Антитромботическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий после инфаркта миокарда: клинические рекомендации и реальная практика

Кристина Геннадьевна Переверзева[1,2]*, Сергей Степанович Якушин[1], Анастасия Эдуардовна Припадчева[1], Наталья Петровна Агальцова[2]

[1] Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова
Россия, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, 9

[2] Областной клинический кардиологический диспансер
Россия, 390026, Рязань, ул. Стройкова, 96

Цель. Изучить частоту назначения оральных антикоагулянтов (ОАК) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) после инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы. В исследование включено 106 пациентов с ФП и ИМ (60 мужчин, 55,6%), находившихся на стационарном лечении в период 2016-2017 гг. в одной из клинических больниц города. Медиана возраста пациентов составила 70,0 (61,0;78,0) лет. Пациенты с первым и единственным пароксизмом ФП были исключены из анализа, и все дальнейшие расчеты проводились для 104 пациентов. В 64 (60,2%) случаях ФП была представлена пароксизмальной формой, при этом в 2 (1,9%) случаях настоящий пароксизм был первым и единственным. В 20 (18,9%) случаях ФП была персистирующей, а в 20 (18,9%) – постоянной.

Результаты. При оценке риска тромбоэмболических осложнений по шкале CHA_2DS_2-VASc медиана баллов для всех пациентов составила 5,0 (4,0;6,0) балла. При оценке риска геморрагических осложнений на фоне приема ОАК по шкале HAS-BLED медиана составила 2,0 (2,0;3,0) балла. Значение HAS-BLED⩽2 имел 71 (68,3%) пациент, HAS-BLED⩾3 – 33 (31,7%). 4 (3,8%) пациентам был назначен только один антиагрегант. В качестве единственного антиагреганта в 3 случаях выступал аспирин, в одном – клопидогрел. В 80 (76,9%) случаях пациентам была назначена двойная антиагрегантная терапия, в 17 (16,3%) – терапия ОАК, при этом в 7 (6,7%) случаях в составе тройной антитромботической терапии (АТТ), в 9 (8,7%) – в составе двойной АТТ (ОАК+антиагрегант) и в 1 (1,0%) случае – в качестве монотерапии. Среди всех случаев назначения ОАК варфарин был назначен в 11 (64,7%) случаях, а ривароксабан – в 6 (35,3%).

Заключение. В реальной клинической практике назначение ОАК или отказ от него происходит без учета риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений по соответствующим шкалам.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда, антикоагулянты, антиагрегантная терапия, CHA_2DS_2-VASc, HAS-BLED.

Для цитирования: Переверзева К.Г., Якушин С.С., Припадчева А.Э., Агальцова Н.П. Антитромботическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий после инфаркта миокарда: клинические рекомендации и реальная практика. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2018;14(6):858-863. DOI:10.20996/1819-6446-2018-14-6-858-863

Antithrombotic Therapy in Patients with Atrial Fibrillation after Myocardial Infarction: Clinical Guidelines and Actual Practice

Kristina G. Pereverzeva[1,2]*, Sergey S. Yakushin[1], Anastasia E. Pripadcheva[1], Natalia P. Agaltsova[2]

[1] Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov
Vysokovoltnaya ul. 9, Ryazan, 390026 Russia

[2] Ryazan Regional Clinical Cardiology Dispensary
Stroykova ul. 96, Ryazan, 390026 Russia

Aim. To study the frequency of oral anticoagulants (OAC) prescription for patients with atrial fibrillation (AF) after myocardial infarction (MI).

Material and methods. The study includes 106 patients (60 men, 55.6%) with a previously established diagnosis of AF, who were on hospital treatment in the period 2016-2017 years in one of the university hospitals of the city and having at the time of discharge from the hospital the final diagnosis of MI. The median age was 70.0 (61.0;78.0) years. Patients with the first and only paroxysm of AF were excluded from the analysis and all further calculations were performed for 104 patients. In 64 (60.2%) of cases, AF was presented by paroxysmal form, while in 2 (1.9%) cases this paroxysm was the first and only, in 20 (18.9%) cases – persistent AF and in 20 (18.9%) – pernanent.

