

Приверженность врачей рекомендациям по применению пероральных антикоагулянтов

Никита Борисович Перепеч, Ирина Евгеньевна Михайлова,
Алексей Викторович Трегубов*

Санкт-Петербургский государственный университет
Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9

Цель. Изучить знание врачами базовых положений клинических рекомендаций по применению пероральных антикоагулянтов и выявить причины их невыполнения.

Материал и методы. Представлены результаты анализа анкет, заполненных 218 врачами, проходившими обучение в 2018/2019 учебном году. Анкета включала 12 вопросов, касающихся основных аспектов применения пероральных антикоагулянтов. 71,6% респондентов были кардиологами, 18,8% – терапевтами (включая врачей общей практики) и 9,6% – представителями других специальностей.

Результаты. Полученные данные показывают, что терапевты хуже, чем кардиологи, осведомлены о показаниях к назначению пероральных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий, и не всегда верно оценивают степень риска тромбоэмболий. Только 24,4% терапевтов считают возможным назначить ривароксабан в дозе 2,5 мг 2 р/сут пациенту, переносившему инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST на электрокардиограмме. Треть терапевтов либо не знают, либо не поддерживают положения действующих рекомендаций, касающихся показаний к применению пероральных антикоагулянтов при пароксизмальной фибрилляции предсердий. Большинство кардиологов (65,3%) склонны начинать антикоагулянтную терапию у пациентов высокого риска тромбоэмболий, тогда как наибольшая доля терапевтов (36,6%) считает возможным начать такое лечение уже при среднем риске. Ответы респондентов на вопросы анкеты демонстрируют их большую настороженность в отношении возможных геморрагических осложнений. Переоценка риска кровотечений чаще отмечена среди терапевтов, чем среди кардиологов (44,9% и 17,1%, соответственно). Более трети терапевтов (36,6%) готовы рекомендовать пациентам редуцированную дозу перорального антикоагулянта без достаточных для этого оснований. Опасение кровотечений оказывает более сильное влияние на решение назначить антикоагулянт и выбор схемы терапии при фибрилляции предсердий, чем стремление эффективно предотвратить развитие тромбоэмболий.

Заключение. Результаты проведенного исследования показывают, что приверженность врачей основным положениям клинических рекомендаций по применению пероральных антикоагулянтов среди кардиологов выше, чем у терапевтов, но даже у кардиологов ее нельзя считать достаточной. Выявлена недостаточная информированность врачей о выявлении, оценке и модификации факторов риска кровотечений.

Ключевые слова: пероральные антикоагулянты, клинические рекомендации, знания врачей.

Для цитирования: Перепеч Н.Б., Михайлова И.Е., Трегубов А.В. Приверженность врачей рекомендациям по применению пероральных антикоагулянтов. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2020;16(5):706-712. DOI:10.20996/1819-6446-2020-10-15

Doctors' Adherence to the Guidelines on the Oral Anticoagulants Usage

Nikita B. Perepech, Irina E. Mikhailova, Aleksey V. Tregubov*

Saint-Petersburg State University

Universitetskaya nab. 7-9, St. Petersburg, 199034 Russia

Aim. To study doctors' knowledge of the clinical guidelines on the use of oral anticoagulants and identify the reasons for poor adherence.

Material and methods. The results of the 218 questionnaires completed by the doctors trained in the 2018-2019 were analyzed. The questionnaire included 12 items regarding the main aspects of oral anticoagulants use. 71.6% of respondents were cardiologists, 18.8% were therapists (including general practitioners) and 9.6% were representatives of other specialties.

Results. The obtained data show that therapists are worse than cardiologists aware of indications for oral anticoagulants in atrial fibrillation, and do not always correctly assess the risk of thromboembolism. Only 24.4% of therapists consider prescribing rivaroxaban in a dose of 2.5 mg 2 times a day to a patient suffering from myocardial infarction with an ST segment elevation on the electrocardiogram. One third of therapists either do not know or do not support current recommendations regarding oral anticoagulants use in paroxysmal atrial fibrillation. 65.3% cardiologists are inclined to start anticoagulant therapy only in patients at high risk for thromboembolism, while 36.6% therapists are ready to start such treatment even at moderate risk. Respondents' answers to the questionnaire demonstrate their great alertness regarding possible bleeding. Overestimation of the bleeding risk is more often among therapists than cardiologists (44.9% and 17.1%, respectively). More than one third of therapists (36.6%) are ready to recommend a reduced dose of oral anticoagulant to patients without clear reasons. Fear of bleeding has a greater influence on the decision to prescribe an anticoagulant and the choice of treatment regimen for atrial fibrillation than the desire to effectively prevent thromboembolism.

