0,08$). У 1 (3,6 %) пациента из

основной группы в анамнезе было желудочно-кишечное кровотечение; в группе сравнения кровотечений и ТЭО в анамнезе не выявлено ($p = 0,27$).

Была проведена оценка ассоциации анамнестических показателей с риском развития инсульта (табл. 2).

Таблица 2

Отношение шансов анамнестических показателей и риска развития инсульта

Фактор	ОШ	95 % ДИ
Возраст 65–74 года	2,19	2,05–3,12
Наличие АГ	1,18	1,11–1,31
Наличие ХСН	0,99	0,92–1,09
Отсутствие приема ОАК	2,26	1,86–2,74
Курение	1,09	1,01–1,18
Повышен уровень ЛПНП	1,10	1,06–1,15
Инсульт у родственников	1,01	0,93–1,09

Примечание: АГ – артериальная гипертензия; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ЛПНП – липопротеины низкой плотности.

Установлено, что у пациентов в возрасте от 65 до 74 лет ИИ развивался в среднем на 18 % чаще на фоне сопутствующих АГ (ОШ = 1,18, 95 % ДИ: 1,11–1,31, $p = 0,02$) и курения (ОШ = 1,09, 95 % ДИ: 1,01–1,18, $p = 0,03$); на 10 % чаще при повышении уровня ЛПНП (ОШ = 1,10, 95 % ДИ: 1,06–1,15, $p = 0,01$); в 2 раза чаще при отсутствии приема ОАК (ОШ = 2,26, 95 % ДИ: 1,86–2,74, $p = 0,001$).

Из таблицы 2 видно, что значимая ассоциация с риском инсульта выявлена по ряду показателей, схожих с показателями шкалы CHA₂DS₂-VASc. Однако особенно опасен низкий уровень применения антикоагулянтов для первичной и вторичной профилактики инсульта при ФП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, выявлено, что пациенты с ФП отличаются высоким риском развития тромбоэмболических осложнений: средний балл у пациентов в основной группе по шкале CHA₂DS₂-VASc – 4,5 (3; 5).

Также в основной группе выявлена недостаточная приверженность к приему антикоагулянтов. Только 12 (42,87 %) пациентов принимали прямые оральные ан-

тикоагулянты; 5 (17,86 %) – варфарин; 10 (35,7 %) – ацетилсалициловую кислоту и/или клопидогрель; 1 (3,57 %) пациент не принимал антитромботические препараты. При этом на вопрос, были ли назначены антикоагулянты, 92,8 % ответили утвердительно, 2 пациента не смогли вспомнить об их назначении.

На вопрос о прекращении приема антикоагулянтов 60,7 % пациентов дали положительный ответ с указанием следующих причин: «высокая стоимость лечения» – 3 (10,7 %) человека; «много лекарств» – 3 (10,7 %); «не считаю нужным» – 2 (7,1 %); «боюсь кровотечения» – 2 (7,1 %); «не помню» – 2 (7,1 %); «неудобно ходить в поликлинику для контроля МНО» – 5 (17,8 %) человек.

Установлено, что низкий уровень применения антикоагулянтов особенно опасен для первичной и вторичной профилактики инсульта при ФП. По нашему мнению, очень важно в первичном звене здравоохранения неврологам, терапевтам и кардиологам проводить профилактическую работу по использованию антикоагулянтов у пациентов с неклапанной ФП.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Powers W. J., Rabinstein A. A., Ackerson T. Adeoye O. M. et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // Stroke. 2018. No 49. URL: https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols/2018%20AHA%20Ischemic%20Stroke%20Guideline%20Update%202018.pdf (дата обращения: 11.05.2020).

REFERENCES

1. Powers W. J., Rabinstein A. A., Ackerson T. Adeoye O. M. et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // Stroke. 2018. No 49. URL: https://www.bmc.org/sites/default/files/Patient_Care/Specialty_Care/Stroke_and_Cerebrovascular_Center/Medical_Professionals/Protocols/2018%20AHA%20Ischemic%20Stroke%20Guideline%20Update%202018.pdf (accessed: 11.05.2020).

- Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. 2019. 95 с. URL: http://cardio-eur.asia/media/files/clinical_recommendations/recommendations_diagnosis_and_treatment_of_atrial_fibrillation_2019_rus.pdf (дата обращения: 11.05.2020).
- Бондаренко Е. В., Камышникова Л. А., Ефремова О. А., Павлова Ю. С., Паюдис А. Н. Структурно-функциональные параметры сердечно-сосудистой системы при фибрилляции предсердий у больных, перенесших инсульт // Актуальные проблемы медицины. 2020. Т. 43, № 2. С. 196–205.
- Анисимова А. В., Гендлин Г. Е., Борисов С. Н. Профилактика инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий: роль современных антикоагулянтов // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. Вып. 2. С. 62–69.
- Apostolakis S., Sullivan R. M., Olshansky B., Lip G. Y. Factors affecting Quality Of Anticoagulation Control Among Patients with Atrial Fibrillation on Warfarin: the SAME-TT(2)R(2) Score // Chest. 2013. No 144. P. 1555–1563.
- Мелехов А. В., Гендлин Г. Е., Дадашова Э. Ф., Алексеева Е. М., Заиграев И. А., Никитин И. Г. Динамика применения антитромботических препаратов у больных с фибрилляцией предсердий: собственные данные и обзор отечественных регистров // Рос. мед. журнал. 2017. Т. 23, № 3. С. 116–126.
- Золотовская И. А., Давыдкин И. Л., Дупляков Д. В. Антикоагулянтная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших кардиоэмболический инсульт: оценка приверженности к антикоагулянтной терапии в реальной клинической практике: результаты когортного исследования «Аполлон» // Рос. кардиолог. журнал. 2017. № 7. С. 105–110.
- Карпов Ю. А. Исследование безопасности и эффективности апиксабана у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике в России // Атмосфера. Новости кардиологии. 2018. № 4. С. 3–12.
- Huisman M. V., Rothman K. J., Paquette M., Teutsch C. et al. Antithrombotic Treatment Patterns in 10,871 Patients with Newly Diagnosed Nonvalvular Atrial Fibrillation: The GLORIA-AF Registry, Phase II // The American Journal of Medicine. 2015. Vol. 128. P. 1306–1313.
- Masotti L., Grifoni E., Dei A., Vannucchi V., Moroni F., Panigada G., Spolveri S., Landini G. Anticoagulation in the Early Phase of Non-Valvular Atrial Fibrillation-Related Acute Ischemic Stroke: Where Do We Stand? // Italian Journal of Medicine. 2019. No 13. P. 24–31.
- Бокерия Л. А., Бокерия О. Л., Голухова Е. З., Филатов А. Г., Сергуладзе С. Ю. Фибрилляция предсердий: клинич. рекомендации. М., 2017. 65 с.
- Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. et al. 2016 ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation Developed in Collaboration with EACTS // European Heart Journal. 2016: Vol. 50, No. 5. P. e1–e88.
- Морозова Т. Е., Кобышко Н. А. Комплексный подход к лечению пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий. Место ривароксабана // Consilium Medicum. 2019. Т. 21, № 5. С. 51–56.
- Моисеев С. В. Новые пероральные антикоагулянты при фибрилляции предсердий: ошибки и практические аспекты применения // Клинич. фармакология и терапия. 2016. № 1. С. 19–25.
- Jaakkola J., Mustonen P., Kiviniemi T., Hartikainen J. E., Palomäki A., Hartikainen P., Nuotio I., Ylitalo A., Airaksinen K. E. Stroke as the First Manifestation of Atrial Fibrillation. // PLoS One. 2016. Vol. 11, No. 12. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168010> (дата обращения: 11.05.2020).
- Eurasian Clinical Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Atrial Fibrillation, 2019. 95 p. URL: http://cardio-eur.asia/media/files/clinical_recommendations/recommendations_diagnosis_and_treatment_of_atrial_fibrillation_2019_rus.pdf (accessed: 11.05.2020). (In Russian).
- Bondarenko E. V., Kamyshnikova L. A., Efremova O. A., Pavlova Yu. S., Payudis A. N. 2020. Structural and Functional Parameters of the Cardiovascular System in Patients with Atrial Fibrillation after a Stroke // Challenges in Modern Medicine. Vol. 43, No. 2. P. 196–205. (In Russian).
- Anisimova A. V., Gendlin G. E., Borisov S. N. Prevention of Stroke in Patients with Atrial Fibrillation: a Role of Modern Anticoagulants // Journal of Neurology and Psychiatry. 2013. Iss. 2. P. 62–69. (In Russian).
- Apostolakis S., Sullivan R. M., Olshansky B., Lip G. Y. Factors affecting Quality Of Anticoagulation Control Among Patients with Atrial Fibrillation on Warfarin: the SAME-TT(2)R(2) Score // Chest. 2013. No 144. P. 1555–1563.
- Melekhov A. V., Gendlin G. E., Dadashova E. F., Alekseeva E. M., Zaigraev I. A., Nikitin I. G. The Dynamics of Application of Anti-Thrombotic in patients fibrillation of Atriums: Original Data and Review of National Registers // Medical Journal of the Russian Federation. 2017. Vol. 23, No. 3. P. 116–126. (In Russian).
- Zolotovskaya I. A., Davydkin I. L., Duplyakov D. V. Anticoagulation in Atrial Fibrillation Patients after Cardioembolic Stroke: Evaluation of Treatment Adherence in Real Practice (Cohort Study "APOLLON") // Russ J Cardiol. 2017. No7. P. 105–110. (In Russian).
- Karpov Yu. A. The Study of Safety and Efficacy of Apixaban in Patients with Nonvalvular Atrial Fibrillation in Real Clinical Practice in Russia // Atmosphere. Cardiology News. 2018. No4. P. 3–12. (In Russian).
- Huisman M. V., Rothman K. J., Paquette M., Teutsch C. et al. Antithrombotic Treatment Patterns in 10,871 Patients with Newly Diagnosed Nonvalvular Atrial Fibrillation: The GLORIA-AF Registry, Phase II // The American Journal of Medicine. 2015. Vol. 128. P. 1306–1313.
- Masotti L., Grifoni E., Dei A., Vannucchi V., Moroni F., Panigada G., Spolveri S., Landini G. Anticoagulation in the Early Phase of Non-Valvular Atrial Fibrillation-Related Acute Ischemic Stroke: Where Do We Stand? // Italian Journal of Medicine. 2019. No 13. P. 24–31.
- Bokeriia L. A., Bokeriia O. L., Golukhova E. Z., Filatov A. G., Serguladze S. Yu. Klinicheskie rekomendatsii: "Fibrilliatsiia predserdii". 2017, 65 p. (In Russian).
- Kirchhof P., Benussi S., Kotecha D. et al. 2016 ESC Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation Developed in Collaboration with EACTS // European Heart Journal. 2016: Vol. 50, No. 5. P. e1–e88.
- Morozova T. E., Konyshko N. A. Complex Approach to the Treatment of Patients with Non-Valvular Atrial Fibrillation. Place Rivaroxaban // Consilium Medicum. 2019. Vol. 21, No. 5. P. 51–56. (In Russian).
- Moiseev S. V. New Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: Practical Considerations // Clinical Pharmacology and Therapy. 2016. No. 1. P. 19–25. (In Russian).
- Jaakkola J., Mustonen P., Kiviniemi T., Hartikainen J. E., Palomäki A., Hartikainen P., Nuotio I., Ylitalo A., Airaksinen K. E. Stroke as the First Manifestation of Atrial Fibrillation // PLoS One. 2016. Vol. 11, No. 12. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168010> (accessed: 11.05.2020).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Екатерина Витальевна Бондаренко – аспирант кафедры факультетской терапии, Медицинский институт, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия; врач-невролог, Борисовская центральная районная больница, Белгород, Россия.