Results. While assessing the risk of thromboembolic complications on the CHA_2DS_2-VASc scale, the median score for all patients was 5.0 (4.0;6.0) points. While assessing the risk of hemorrhagic complications on the HAS-BLED scale, the median score for all patients was 2.0 (2.0;3.0) points. HAS-BLED⩽2 value had 71 (68.3%) patients, HAS-BLED⩾3 – 33 (31.7%). Only one antiplatelet agent was prescribed to 4 (3.8%) patients. Aspirin was the only antiplatelet agent in 3 cases and clopidogrel – in one case. In 80 (76.9%) cases, patients were prescribed dual antiplatelet therapy, in 17 (16.3%) – OAC therapy, among which 7 (6.7%) cases – a triple antithrombotic therapy (ATT), 9 (8.7%) cases – a double ATT (OAC+ antiplatelet agent) and 1 (1.0%) case – a monotherapy. Among all cases of OAC prescription warfarin was prescribed in 11 (64.7%) cases and rivaroxaban – in 6 (35.3%).

Conclusion. In real clinical practice, the prescription or refusal of OAC occurs without taking into account the risk of thromboembolic and hemorrhagic complications according to appropriate scales.

Keywords: atrial fibrillation, myocardial infarction, anticoagulants, antiplatelet therapy, CHA_2DS_2-VASc, HAS-BLED.

For citation: Pereverzeva K.G., Yakushin S.S., Pripadcheva A.E., Agaltsova N.P. Antithrombotic Therapy in Patients with Atrial Fibrillation after Myocardial Infarction: Clinical Guidelines and Actual Practice. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2018;14(6):858-863. (In Russ). DOI:10.20996/1819-6446-2018-14-6-858-863

Received / Поступила: 10.09.2018
Accepted / Принята в печать: 29.10.2018

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку):
pereverzevakg@gmail.com

Фибрилляция предсердий (ФП) осложняет течение инфаркта миокарда (ИМ) у 15-20% больных. Она чаще отмечается у пожилых пациентов, при выраженном поражении левого желудочка и признаках сердечной недостаточности [1]. При этом ФП не только ухудшает прогноз пациентов с ИМ [2], но и затрудняет их ведение, обусловливая необходимость не только взвешенного выбора антитромботических препаратов, но и более тщательного контроля за проведением антитромботической терапии (АТТ).

С одной стороны, при ИМ с целью снижения риска развития повторных ишемических событий всем больным вне зависимости от варианта ИМ и выбранной стратегии ведения показана двойная антиагрегантная терапия в течение, как минимум, 12 мес после индексного события [3]. При этом в качестве антитромботических препаратов пациентам назначаются ацетилсалициловая кислота и один из ингибиторов $P2Y_{12}$ рецепторов. С другой стороны, при ФП с целью профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭО) больным показан варфарин или прямые оральные пероральные антикоагулянты (ПОАК) [4,5]. При этом пероральные антикоагулянты (ОАК) в виде монотерапии не предупреждают тромбозы стентов и не уменьшают риск ишемических событий при ИМ, так же, как и двойная АТТ терапия. Последняя более эффективна, нежели варфарин, в отношении профилактики тромбоза стента и ишемии миокарда [6], но не предупреждает ТЭО при ФП [7, 8].

Таким образом, всем больным с ФП и ИМ с целью предотвращения повторных кардиоишемических событий и ТЭО показана терапия ОАК в сочетании с антиагрегантами. Такая терапия, безусловно, увеличивает риск кровотечения, и в виде трехкомпонентной схемы должна быть назначена на минимально продолжительный срок с учетом как риска тромбозов, так и риска кровотечений. Но в любом случае высокий риск кровотечения не может служить поводом для отказа от терапии ОАК, он только определяет длительность и состав комбинированной АТТ, одним из компонентов которой всегда должны быть ОАК. При этом после стентирования коронарных артерий преимущество отводится ПОАК, которые должны назначаться пациентам в минимально изученной при ФП дозе [9]. В случае назначения антагониста витамина К (варфарин) контроль международного нормализованного отношения (МНО) должен проводиться чаще, а границы МНО целесообразно сузить до целевых значений 2,0-2,5. Это обосновано тем, что в нескольких небольших проспективных исследованиях было показано статистически значимое уменьшение числа больших кровотечений при достижении целевого МНО 2,0-2,5 по сравнению с МНО 2,0-3,0 [7, 11].

Что касается других компонентов двойной/тройной АТТ, то, в связи с тем, что на сегодняшний день данные о применении тикагрелора и прасугрела в ее составе отсутствуют, их применение не рекомендовано [12, 13], и выбор врача должен останавливаться на ацетилсалициловой кислоте и клопидогреле.

