https://russjcardiol.elpub.ru
doi:10.15829/1560-4071-2020-3908

ISSN 1560-4071 (print)
ISSN 2618-7620 (online)

Динамика назначения антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий и инфарктом миокарда в 2016-2019гг

Переверзева К. Г., Якушин С. С., Якушина М. С., Ежова А. В., Богданович И. А., Симкова Л. А.

Цель. Изучить динамику назначения антитромботической терапии (АТТ) среди пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) и фибрилляцией предсердий (ФП), госпитализированных в кардиологический стационар в 2016-2017гг и 2018-2019гг.

Материал и методы. В исследование включено 362 пациента с ИМ и ФП: в 2016-2017гг — 106 пациентов, из которых 104 включены в анализ, в 2018-2019гг — 256 пациентов. Медиана возраста пациентов, госпитализированных в 2016-2017гг, составила 70,0 (61,0;78,0) лет, в 2018-2019гг — 71 (65,0;79,3) год, p=0,09. Мужчин в 2016-2017гг было 60 (55,6%), в 2018-2019гг — 143 (55,8%), p=0,90.

Результаты. В 2016-2017гг в 80 (76,9%) случаях пациентам была назначена двойная антиагрегантная терапия (ДАТ), в 17 (16,3%) — терапия оральными антикоагулянтами (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.

В 2018-2019гг в 97 (37,9%) случаях пациентам была назначена ДАТ, в 140 (54,7%) — терапия ОАК, при этом в 115 (44,9%) случаях — в составе тройной АТТ, в 25 (9,8%) в составе двойной АТТ (ОАК+антиагрегант). Среди всех случаев назначения ОАК в 2016-2017гг и 2018-2019гг варфарин был назначен в 11 (64,7%) и в 51 (36,4%) случаях, соответственно, p=0,02, ривароксабан — в 6 (35,3%) и 88 (62,9%) случаях, соответственно, p=0,03. В 2018-2019гг одному пациенту был назначен дабигатрана этексилат.

Заключение. В проведенном исследовании частота назначения тройной АТТ при выписке из стационара в 2018-2019гг в сравнении с 2016-2017гг увеличилась в 6,7 раз и составила 44,9% (115), p<0,001. Частота назначения ОАК в 2018-2019гг также повысилась в сравнении с 2016-2017гг в 3,4 раза и составила 54,7% (140), p<0,001, но к настоящему моменту является недостаточной.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда, антитромботическая терапия, оральные антикоагулянты, варфарин, ривароксабан.

Отношения и деятельность: нет.

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия.

Переверзева К. Г.* — к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы, ORCID: 0000-0001-6141-8994, Якушин С. С. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы, ORCID: 0000-0002-1394-3791, Якушина М. С. — к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии с курсом терапии факультета ДПО, ORCID: 0000-0001-7957-8064, Ежова А. В. — студентка 5 курса лечебного факультета, ORCID: 0000-0003-4440-4819, Богданович И. А. — студент 5 курса лечебного факультета, ORCID: 0000-0003-1682-0225, Симкова Л. А. — студентка 5 курса лечебного факультета, ORCID: 0000-0003-4704-058X.

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

АТТ — антитромботическая терапия, ДАТ — двойная антиагрегантная терапия, ИМ — инфаркт миокарда, ОАК — оральные антикоагулянты, СД — сахарный диабет, ТЭО — тромбоэмболические осложнения, ФП — фибрилляция предсердий, ФР — фактор риска.

Рукопись получена 13.05.2020
Рецензия получена 01.06.2020
Принята к публикации 03.06.2020

CC BY 4.0

Для цитирования: Переверзева К. Г., Якушин С. С., Якушина М. С., Ежова А. В., Богданович И. А., Симкова Л. А. Динамика назначения антитромботической терапии у пациентов с фибрилляцией предсердий и инфарктом миокарда в 2016-2019гг. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(7):3908. doi:10.15829/1560-4071-2020-3908

Changes in prescribing antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and myocardial infarction in 2016-2019

Pereverzeva K. G., Yakushin S. S., Yakushina M. S., Ezhova A. V., Bogdanovich I. A., Simkova L. A.

Aim. To study the changes in prescribing antithrombotic therapy (ATT) among patients with myocardial infarction (MI) and atrial fibrillation (AF), hospitalized in a cardiology hospital in 2016-2017 and 2018-2019.

Material and methods. The study included 362 patients with MI and AF. in 2016-2017 — 106 patients, of which 104 were included in the analysis, in 2018-2019 — 256 patients. The median age of patients hospitalized in 2016-2017 was 70,0 (61,0; 78,0) years, in 2018-2019 — 71 (65,0; 79,3) years (p=0,09). There were 60 men (55,6%) in 2016-2017 and 143 (55,8%) in 2018-2019 (p=0,90).

Results. In 2016-2017, 80 (76,9%) patients were prescribed dual antiplatelet therapy (DAPT), 17 (16,3%) — therapy with oral anticoagulants (OAC), while 7 (6,7%) of them were as part of triple ATT, 9 (8,7%) — as part of dual ATT (OAC+antiplatelet agent), and 1 (1,0%) — as monotherapy.