Conclusion. The results of the survey show that the doctors' adherence to the clinical guidelines' basic principles of the use of oral anticoagulants among cardiologists is higher than that of therapists. Wherein, even among cardiologists it cannot be considered sufficient. The lack of doctors' awareness about the identification, assessment, and modification of risk factors for bleeding was revealed.

Keywords: oral anticoagulants, clinical guidelines, doctors' knowledge.

For citation: Perepech N.B., Mikhailova I.E., Tregubov A.V. Doctors' Adherence to the Guidelines on the Oral Anticoagulants Usage. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2020;16(5):706-712. DOI:10.20996/1819-6446-2020-10-15

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): altregubov@mail.ru

Received/Поступила: 01.11.2019

Accepted/Принята в печать: 04.06.2020

Заболевания, в основе которых лежит тромботическая окклюзия артериальных и венозных сосудов, играют ведущую роль в формировании структуры смертности и инвалидизации населения промышленных стран. Для лечения и вторичной профилактики этих заболеваний все более широко применяются пероральные антикоагулянты (ОАК), наиболее часто препараты этой группы назначаются пациентам с высоким риском тромбоэмболий (ТЭ) – при фибрилляции предсердий (ФП) и тромбозе глубоких вен нижних конечностей. Кроме того, ОАК являются обязательным компонентом лечения и вторичной профилактики ТЭ легочной артерии, а в последние годы все чаще применяются в лечении больных с острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца. Правила применения ОАК изложены в ряде соответствующих клинических рекомендаций [1-5].

Насколько точно следуют врачи этим правилам в повседневной практике? Данные регистров GLORIA-AF, GARFIELD-AF, ORBIT-AF, EORP-AF и PREFER in AF свидетельствуют, с одной стороны, о недостаточном использовании ОАК у пациентов с ФП и высоким риском развития ТЭ, а с другой – о безосновательно частом применении препаратов этой группы при лечении больных ФП с низким риском развития ТЭ. «Новые» ОАК назначаются преимущественно молодым пациентам с относительно невысоким риском развития ТЭ и меньшим количеством сопутствующих заболеваний, в то время как больные с ТЭ в анамнезе, диабетом и хронической сердечной недостаточностью чаще получают антагонисты витамина К [6]. В клинической практике и проводившихся ранее исследованиях нередко выявляются и дефекты дозирования ОАК [7,8]. Среди факторов, ассоциированных с назначением неверных доз, выделяют возраст и клиренс креатинина [9]. Эти данные позволяют предполагать наличие системных ошибок в усвоении и интерпретации врачами положений клинических рекомендаций, касающихся практического применения ОАК.

Цель работы: изучить знание базовых положений клинических рекомендаций по применению ОАК и выявить причины невыполнения врачами положений действующих рекомендаций.

Материал и методы

Респондентами анонимного анкетирования стали слушатели циклов повышения квалификации врачей, проходивших на базе Научно-клинического и образовательного центра «Кардиология» в 2018/2019 учебном году. Все они подписывали согласие на обработку персональных данных. Заполнение анкеты проводилось до начала обучения.

Вводная часть анкеты включала вопросы, позволяющие выяснить специальность, стаж работы, пол, и

возраст респондента. В основную часть анкеты вошли 12 вопросов, касающихся основных аспектов применения ОАК. Вопросы, относящиеся к разным разделам анкеты, были перемешаны для того, чтобы получить максимально правдивые ответы. Вопросы анкеты представлены в табл. 1.

В опросе приняли участие 243 врача – представители терапевтических специальностей: кардиологи, терапевты, врачи общей практики и др. В 25 анкетах были выявлены некорректные ответы или пропуски ответов. Они не были включены в статистический анализ. Всего были проанализированы 218 анкет. Средний возраст опрошенных составил $44,1 \pm 9,0$ лет, стаж работы по специальности – $15,9 \pm 7,9$ лет. Кардиологами были заполнены 156 анкет (71,6%), терапевтами (включая врачей общей практики) – 41 (18,8%), и 21 (9,6%) – представителями других специальностей (врачи функциональной диагностики, неврологи, эндокринологи).