Итак, пациент с ФП и ИМ в случае проведенного стентирования коронарных артерий должен получать тройную АТТ, длительность которой определяется риском геморрагических осложнений: при низком риске (HAS-BLED⩽2) она должна составлять 6 мес, при высоком (HAS-BLED⩾3) – сокращаться до 1 мес. В дальнейшем до достижения срока 12 мес пациент должен принимать двойную АТТ, включающую ОАК и антиагрегант, в затем – монотерапию ОАК пожизненно [10]. При этом в последних Европейских рекомендациях по реваскуляризации миокарда шкале HAS-BLED не придается решающего значения в вопросе принятия окончательного решения о назначении и составе АТТ. В них рекомендовано также использовать шкалу ABC и учитывать совокупные признаки высокого риска повторных ишемических событий и геморрагических осложнений [9], и в редких случаях, когда риск кровотечений значительно превышает риск ишемических событий, пациенту уже при выписке может быть назначена двойная АТТ: ОАК и антиагрегант [14].

Что касается пациентов с ИМ, не подвергшихся стентированию коронарных артерий, то таким пациентам показано назначение ОАК с целью предотвращения ТЭО и одного антиагреганта (ацетилсалициловой кислоты или клопидогрела) для предупреждения ишемических событий [14].

Более сложными являются вопросы назначения и продолжения терапии ОАК и антиагрегантами у пациентов с активным кровотечением в момент настоящей госпитализации. В большинстве случаев коррекции проводимой АТТ у них не требуется [15]. При развитии большого кровотечения у пациента, получающего тройную АТТ, рекомендуется прервать терапию одним из антиагрегантов, а если пациент уже находится на терапии одним антиагрегантом и антикоагулянтом, рекомендовано продолжить монотерапию ОАК [16].

Таким образом выглядят теоретические основы назначения тройной АТТ пациентам с ФП и ИМ, опирающиеся, преимущественно, на согласованное мнение экспертов. Но, с учетом того, что практика назначения ОАК при ФП и стабильной ишемической болезни сердца существенно отличается от указанной в рекомендациях, а частота назначения ОАК невелика, и ее устойчивый, пусть и не стремительный рост отмечается только в течение последних 5-лет [17], мы позволили себе предположить, что практика назначения ОАК при ФП и ИМ также нуждается в изучении, корректировке и совершенствовании.

Цель исследования: изучить частоту назначения ОАК у пациентов с ФП после ИМ.

Материал и методы

С этой целью нами было проведено небольшое ретроспективное исследование, в которое включались пациенты с установленным ранее диагнозом ФП, находившиеся на стационарном лечении в период 2016-2017 гг. в одной из клинических больниц города и имеющие в момент выписки из стационара заключительный диагноз ИМ. Критерием исключения из исследования был первый и единственный пароксизм ФП. Источником информации о пациентах и получаемой ими лекарственной терапии являлись истории болезни данных больных.

Статистическую обработку материала проводили с помощью программы Statistica 10.0 (Statsoft Inc., США). Ввиду того, что все изучаемые нами количественные признаки имели распределение, отличное от нормального, они описывались медианой, нижним и верхним квартилями (25-й и 75-й процентили) в виде Me (Q1;Q3). Сравнение двух несвязанных групп по качественному признаку проводилось с помощью построения таблиц сопряженности с использованием критериев хи-квадрат по Пирсону или хи-квадрат с поправкой Йетса на непрерывность и точного критерия Фишера при частоте встречаемости хотя бы одного из анализируемых признаков меньше 10 и 5, соответственно.

Результаты

Из 106 пациентов с ФП и ИМ, включенных в исследование, мужчин было 60 (55,6%). Медиана возраста пациентов составила 70,0 (61,0;78,0) лет. В 64 (60,2%) случаях ФП была представлена пароксизмальной формой, при этом в 2 (1,9%) случаях настоящий пароксизм был первым и единственным, в 18,9% (20) ФП была персистирующей, и еще в 18,9% (20) – постоянной. Пациенты с первым и единственным пароксизмом ФП были исключены из анализа, и все дальнейшие расчеты проводились для 104 пациентов. У всех включенных в исследование пациентов имелась сочетанная сердечно-сосудистая патология (табл. 1).

Table 1. Concomitant cardiovascular diseases in patients (n=104)

Таблица 1. Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания у пациентов (n=104)

Заболевание	n (%)
Артериальная гипертензия	98 (94,2)
Хроническая сердечная недостаточность	104 (100)
Повторный инфаркт миокарда	6 (5,8)
Q-инфаркт миокарда, всего	82 (78,8)
В том числе:	
передней стенки	35 (42,7%)
нижней стенки	43 (52,4)
циркулярный	4 (4,9)
Не Q-инфаркт миокарда, всего	22 (21,2)
В том числе:	
передней стенки	10 (45,5)
нижней стенки	9 (40,9)
неуточненная локализация	3 (13,6)

При оценке риска ТЭО по шкале CHA_2DS_2-VASc медиана баллов для всех пациентов составила 5,0 (4,0;6,0) балла, при этом значений CHA_2DS_2-VASc, равных 1 баллу для мужчин и 2 баллам для женщин получено не было, т.е. всем включенным в исследование пациентам было показано назначение ОАК.