In 2018-2019, 97 (37, 9%) patients were prescribed DAPT, 140 (54,7%) — OAC therapy, while 115 (44,9%) of them were as part of triple ATT, 25 (9,8%) — as a part of dual ATT (OAC+antiplatelet agent). Among all cases of OAC prescription in 2016-2017 and 2018-2019, warfarin was prescribed in 11 (64,7%) and 51 (36,4%) patients, respectively (p=0,02), while rivaroxaban — in 6 (35,3%) and 88 (62,9%) patients, respectively (p=0,03). In 2018-2019, one patient was prescribed dabigatran etexilate.

Conclusion. The study revealed that the prescription rate of triple ATT at discharge in 2018-2019 increased 6,7 times compared to 2016-2017 and amounted to 44,9% (n=115) (p<0,001). The prescription rate of OAC in 2018-2019 also increased 3,4 times compared to 2016-2017 and amounted to 54,7% (n=140) (p<0,001).

Key words: atrial fibrillation, myocardial infarction, antithrombotic therapy, oral anticoagulants, warfarin, rivaroxaban.

Relationships and Activities: none.

I. P. Pavlov Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia.

Pereverzeva K. G.* ORCID: 0000-0001-6141-8994, Yakushin S. S. ORCID: 0000-0002-1394-3791, Yakushina M. S. ORCID: 0000-0001-7957-8064, Ezhova A. V.

ORCID: 0000-0003-4440-4819, Bogdanovich I. A. ORCID: 0000-0003-1682-0225, Simkova L. A. ORCID: 0000-0003-4704-058X.

*Corresponding author: pereverzevakg@gmail.com

Received: 13.05.2020 **Revision Received:** 01.06.2020 **Accepted:** 03.06.2020

For citation: Pereverzeva K. G., Yakushin S. S., Yakushina M. S., Ezhova A. V., Bogdanovich I. A., Simkova L. A. Changes in prescribing antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation and myocardial infarction in 2016-2019. *Russian Journal of Cardiology*. 2020;25(7):3908. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2020-3908

В течение последних 10-15 лет в связи с глобальным старением населения, увеличением средней продолжительности жизни в Российской Федерации до 73,6 года в 2019г [1], ранним дебютом кардиоваскулярных заболеваний [2, 3], а также внедрением новых высокоэффективных методов их лечения [3], наблюдается рост числа пациентов с различным сочетанием сердечно-сосудистых заболеваний. При этом достаточно часто встречается сочетание различных форм ишемической болезни сердца и фибрилляции предсердий (ФП). Так, ФП осложняет течение инфаркта миокарда (ИМ) у 15-20% больных: из них у 20-30% больных она предшествует ИМ, у 70-80% — развивается во время него [4]. Сочетание ИМ и ФП требует от врача крайне взвешенного подхода к назначаемой лекарственной терапии и практически постоянного мониторирования вопросов ее безопасности и эффективности, особенно, при назначении антитромботической терапии (АТТ). Задача врача состоит как в профилактике системных тромбоэмболических осложнений (ТЭО) посредством назначения оральных антикоагулянтов (ОАК), так и в снижении риска повторных ишемических событий посредством назначения антиагрегантной терапии [5]. При этом врач должен комбинировать лекарственные препараты так грамотно и на такой срок, чтобы это позволило избежать развития кровотечения. Двойная антитромбоцитарная терапия снижает частоту риска кровотечений [6], рецидивирующих ишемических событий и тромбоза стента, но малоэффективна в снижении частоты кардиоэмболического инсульта, связанного с ФП [7] и без добавления ОАК применяться не должна. Трехкомпонентная терапия обеспечивает снижение риска ТЭО и ишемических событий, но значимо увеличивает число геморрагических осложнений, поэтому при преобладании риска развития ишемических осложнений ее длительность составляет от 1 до 6 мес., а при высоких рисках кровотечения — до 1 мес., после чего пациенту назначается двухкомпонентная терапия, которая должна включать антиагрегант и антикоагулянт [8].

Наличие сложностей назначения АТТ пациентам при ИМ и ФП показано в опубликованной нами ранее работе [9], но, т.к. данные 2016-2017гг, представляется актуальным изучение особенностей назначения АТТ в этой группе пациентов в динамике за прошедшие 3 года.

Цель исследования: изучить динамику назначения АТТ среди пациентов с ИМ и ФП неклапанной этиологии, госпитализированных в кардиологический стационар в 2016-2017гг и 2018-2019гг.