Статистическая обработка результатов проводилась с применением пакета программ MS Excel 2010 (Microsoft Inc., США). Для определения соотношения правильных и неправильных ответов в группе использовался частотный анализ. Для оценки статистической значимости различий между ответами, данными респондентами исследуемых групп, использовались χ^2 -критерий и точный критерий Фишера. Различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты

Количественная характеристика ответов врачей на вопросы основной части анкеты представлена в табл. 2.

В вопросе 1 респондентам было предложено выбрать показание для проведения антикоагулянтной терапии у пациентов с постоянной ФП. Верный ответ «б», предполагающий назначение ОАК при наличии 2 и более баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc, выбрали лишь 51,4% опрошенных. Среди кардиологов доля правильных ответов составила 58,3%. Лишь 29,3% терапевтов верно ответили на этот вопрос, а наиболее популярным ответом был вариант «е», подразумевающий проведение терапии ОАК всем больным с постоянной формой ФП. Различия между ответами кардиологов и терапевтов статистически значимо ($p < 0,001$).

Вопрос 2 предлагал выбрать показание для проведения антикоагулянтной терапии при пароксизмальной ФП. Верный ответ «б» выбрали 64,7% респондентов. Кардиологи отвечали правильно чаще терапевтов (71,1% и 51,2%, соответственно, $p < 0,05$). Следует отметить, что 19,5% терапевтов предпочли ответ «е», предполагающий проведение антикоагулянтной терапии в зависимости от успешности поддержания синусового ритма.

Table 1. Questions for trainees of advanced training cycles for doctors

Таблица 1. Вопросы анкеты для слушателей циклов повышения квалификации врачей

№ Содержание вопроса	№ Содержание вопроса
1 В каком случае Вы считаете необходимым назначить ОАК для профилактики инсульта/ВТЭО пациенту с постоянной ФП? a. 1 балл и более по шкале CHA₂DS₂-VASc b. 2 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc c. 3 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc d. всем старше 60 лет e. всем с постоянной формой ФП	8 Катетерная абляция ФП может быть выполнена на фоне: a. только парентерального введения нефракционированного или низкомолекулярного гепарина b. только перорального приема АСК c. только перорального приема варфарина d. только перорального приема варфарина или дабигатрана этексилата e. приема любого из ОАК
2 В каком случае Вы считаете необходимым назначить ОАК для профилактики инсульта/ВТЭО пациенту с пароксизмальной ФП? a. 1 балл и более по шкале CHA₂DS₂-VASc b. 2 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc c. 3 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc d. зависит от тяжести пароксизмов ФП, оцененной по шкале EHRA e. зависит от успешности поддержания синусового ритма f. не применяю ОАК для профилактики инсульта/ВТЭО при пароксизмальной ФП	9 Как долго Вы рекомендуете продолжать тройную антитромботическую терапию после развития инфаркта миокарда в сочетании с ФП при высоком риске кровотечения: a. 1 месяц b. 3 месяца c. 6 месяцев d. 12 месяцев
3 При какой частоте пароксизмов ФП Вы считаете целесообразным назначить ОАК для профилактики инсульта/ВТЭО у пациента с пароксизмальной ФП? a. не реже 1 раза в 6 месяцев b. не реже 1 раза в 3 месяца c. не реже 1 раза в месяц d. решение не зависит от частоты пароксизмов ФП	10 Какой из препаратов Вы рекомендуете отменить больным, перенесшим инфаркт миокарда, в сочетании с ФП при завершении тройной антитромботической терапии? a. АСК b. ингибитор P2Y₁₂ c. антикоагулянт
4 При каких обстоятельствах Вы не назначите ОАК для профилактики инсульта/ВТЭО пациенту с ФП? a. риск кровотечений более 3 баллов по шкале HAS-BLEED b. риск кровотечений более 5 баллов по шкале HAS-BLEED c. риск кровотечений более 7 баллов по шкале HAS-BLEED d. при наличии тяжелого кровотечения в анамнезе e. количество тромбоцитов менее 50×10⁹/л f. не назначу во всех перечисленных случаях	11 В каком случае Вы сочтете необходимым применять ОАК для профилактики инсульта/ВТЭО если пароксизмальная ФП разовьется у Вас или Вашего близкого родственника? a. 1 балл и более по шкале CHA₂DS₂-VASc b. 2 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc c. 3 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc d. если пароксизмы ФП будут происходить не реже 1 раза в 3 месяца e. если пароксизмы ФП будут происходить не реже 1 раза в месяц f. ни при каких обстоятельствах
5 После перенесенного первого тяжелого кровотечения вне ЦНС у пациента с ФП и высоким риском инсульта/ВТЭО Вы: a. не возобновите никакую антитромботическую терапию b. назначите АСК c. назначите АСК и клопидогрел d. если причина кровотечения найдена и устранена, продолжите лечение ОАК в полной дозе e. назначите ОАК в редуцированной дозе	12 В какой ситуации Вы сочтете необходимым воздержаться от применения ОАК для профилактики инсульта/ВТЭО у себя при пароксизмальной ФП и наличии показаний к данному виду лечения? a. 1 балл и более по шкале CHA₂DS₂-VASc b. 2 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc c. 3 балла и более по шкале HAS-BLEED d. если пароксизмы ФП будут происходить реже 1 раза в год e. если пароксизмы ФП будут бессимптомными f. в любой из перечисленных ситуаций буду продолжать терапию ОАК
6 При количестве баллов по шкале HAS-BLEED равном 3: a. риск кровотечений низкий, коррекции терапии не требуется b. риск кровотечений умеренный, требуется уменьшение суточной дозы ОАК c. риск кровотечений высокий, следует проявить осторожность при проведении терапии ОАК d. риск кровотечений высокий, следует избегать применения ОАК	Правильные ответы выделены жирным шрифтом ОАК – пероральные антикоагулянты, ФП – фибрилляция предсердий, ВТЭО – венозные тромбозмболические осложнения, ЦНС – центральная нервная система, АСК – ацетилсалициловая кислота
7 В какой ситуации Вы назначите ривароксабан 2,5 мг 2 р/сут пациенту, переносившему острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ и высоким риском ишемических событий? a. в дополнение к АСК и тикагрелору при высоком риске развития кровотечений b. в дополнение к АСК и тикагрелору при низком риске развития кровотечений c. в дополнение к АСК и клопидогрелу при высоком риске развития кровотечений d. в дополнение к АСК и клопидогрелу при низком риске развития кровотечений e. в любом из перечисленных случаев f. ни в одном из перечисленных случаев	