Наиболее распространенными факторами риска ТЭО, за исключением текущего ИМ, были: в 17 (16,3%) случаях острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), в 98 (94,2%) – артериальная гипертензия (АГ), в 104 (100%) – хроническая сердечная недостаточность, в 28 (26,9%) – сахарный диабет, а также возраст старше 75 лет – в 40 (38,5%) случаях, от 65 до 74 лет – в 28 (26,9%) случаях.

При оценке риска геморрагических осложнений на фоне приема ОАК по шкале HAS-BLED медиана составила 2,0 (2,0;3,0) балла. Значение HAS-BLED⩽2 имели 71 (68,3%) пациент, HAS-BLED⩾3 – 33 (31,7%). Наиболее распространенными факторами риска кровотечений были: ОНМК в анамнезе в 17 (16,3%) случаях, прием лекарственных препаратов, повышающих риск кровотечений – в 101 (97,7%), нарушение функции почек – в 7 (6,7%), нарушение функции печени – в 9 (18,3%), кровотечение или анемии в анамнезе – в 2 (11,5%) случаях. В 2 случаях (1,9%) фактором риска кровотечений было злоупотребление алкоголем. Также большую роль в увеличении риска кровотечений играл возраст пациентов, 65,4% из которых (n=68) были старше 65 лет. К положительным аспектам ведения пациентов, нуждающихся в АТТ, можно отнести адекватное использование имеющихся резервов снижения риска кровотечений путем коррекции модифицируемых факторов риска (прежде всего, АГ).

При анализе частоты назначения АТТ пациентам с ФП и текущим ИМ было выявлено, что 3 (2,9%) пациентам не была назначена АТТ, при этом у одного из них во время настоящей госпитализации было кровохарканье, у двух других – состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение.

Только один антиагрегант был назначен 4 (3,8%) пациентам, из которых один имел хроническую болезнь почек 5 стадии, еще у одного во время госпитализации наблюдалось массивное субконъюнктивальное кровоизлияние в мягкие ткани левого века, а у

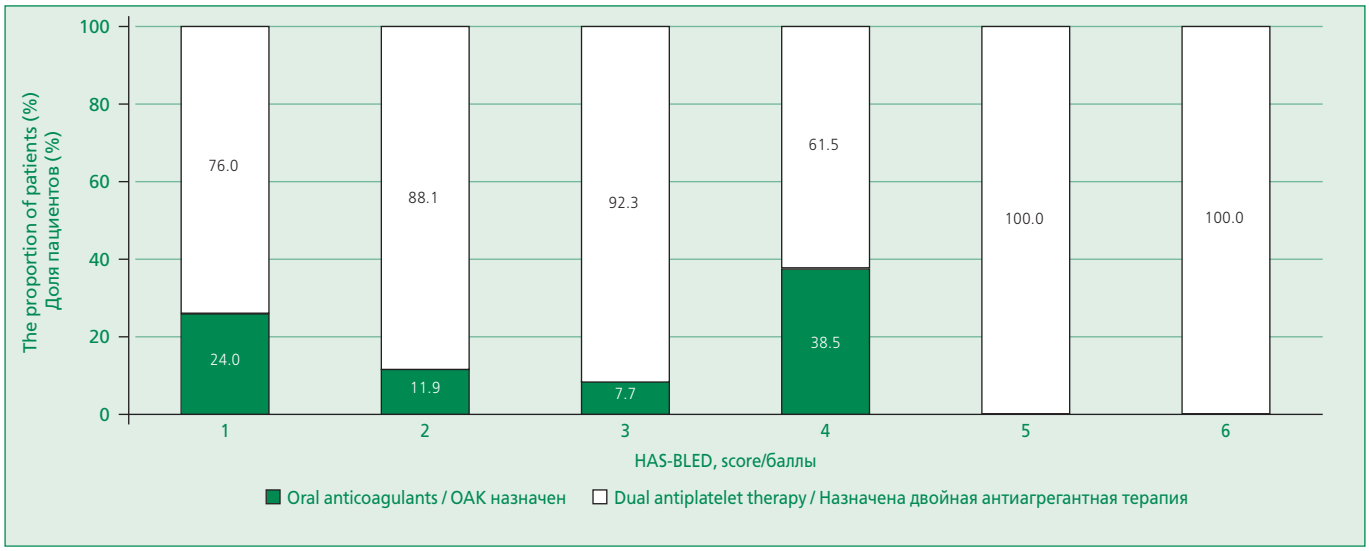

Figure 1. The frequency of prescribing oral anticoagulants and antiplatelet agents depending on the HAS-BLED score
Рисунок 1. Частота назначения ОАК и антиагрегантов в зависимости от числа баллов по шкале HAS-BLED