ORCID: 0000-0003-4515-7178.

E-mail: 707954@bsu.edu.ru

Ольга Алексеевна Ефремова – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой факультетской терапии, Медицинский институт, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия.

ORCID: 0000-0002-6395-1626.

E-mail: efremova@bsu.edu.ru

Людмила Александровна Камышникова – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры факультетской терапии, Медицинский институт, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия.

ORCID: 0000-0002-6129-0625.

E-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

Мария Алексеевна Гайворонская – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской терапии, Медицинский институт, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия.

ORCID: 0000-0001-7042-0500.

E-mail: gaivoronskaya_m@bsu.edu.ru

Юлия Станиславовна Павлова – ассистент кафедры факультетской терапии, Медицинский институт, Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия.

ORCID: 0000-0001-9958-2917.

E-mail: pavlova_yus@bsu.edu.ru

ABOUT THE AUTHORS

Ekaterina V. Bondarenko – Postgraduate, Faculty Therapy Department, Medical Institute, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia; Neurologist, Borisovskaya Central Regional Hospital, Belgorod, Russia.

ORCID: 0000-0003-4515-7178.

E-mail: 707954@bsu.edu.ru

Olga A. Efremova – Doctor of Sciences (Medicine), Docent, Head, Faculty Therapy Department, Medical Institute, Belgorod National Research University, Belgorod, Russia.

ORCID: 0000-0002-6395-1626.

E-mail: efremova@bsu.edu.ru

Lyudmila A. Kamyshnikova – Candidate of Sciences (Medicine), Docent, Associate Professor, Faculty Therapy Department, Medical Institute, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia.

ORCID: 0000-0002-6129-0625.

E-mail: kamyshnikova@bsu.edu.ru

Maria A. Gaivoronskaya – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor, Faculty Therapy Department, Medical Institute, Belgorod National Research University, Belgorod, Russia.

ORCID: 0000-0001-7042-0500.

E-mail: gaivoronskaya_m@bsu.edu.ru

Yulia S. Pavlova – Assistant Professor, Faculty Therapy Department, Medical Institute, Belgorod National Research University, Belgorod, Russia.

ORCID: 0000-0001-9958-2917.

E-mail: pavlova_yus@bsu.edu.ru