При ответе на вопрос 3, 94,5% респондентов (95,5% кардиологов и 90,2% терапевтов, $p > 0,05$) верно отметили, что решение о необходимости проведения антитромботической терапии не зависит от частоты развития у пациента пароксизмов ФП.

В вопросе 4 предлагалось определить обстоятельства, при которых проведение антикоагулянтной терапии считается нецелесообразным. На этот вопрос правильный ответ «е» (количество тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$) выбрали лишь 39% респондентов. Среди кардиологов доля правильных ответов составляла 44,9%, в то время как среди терапевтов она достигла

Table 2. Respondents answers to the of questionnaire's main part questions

Таблица 2. Ответы, данные респондентами на вопросы основной части анкеты

Вопрос	Группа	Ответы, n (%)					
		a	b	c	d	e	f
1	Все	30 (13,8)	112 (51,4)	11 (5,0)	1 (0,5)	64 (29,3)	-
	Кардиологи***	26 (16,7)	91 (58,3)	6 (3,8)	0 (0)	33 (21,2)	-
	Терапевты	3 (7,3)	12 (29,3)	2 (4,9)	1 (2,4)	23 (56,1)	-
2	Все	38 (17,4)	141 (64,7)	8 (3,7)	14 (6,4)	17 (7,8)	0 (0)
	Кардиологи*	24 (15,4)	111 (71,1)	6 (3,9)	9 (5,7)	6 (3,9)	0 (0)
	Терапевты	7 (17,1)	21 (51,2)	2 (4,9)	3 (7,3)	8 (19,5)	0 (0)
3	Все	2 (0,9)	1 (0,5)	9 (4,1)	206 (94,5)		
	Кардиологи	2 (1,3)	0 (0)	5 (3,2)	149 (95,5)		
	Терапевты	0 (0)	0 (0)	4 (9,8)	37 (90,2)		
4	Все	7 (3,2)	4 (1,8)	18 (8,3)	20 (9,2)	85 (39,0)	84 (38,5)
	Кардиологи*	4 (2,6)	2 (1,3)	17 (10,9)	18 (11,5)	70 (44,9)	45 (28,8)
	Терапевты	3 (7,3)	2 (4,9)	0 (0)	2 (4,9)	7 (17,1)	27 (65,8)
5	Все	0 (0)	5 (2,3)	5 (2,3)	164 (75,2)	44 (20,2)	
	Кардиологи*	0 (0)	2 (1,3)	4 (2,5)	124 (79,5)	26 (16,7)	
	Терапевты	0 (0)	3 (7,3)	1 (2,4)	22 (53,7)	15 (36,6)	
6	Все	24 (11,0)	33 (15,1)	149 (68,4)	12 (5,5)		
	Кардиологи*	18 (11,5)	25 (16,0)	106 (68,0)	7 (4,5)		
	Терапевты	1 (2,4)	6 (14,7)	31 (75,6)	3 (7,3)		
7	Все	6 (2,7)	13 (6)	23 (10,6)	112 (51,4)	14 (6,4)	50 (22,9)
	Кардиологи*	6 (3,9)	6 (3,9)	15 (9,6)	95 (60,9)	9 (5,7)	25 (16,0)
	Терапевты	0 (0)	5 (12,2)	5 (12,2)	10 (24,4)	1 (2,4)	20 (48,8)
8	Все	42 (19,3)	6 (2,7)	7 (3,2)	18 (8,3)	145 (66,5)	
	Кардиологи*	23 (14,7)	2 (1,3)	5 (3,2)	17 (10,9)	109 (69,9)	
	Терапевты	14 (34,2)	2 (4,9)	0 (0)	1 (2,4)	24 (58,5)	
9	Все	152 (69,7)	29 (13,3)	17 (7,8)	20 (9,2)		
	Кардиологи*	120 (76,9)	19 (12,2)	12 (7,7)	5 (3,2)		