двух других – макрогематурия. В качестве единственного антиагреганта в 3 случаях выступал аспирин и в одном – клопидогрел.

В 80 (76,9%) случаях пациентам была назначена двойная антиагрегантная терапия, в 17 (16,3%) – терапия ОАК, при этом в 7 (6,7%) случаях – в составе тройной АТТ, в 9 (8,7%) – в составе двойной АТТ (ОАК+антиагрегант), и в 1 случае (1,0%) – в качестве монотерапии. Среди всех ОАК варфарин был назначен в 11 (64,7%) случаях, а ривароксабан – в 6 (35,3%).

У пациентов, которым в качестве АТТ была назначена двойная антиагрегантная терапия, количество баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc варьировало от 2 до 8, при этом медиана баллов по этой шкале составила 5,0 (4,0; 6,0) баллов, количество баллов по шкале HAS-BLED было от 1 до 6, медиана баллов по этой шкале составила 2,0 (2,0; 3,0) балла, при этом 56 (70%) пациентов имели значение баллов по этой шкале менее или равное двум. Из 80 пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию, у 46 (57,5%) проводилось стентирование коронарных артерий. Среди 17 пациентов, получающих терапию ОАК, стентирование было проведено в 9 (69,2%) случаях, а состав получаемой пациентами АТТ был следующим: ОАК и два антиагреганта получали 5 (55,6%) пациентов, ОАК и один антиагрегант – 4 (44,4%).

Тикагрелор во время госпитализации получали 16 (22,5%) пациентов (он же был рекомендован к дальнейшему приему при их выписке из стационара).

У пациентов, принимающих двойную антиагрегантную терапию, наиболее часто встречались такие факторы риска кровотечений, как возраст – в 40 (60,0%) случаях, нарушение функции печени – в 18 (22,5%), ОНМК в анамнезе – в 11 (13,4%) случаях, несколько реже – кровотечение или анемия в анамнезе – в 7 (8,8%), нарушение функции почек – в 6 (7,5%) случаях.

У пациентов, получавших ОАК, количество баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc варьировало от 3 до 7, при этом медиана составила 5,0 балла (4,0;6,0), количество баллов по шкале HAS-BLED варьировало от 1 до 4, медиана – 2,0 (1,75;3,0) балла. Таким образом, значения баллов по шкалам риска кровотечений и ТЭО для пациентов, принимающих ОАК, и пациентов, получающих двойную антиагрегантную терапию, были одинаковыми.

Частота назначения ОАК и антиагрегантов в зависимости от числа баллов по шкале HAS-BLED представлена на рис.1, из которого видно, что случаев назначения ОАК при HAS-BLED, равном 5 и 6 баллам, не было; при меньших значениях шкалы HAS-BLED связи между назначением ОАК и числом баллов по ней выявлено не было.

В группе пациентов, получающих ОАК, наиболее часто встречающимися факторами риска кровотечений также являлись возраст – в 11 (64,7%) и ОНМК в анамнезе – в 5 (29,4%) случаях.

Среди пациентов, получающих ОАК в составе тройной АТТ, медианы баллов по шкалам CHA_2DS_2-VASc и HAS-BLED составили 5,0 (4,0; 6,0) и 2,0 (1,75; 3,0) балла, соответственно. Для пациентов, получающих ОАК в составе двойной АТТ, медианы баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc и HAS-BLED были 5,0 (4,0; 6,0) и 2,0 (2,0; 3,0), соответственно, то есть были равными. Дальнейшее сравнение этих групп пациентов не проводилось из-за их небольшой численности, обусловившей отсутствие статистически значимой разницы по параметрам сравнения.

Статистически значимой разницы между значениями баллов по шкалам CHA_2DS_2-VASc и HAS-BLED

между группами пациентов, получающих антиагрегантную и антикоагулянтную терапию, получено не было. Также не выявлено значимой разницы по возрасту, полу, частоте ОНМК, АГ, сахарного диабета, нарушений функции печени, почек, частоте кровотечений, злоупотребления алкоголем и лабильности МНО.