	Терапевты	15 (36,6)	8 (19,5)	3 (7,3)	15 (36,6)		
10	Все	118 (54,1)	83 (38,1)	17 (7,8)			
	Кардиологи***	85 (54,5)	64 (41)	7 (4,5)			
	Терапевты	19 (46,3)	12 (29,3)	10 (24,4)			
11	Все	49 (22,5)	124 (56,9)	27 (12,4)	4 (1,8)	14 (6,4)	0 (0)
	Кардиологи***	28 (18)	102 (65,3)	14 (9,0)	2 (1,3)	10 (6,4)	0 (0)
	Терапевты	15 (36,6)	12 (29,3)	8 (19,5)	2 (4,9)	4 (9,7)	0 (0)
12	Все	15 (6,9)	7 (3,2)	45 (20,6)	12 (5,5)	0 (0)	139 (63,8)
	Кардиологи	12 (7,7)	4 (2,6)	34 (21,8)	5 (3,2)	0 (0)	101 (64,7)
	Терапевты	1 (2,4)	2 (4,9)	8 (19,5)	5 (12,2)	0 (0)	25 (61,0)

*p<0,05, ***p<0,01 по сравнению с терапевтами
 Правильные ответы выделены жирным шрифтом

только 17,1 % (p<0,05). Наиболее популярным среди терапевтов был ответ «f», предлагавший отказаться от антикоагулянтной терапии во всех перечисленных случаях.

При ответе на вопрос 5 значительная часть респондентов – 75,2% (79,5% кардиологов и 53,7% терапевтов; p<0,05) верно определили режим антикоагулянтной терапии после первого тяжелого кровотечения вне центральной нервной системы у пациента

с ФП и высоким риском ТЭ. Следует отметить значительную долю терапевтов (36,6%), которые предпочли применить в этой ситуации редуцированную дозу ОАК.

Вопрос 6 касался оценки риска кровотечений и возможности применения ОАК при количестве баллов по шкале HAS-BLEED равном 3. Верный ответ «с» (следует проявить осторожность при проведении терапии ОАК) выбрали 68,4% респондентов, причем, кардиологи

реже, чем терапевты (68,0% и 75,6%, соответственно, $p < 0,05$). Ответ «b», содержащий неверную оценку риска кровотечений и ошибочное решение об уменьшении суточной дозы ОАК, выбрали 15,1% врачей.

Вопрос 7 был посвящен применению ривароксана у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST на ЭКГ и высоким риском ишемических событий. Верный ответ «d», предполагающий возможность проведения такой терапии только в комбинации с аспирин и клопидогрелом при низком риске развития кровотечений, выбрали лишь 51,4% опрошенных. Кардиологи чаще ($p < 0,05$), чем терапевты, выбирали правильный ответ – 60,9% и 24,4%, соответственно. Наиболее популярным ответом среди терапевтов был вариант «f» (ни в одном из перечисленных случаев), который предпочли 48,8% респондентов этой специальности.

Вопрос 8 предлагал выбрать режим антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП, подвергающихся катетерной абляции. 66,5% респондентов выбрали правильный ответ «e» (прием любого ОАК). Верный вариант кардиологи выбирали чаще, чем терапевты (69,9% и 58,5% соответственно, $p < 0,05$). 34,2% терапевтов полагают, что это вмешательство следует проводить только на фоне введения нефракционированного или низкомолекулярного гепарина.

Вопрос 9 касался длительности проведения тройной антитромботической терапии после развития ИМ в сочетании с ФП при высоком риске кровотечения. Действующие рекомендации [2,3] не ограничивают жестко длительность такого варианта лечения и оставляют свободу выбора для лечащего врача с учетом ряда возможных обстоятельств. Из предложенных вариантов ответа на этот вопрос большинство врачей (69,7%) предпочли ответ «a» (1 мес). Среди кардиологов доля врачей, выбравших этот ответ, составила 76,9%, а среди терапевтов – 36,6% ($p < 0,05$), но с такой же частотой терапевты выбирали и ответ «d» (12 мес).

Вопрос 10 предлагал респондентам выбрать, какой из препаратов следует отменить больным, перенесшим ИМ в сочетании с ФП, после завершения тройной антитромботической терапии. Согласно действующим рекомендациям, пациентам с ФП, перенесшим ИМ, по завершении тройной антитромботической терапии следует отменить прием одного из двух антиагрегантов и продолжить прием ОАК. Ошибочный вариант ответа «c» (антикоагулянт) выбрали лишь 7,8% респондентов. Кардиологи выбирали неверный ответ значительно реже терапевтов (4,5% и 24,4%, соответственно, $p < 0,001$).

В вопросе 11 предлагалось выбрать условие применения антикоагулянтной терапии у самого респондента или его ближайшего родственника. 56,9%

участников опроса выбрали ответ «b» (2 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc), соответствующий первому классу показаний. 22,5% врачей выбрали ответ «a», т.е. проявили готовность начать антикоагулянтную терапию при наличии 1 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VASc. Неправильные ответы «c», «d», «e» выбрали 16,7% кардиологов и 34,1% терапевтов. При этом большинство кардиологов (65,3%) предпочли ответ «b», в то время как наиболее популярным ответом у терапевтов (36,6%) был ответ «a» (1 балл и более по шкале CHA₂DS₂-VASc). Среди терапевтов разброс мнений по этому вопросу был выражен сильнее, чем среди кардиологов. Ответы кардиологов и терапевтов статистически значимо различались.

Вопрос 12 предлагал врачам выбрать ситуацию, в которой они не будут сами принимать ОАК в случае возникновения пароксизмальной ФП при наличии показаний к данному виду лечения. Все предложенные варианты ответов не являются противопоказаниями к антикоагулянтной терапии. Более 63,8% респондентов (64,7% кардиологов и 61% терапевтов) не сочли предложенные ситуации основанием для отказа от терапии ОАК. В то же время 21,8% кардиологов и 19,5% терапевтов считают возможным отказаться от антикоагулянтной терапии при наличии 3 баллов и более по шкале HAS-BLEED (ответ «c»), а 12,2% терапевтов не намерены проводить терапию с использованием ОАК в случае, если пароксизмы ФП будут происходить реже 1 раза в год (ответ «d»).

Обсуждение

Ответы респондентов на вопросы анкеты целесообразно обсуждать, сгруппировав их по тематическим разделам.

Первый раздел анкеты включал вопросы, посвященные оценке показаний к терапии антикоагулянтами. Ответы кардиологов на вопросы 1 и 2 были верными статистически значимо чаще, чем ответы терапевтов. Только вопрос 3, на который верно ответили 90,2% терапевтов, не вызвал значимых разногласий между врачами сравниваемых групп. Этих данные дают основание полагать, что терапевты в целом хуже, чем кардиологи, осведомлены о показаниях к терапии ОАК при ФП и не всегда верно оценивают степень риска ТЭ.