При этом частота назначения ОАК не зависела от выбранной стратегии ведения пациента (стентирование коронарных артерий или медикаментозная терапия): среди стентированных пациентов частота назначения ОАК составила 16,4%, а среди пациентов, для которых была выбрана консервативная стратегия – 16,3% (p=1,0).

Контроль МНО у пациентов, получающих варфарин, осуществлялся регулярно, но только каждый второй (6 из 11) был выписан из стационара с целевыми значениями МНО, у одного пациента МНО было выше целевых значений, а у четырех – ниже.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о том, что в реальной клинической практике назначение ОАК или отказ от него происходит без учета риска тромбоэмболических и геморрагических осложнений по соответствующим шкалам, не зависит от выбранной стратегии ведения пациента, а причинами не назначения ОАК не является тяжелая коморбидная патология. При этом, несмотря на регулярный контроль МНО, у каждого второго пациента, получающего варфарин, достичь должных целевых значений не удается.

Обсуждение

В проведенном нами исследовании только каждый 6-й пациент с ФП после перенесенного ИМ получал ОАК в составе АТТ, что не согласуется с современными клиническими рекомендациями [10], но вполне отражает реальную практику назначения ОАК в Российской Федерации.

В настоящее время в доступной литературе опубликованных данных о проведенных исследованиях по изучению частоты назначения ОАК при сочетании острого коронарного синдрома, в том числе ИМ и ФП, нами найдено не было, поэтому сравнить полученные данные с данными других авторов не представляется возможным. Имеющиеся сведения о частоте назначения ОАК в целом среди госпитализированных больных с ФП сравнивать с полученными нами результатами не совсем корректно.

В группе пациентов с ФП без ИМ вопросы назначения ОАК решаются более просто, нежели у пациентов с сочетанием ФП и ИМ, но частота назначения ОАК является недостаточной, хотя и увеличивается на протяжении последних нескольких лет. Так, в ретроспективном анализе 308 историй болезни пациентов, госпитализированных в отделения неотложной кардиологии двух многопрофильных стационаров г. Саратова с 1 января 2008 г. по 31 декабря 2009 г. частота назначения ОАК составила 32,2% [18]. По данным ретроспективного исследования 677 историй болезни пациентов с ФП, лечившихся в Университетской клинической больнице №1 Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова в 2011-2014 гг. ОАК были назначены в 63,4% случаев [19]. Схожие данные получены Ю.А. Хохловой с соавт. [20] при изучении фармакотерапии 96 больных с неклапанной ФП, госпитализированных в 2015-2016 гг. в кардиологическое отделение Клинической больницы №1 и в отделение неотложной кардиологии №1 Клинической больницы скорой медицинской помощи г. Смоленска, где частота назначения ОАК составила 64,6%.

При этом, несмотря на тенденцию к росту числа назначений ОАК во многих кардиологических стационарах, на настоящий момент времени их количество все еще остается недостаточным, и очень различается по регионам Российской Федерации. Например, по данным фармакоэпидемиологического ретроспективного исследования медицинских карт стационарных больных с ФП, госпитализированных в кардиологическое отделение специализированного стационара г. Саратова с января по август 2016 г., частота назначения ОАК составила 42,8% [21], а по данным ретроспективного когортного исследования 50 пациентов с ФП, пролеченных в стационаре Многопрофильного медицинского центра Банка России в г. Москве с июня по сентябрь 2017 г., ОАК принимали 86% [22] пациентов.

Заключение

На наш взгляд, возможными причинами такой ситуации, сложившейся вокруг ОАК, являются излишняя настороженность врачей в отношении риска геморрагических осложнений, готовность прервать АТТ даже после чрескожного коронарного вмешательства при возникновении малых, не угрожающих жизни пациента кровотечений [23]. Существуют и сложности с подбором дозы варфарина из-за большого числа его взаимодействий как с другими лекарственными препаратами, так и с пищей; все уменьшающиеся сроки госпитализации; высокая стоимость не только новых ОАК, но и в целом АТТ, особенно в первый год после ИМ. Возможные резервы улучшения тактики ведения пациентов с ФП и ИМ мы видим в повышении приверженности самих врачей к назначению ОАК, преемственности между сосудистыми центрами и отделениями реабилитации, амбулаторно-поликлинической службой. Не назначая нашим пациентам ОАК, мы должны помнить о том, что 2/3 инсультов, случающихся на фоне ФП, заканчиваются смертью или тяжелой инвалидизацией

пациента, снижая его качество жизни на 60%, а кровотечения, случающиеся на фоне приема ОАК, редко бывают фатальными, и снижают качество жизни только на 20% [24].

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Disclosures. All authors have not disclosed potential conflicts of interest regarding the content of this paper.

References / Литература

1. Yakushin S.S., Nikulina N.N., Seleznev S.V. Myocardial infarction. 2nd edition. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. (In Russ.) [Якушин С.С., Никулина Н.Н., Селезнев С.В. Инфаркт миокарда. 2-е издание. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2018].
2. Schmitt J., Duray G., Gersh B.J., et al. Atrial fibrillation in acute myocardial infarction: a systematic review of the incidence, clinical features and prognostic implications. Eur Heart J. 2009;(30):1038-45. doi:10.1093/eurheartj/ehn579.
3. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2018;39(2):119-77. doi:10.1093/eurheartj/ehx393.
4. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2012;33(21):2719-47. doi:10.1093/eurheartj/ehs253.
5. Heidbuchel H., Verhamme P., Alings M., et al. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. Europace. 2013;(15):625-51. doi:10.1093/europace/eut083.
6. Wijns W., Kolh P., Danchin N. et al. Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J. 2010;(31):2501-55. doi:10.1093/eurheartj/ehq277.
7. Connolly S., Pogue J., Hart R. et al. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial Fibrillation Clopidogrel Trial With Irbesartan for Prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomized controlled trial. Lancet. 2006;(367):1903-12. doi:10.1016/S0140-6736(06)68845-4.
8. Eniseeva E.S. Double and triple antithrombotic therapy in atrial fibrillation and acute coronary syndrome. Sibirskij Medicinskij Zhurnal (Irkutsk). 2016;141(2):18-22. (In Russ.) [Енисеева Е.С. Двойная и тройная антитромботическая терапия при фибрилляции предсердий и остром коронарном синдроме. Сибирский Медицинский Журнал (Иркутск). 2016;141(2):18-22].
9. Neumann F.J., Sousa-Uva M., Ahlsson A., et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. Eur Heart J. 2018 Aug 25. doi:10.1093/eurheartj/ehy394. [Epub ahead of print]
10. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2016;37(38):2893-2962. doi:10.1093/eurheartj/ehw210.
11. Novikova N.A., Shilova A.S. The specifics of prescribing triple antitrombotic therapy with rivaroxaban in patients with atrial fibrillation after coronary stenting. Aterotromboz. 2017;(1):114-21 (In Russ.) [Новикова Н.А., Шилова А.С. Особенности назначения тройной антитромботической терапии с применением ривароксабана у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесших стентирование коронарных артерий. Атеротромбоз. 2017;(1):114-21. doi:10.21518/2307-1109-2017-1-114-121].
12. Lopes R.D., Rao M., Simon D.N., et al. Triple versus Dual Antithrombotic Therapy in Patients with Atrial Fibrillation and Coronary Artery Disease. Am J Med. 2016;129(6):592-9.e1. doi:10.1016/j.amjmed.2015.12.026.
13. Shakhmatova O.O., Panchenko E.P. How to minimize the bleeding risk in patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary interventions: lessons drawn from randomized trials and new clinical guidelines. Aterotromboz. 2018;(1):93-106. (In Russ.) [Шахматова О.О., Панченко Е.П. Как снизить риск кровотечения при чрескожных коронарных вмешательствах у пациентов с фибрилляцией предсердий: уроки рандомизированных исследований и новые клинические рекомендации. Атеротромбоз. 2018;(1): 93-106]. doi:10.21518/2307-1109-2018-1-93-106.
14. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2016;37(3):267-315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320.
15. Gilyarov M.Yu., Konstantinova E.V. Antithrombotic therapy in patients with acute coronary syndrome and atrial fibrillation. Neotlozhnaya Kardiologiya. 2017(3):28-37. (In Russ.) [Гиляров М.Ю., Константинова Е.В. Антитромботическая терапия у пациентов с острым коронарным синдромом и фибрилляцией предсердий. Неотложная Кардиология. 2017(3):28-37].
16. Halvorsen S., Storey R.F., Rocca B., et al. Management of antithrombotic therapy after bleeding in patients with coronary artery disease and/or atrial fibrillation: expert consensus paper of the European Society of Cardiology Working Group on Thrombosis. Eur Heart J. 2016;38(19):1455-62. doi:10.1093/eurheartj/ehw454.