Ответы респондентов на вопрос 7 показали, что лишь четверть (24,4%) терапевтов считают возможным назначить ривароксбан в дозе 2,5 мг 2 раза больному ИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ, при высоком риске ишемических событий и низком риске развития кровотечений, в то время как такую терапию готовы применить 60,9% кардиологов. Выявленное расхождение, по-видимому, обусловлено тем, что терапевты уступают кардиологам в знании современных реко-

мендаций по ведению больных ИМ и, возможно, отсутствием у терапевтов опыта применения предложенного варианта антикоагулянтной терапии. Еще одним вопросом, касающимся «непрофильных» для терапевта проблем, был вопрос 8, касающийся антикоагулянтной терапии, на фоне которой допускается проведение катетерной аблации с целью предотвращения пароксизмов ФП. Хотя различие ответов терапевтов и кардиологов на этот вопрос было достоверным, следует отметить, что больше половины опрошенных терапевтов (58,5%) выбрали правильный вариант ответа.

Важным для выяснения истинного отношения врачей к антикоагулянтной терапии является анализ ответов на вопросы, касающиеся применения ОАК самими респондентами. 56,9% врачей, участвовавших в опросе, дали полностью соответствующий рекомендациям ответ на вопрос 11. Неправильные ответы «с», «d», «е» в сумме выбрали 16,7% кардиологов и 34,1% терапевтов. Исходя из этих результатов, следует полагать, что треть терапевтов либо не знают, либо не поддерживают положения действующих рекомендаций, в которых конкретизированы показания к применению ОАК при пароксизмальной ФП. Вероятно, именно этим объясняется недостаточное использование антикоагулянтной терапии у пациентов с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений, выявленное в регистрах [2]. В то же время распределение ответов показало, что кардиологи в большинстве своем склонны назначать антикоагулянтную терапию пациентам высокого риска ТЭ, тогда как среди терапевтов отмечается выраженный разброс мнений по этому вопросу, и максимальная доля опрошенных готова начать такое лечение уже при среднем риске. Эти данные также согласуются с выявленным при анализе регистров частым применением ОАК у молодых пациентов с более низким риском развития ТЭ и меньшим количеством сопутствующих заболеваний по сравнению с пациентами старших возрастных групп [6]. Представленные результаты показывают, что у терапевтов имеет место больший, чем у кардиологов, разброс мнений о показаниях к применению ОАК. Основными причинами этой неоднородности, по-видимому, являются недостаток знаний и опыта в области антикоагулянтной терапии.

Второй раздел анкеты включал вопросы, посвященные интерпретации врачами критериев высокого риска кровотечений. Ответы респондентов демонстрируют их большую настороженность в отношении возможных кровотечений. Так, на основании анализа ответов на вопрос 4, можно предположить, что более 70% терапевтов не будут рекомендовать антикоагулянтную терапию пациентам с ФП, имеющим даже один балл по шкале HAS-BLEED. Переоценка риска

кровотечения сильнее выражена у терапевтов, чем у кардиологов (соответственно, 17,1% и 44,9% правильных ответов). Ответы респондентов на вопрос 5 показывают, что более трети терапевтов (36,6%) готовы после однократного тяжелого кровотечения рекомендовать пациентам редуцированную дозу ОАК. Этот результат анкетирования согласуется с данными регистров о значительной частоте неверного выбора режима дозирования ОАК [7]. Несколько неожиданным является распределение ответов на вопрос 6. Терапевты чаще кардиологов остановили свой выбор на варианте ответа, соответствующем рекомендациям (75,6% и 68,0%, соответственно). Однако в сопоставлении с ответами на предыдущий вопрос, следует полагать, что примерно треть терапевтов под термином «проявлять осторожность» понимают не более тщательный контроль риска кровотечений, а применение редуцированных доз ОАК.

При анализе ответов на вопросы 9 и 10 складывается впечатление, что терапевты готовы более длительно проводить тройную антитромботическую терапию после развития ИМ в сочетании с ФП, чем кардиологи. Но при этом почти четверть терапевтов (24,4%), завершая период тройной антитромботической терапии, намерены отменить прием ОАК, а не одного из антиагрегантов. Ответы респондентов на вопрос 12 показывают, что почти пятая часть врачей (21,8% кардиологов и 19,5% терапевтов) склонны сами не принимать ОАК при наличии показаний к этому виду лечения и высоком риске кровотечений (по HAS-BLEED – 3 балла и более). Таким образом, опасение кровотечений оказывает более сильное влияние на решение назначить ОАК и выбор схемы антитромботической терапии при ФП, чем стремление эффективно предотвратить ТЭ. Очевидно, именно по этой причине значительное количество пациентов, имеющих показания к применению ОАК, либо вовсе не получают эти препараты, либо принимают их в необоснованно низких дозах.