17. Pereverzeva K.G., Moseichuk K.A., Vorobyev A.N., et al. Dynamics of prescribing of oral anticoagulants to outpatients with atrial fibrillation during 2012-2016 according to the Registry of cardiovascular diseases Kardiologiya: Novosti, Mneniya, Obuchenie. 2017;1(12):44-7. (In Russ.) [Переверзева К.Г., Мосейчук К.А., Воробьев А.Н., и др. Динамика назначения оральных антикоагулянтов амбулаторным пациентам с фибрилляцией предсердий в течение 2012-2016 гг. по данным регистра кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА). Кардиология: Новости, Мнения, Обучение. 2017;1(12):44-7].
18. Grajfer I.V., Kuvshinova L.E., Dolotovskaya P.V., et al. Risk of thromboembolic complications and antitrombotic therapy in in-patients with permanent and reccurent atrial fibrillation in real clinical practice. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2012;8(5):675-80. (In Russ.) [Грайфер И.В., Кувшинова Л.Е., Долотовская П.А. и др. Риск тромбоэмболических осложнений и антитромботическая терапия у госпитализированных больных постоянной и рецидивирующей фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2012;8(5):675-80]. doi:10.20996/1819-6446-2012-8-5-675-680.
19. Sulimov V.A., Napalkov D.A., Sokolova A.A., et al. Anticoagulant therapy in everyday clinical practice: data of the retrospective cross-sectional study. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2015;11(2):116-23. (In Russ.) [Сулимов В.А., Напалков Д.А., Соколова А.А. и др. Антикоагулянтная терапия в реальной клинической практике: данные ретроспективного одномоментного исследования. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2015;11(2):116-23. doi:10.20996/1819-6446-2015-11-2-116-123.
20. Hohlova Yu.A., Aldohina E.O., Dudoladova Yu.I. Antithrombotic therapy of patients with atrial fibrillation in clinical practice Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. 2016;15(3):24-30. (In Russ.) [Хохлова Ю.А., Алдохина Е.О., Дудоладова Ю.И. Антитромботическая терапия больных с фибрилляцией предсердий в клинической практике. Вестник Смоленской Государственной Медицинской Академии. 2016;15(3):24-30].
21. Sokolov A. V., Rykalina E. B. Pharmacoepidemiological analysis of antithrombotic therapy in patients with persistent atrial fibrillation in the hospital. Bulletin of Medical Online Conferences. Science and Innovation. 2017;7(6):1276-7. (In Russ.) [Соколов А. В., Рыкалина Е. Б. Фармакоэпидемиологический анализ антитромботической терапии у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий в стационаре. Бюллетень Медицинских Интернет-Конференций. Наука и Инновации. 2017;7(6):1276-7].
22. Chernov A.A., Kleymenova E.V., Sychev D.A., et al. Physician's Adherence to Clinical Guidelines for in-Hospital Anticoagulant Prescribing. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2018;14(4):501-8. (In Russ.) [Чернов А.А., Клейменова Е.Б., Сычев Д.А., и др. Анализ соблюдения клинических рекомендаций по антикоагулянтной терапии у пациентов стационара. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018;14(4):501-8. doi:10.20996/1819-6446-2018-14-4-501-508].
23. Collet J.P., Aout M., Alantar A., et al. Real-life management ofdual antiplatelet therapy interruption: the REGINA survey. Arch Cardiovasc Dis. 2009;102:697-710. doi:10.1016/j.acvd.2009.08.009.
24. 2014 focused update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of atrial fibrillation. Can J Cardiol. 2014;30:1114-30. doi:10.1016/j.jacc.2014.03.022.

About the Authors:
Kristina G. Pereverzeva *– MD, PhD, Assistant, Chair of Hospital Therapy, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov; Infarction Department, Ryazan Regional Clinical Cardiology Dispensary*
Sergey S. Yakushin *– MD, PhD, Professor, Head of Chair of Hospital Therapy, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov*
Anastasia E. Pripadcheva *– 6th Year Student, Medical Faculty, Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov*
Natalia P. Agaltsova *– MD, Cardiologist, Infarction Department, Ryazan Regional Clinical Cardiology Dispensary*

Сведения об авторах:
Переверзева Кристина Геннадьевна *– к.м.н., ассистент, кафедра госпитальной терапии, Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова; врач-кардиолог, инфарктное отделение, Областной клинический кардиологический диспансер (Рязань)*
Якушин Сергей Степанович *– д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии, Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова*
Припадчева Анастасия Эдуардовна *– студентка 6 курса, лечебный факультет, Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова*
Агальцова Наталья Петровна *– врач-кардиолог, инфарктное отделение, Областной клинический кардиологический диспансер (Рязань)*