Данные, полученные в результате анкетирования, свидетельствуют о необходимости повышения квалификации врачей по вопросам проведения антикоагулянтной терапии. Наиболее активным должно быть обучение терапевтов и врачей общей практики, так как именно на их долю приходится ведение значительной доли пациентов, нуждающихся в терапии ОАК. При проведении обучения особое внимание следует уделить выявлению, оценке и модификации факторов риска кровотечений.

Ограничения исследования

Правдивость ответов на вопросы анкеты обеспечивалась только анонимностью респондентов, что накладывает ограничение на трактовку полученных результатов.

Заключение

Терапевты, принимавшие участие в анкетировании, в меньшей степени, чем кардиологи, были осведомлены о положениях клинических рекомендаций, регламентирующих применение ОАК. Терапевты в большей степени, чем кардиологи, были склонны избегать применения ОАК при наличии показаний к антикоагулянтной терапии или применять необоснованно редуцированные дозы препаратов этого класса. Принимая решение о применении ОАК, и терапевты, и кардиологи были склонны преувеличивать значимость признаков высокого риска кровотечений.

Результаты проведенного исследования показывают, что приверженность врачей основным положениям

клинических рекомендаций по применению пероральных антикоагулянтов среди кардиологов выше, чем у терапевтов. Однако даже у кардиологов ее нельзя считать достаточной. Повышенная настороженность врачей в отношении побочных эффектов антикоагулянтной терапии сочетается с недостаточной информированностью о выявлении, оценке и модификации факторов риска кровотечений.

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. Ibanez B., James S., Agewall S., et al. 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. 2017;00:1-66. DOI:10.1093/eurheartj/ehx393.
2. Valgimigli M., Bueno H., Byrne R.A., et al. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2017;00:1-48. DOI:10.1093/eurheartj/ehx419.
3. Steffel J., Verhamme P., Potpara T.S., et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Eur Heart J. 2018;39(16):1330-93. DOI:10.1093/eurheartj/ehy136.
4. Knuuti J., Wijns W., Saraste A., et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2019;00:1-71. DOI:10.1093/eurheartj/ehz425.
5. Konstantinides S.V., Meyer G., Becattini C., et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2019;00:1-61. DOI:10.1093/eurheartj/ehz405.
6. Reshetko O.V., Sokolov A.V., Furman N.V. Analysis of antithrombotic therapy of atrial fibrillation in international and Russian registries. Kachestvennaya Klinicheskaya Praktika = Good Clinical Practice. 2019;(1):83-96 (In Russ.) [Решетько О.В., Соколов А.В., Фурман Н.В. Анализ антитромботической терапии фибрилляции предсердий в международных и российских регистрах. Качественная Клиническая Практика. 2019;(1):83-96]. DOI:10.24411/2588-0519-2018-10066.
7. Ruiz Ortiz M., Muñoz J., Raña Míguez P., et al. Inappropriate doses of direct oral anticoagulants in real-world clinical practice: prevalence and associated factors. A subanalysis of the FANTASIA Registry. Europace. 2018;20(10):1577-83. DOI:10.1093/europace/eux316.
8. 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.В., 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.
9. Sato T., Aizawa Y., Fuse K., et al. The Comparison of Inappropriate-Low-Doses Use among 4 Direct Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation: From the Database of a Single-Center Registry. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2018;27(11):3280-8. DOI:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.07.028.

About the Authors:

Nikita B. Perepech – MD, PhD, Professor, Head of Clinical, Research and Education Center "Cardiology", Saint-Petersburg State University
Irina E. Mikhailova – MD, PhD, Senior Researcher, Clinical, Research and Education Center "Cardiology", Saint-Petersburg State University
Aleksey V. Tregubov – MD, Researcher, Clinical, Research and Education Center "Cardiology", Saint-Petersburg State University

Сведения об авторах:

Никита Борисович Перепеч – д.м.н., профессор, руководитель научно-клинического и образовательного центра «Кардиология», СПбГУ
Ирина Евгеньевна Михайлова – к.м.н., с.н.с., научно-клинический и образовательный центр «Кардиология», СПбГУ
Алексей Викторович Трегубов – н.с., научно-клинический и образовательный центр «Кардиология», СПбГУ