Материал и методы

В ретроспективное исследование включались пациенты, поступившие в стационар с 2016 по 2019гг в одну из клинических больниц города и имеющие на момент выписки из стационара заключительный диагноз ИМ в сочетании с ФП. Пациенты были разделены на 2 группы по времени поступления: поступившие в 2016-2017гг, данные о которых представлены в опубликованной ранее работе [9], и в 2018-2019гг. Частота ФП среди пациентов, госпитализированных по поводу ИМ в 2016-2017гг, составила 9,1%, в 2018-2019гг — 14,7%, $p<0,001$. Всего в исследование включено 362 пациента с ИМ и ФП: в 2016-2017гг — 106 пациентов, из которых 104 включены в анализ, в 2018-2019гг — 256 пациентов. В 2016-2017гг 2 пациента с первым и единственным пароксизмом ФП были исключены из анализа, т.к. на начало 2016г тактика назначения АТТ таким пациентам в клинических рекомендациях была прописана нечетко. Медиана возраста пациентов, госпитализированных в 2016-2017гг, составила 70,0 (61,0;78,0) лет, в 2018-2019гг — 71 (65,0;79,3) год, $p=0,09$. Мужчин в 2016-2017гг было 60 (55,6%), в 2018-2019гг — 143 (55,8%), $p=0,90$. Источником информации о пациентах и получаемой ими лекарственной терапии являлись истории болезни включенных больных.

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 11.0 (Statsoft Inc., США), пакета MS Excel 2010 (Microsoft, США). Количественные признаки имели распределение отличное от нормального и описывались медианой, нижним и верхним квартилями (25-й и 75-й процентилями) в виде Me (Q1;Q3). Сравнение двух не связанных групп по качественному признаку проводилось с помощью построения таблиц сопряженности с использованием критериев хи-квадрат по Пирсону, хи-квадрат с поправкой Йетса на непрерывность при частоте встречаемости хотя бы одного из анализируемых признаков меньше 10, точного критерия Фишера при частоте встречаемости признаков меньше 5.

Результаты

Структура ФП в 2016-2017гг по сравнению с 2018-2019гг существенно не различалась. В 2016-2017гг в 64 (60,3%) случаях она была представлена пароксизмальной формой, еще в 2 (1,9%) случаях настоящий

Таблица 1

Частота встречаемости ФР, включенных в шкалу CHA_2DS_2-VASc, в 2016-2017гг и в 2018-2019гг

Факторы риска	2016-2017гг, n=104	2018-2019гг, n=256	p
ОНМК, абс. знач. (% от n)	17 (16,3%)	37 (14,5%)	0,65
Возраст от 64 до 75 лет, абс. знач. (% от n)	28 (26,9%)	88 (34,4%)	0,17
СД, абс. знач. (% от n)	28 (26,9%)	105 (41,1%)	0,01
Возраст >75 лет, абс. знач. (% от n)	40 (38,5%)	101 (39,5%)	0,86
АГ, абс. знач. (% от n)	98 (94,2%)	251 (98%)	0,06
ХСН, абс. знач. (% от n)	104 (100%)	256 (100%)	0,51

Сокращения: АГ — артериальная гипертензия, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, СД — сахарный диабет, ХСН — хроническая сердечная недостаточность.

Таблица 2

Частота встречаемости ФР, включенных в шкалу HAS-BLED, в 2016-2017гг и в 2018-2019гг

Факторы риска	2016-2017гг, n=104	2018-2019гг, n=256	p
Кровотечение/анемия, абс. знач. (% от n)	2 (1,9%)	30 (11,7%)	0,001
Нарушение функции почек, абс. знач. (% от n)	7 (6,7%)	11 (4,3%)	0,49
Нарушение функции печени, абс. знач. (% от n)	9 (8,5%)	8 (3,1%)	0,05
ОНМК, абс. знач. (% от n)	17 (16,3%)	37 (14,5%)	0,65
Прием ЛС, повышающих риск кровотечений, абс. знач. (% от n)	101 (97,7%)	256 (100%)	0,02

Сокращения: ЛС — лекарственные средства, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения.

Таблица 3

Профиль назначаемой терапии в 2016-2017гг и в 2018-2019гг

Назначаемая терапия	2016-2017гг, n=104	2018-2019гг, n=256	p
АТТ не назначена, абс. знач. (% от n)	3 (2,9%)	0 (0%)	0,024
Антиагрегант (монотерапия), абс. знач. (% от n)	4 (3,8%)	19 (7,4%)	0,15
Двойная антиагрегантная терапия, абс. знач. (% от n)	80 (76,9%)	97 (37,9%)	<0,001
ОАК всего, абс. знач. (% от n)	17 (16,3%)	140 (54,7%)	<0,001
Тройная АТТ, абс. знач. (% от n)	7 (6,7%)	115 (44,9%)	<0,001
ОАК+антиагрегант, абс. знач. (% от n)	9 (8,7%)	25 (9,8%)	0,74
Монотерапия ОАК, абс. знач. (% от n)	1 (1,0%)	0 (0%)	0,29

Сокращения: АТТ — антитромботическая терапия, ОАК — оральные антикоагулянты.

пароксизм был первым и единственным, в 20 (18,9%) случаях — персистирующей формой и в 20 (18,9%) — постоянной. В 2018-2019гг пароксизмальная форма ФП регистрировалась в 132 (51,5%) случаях, персистирующая — в 67 (26,2%) случаях, постоянная — в 57 (22,3%) случаях.

При оценке риска ТЭО по шкале CHA_2DS_2-VASc медиана баллов для пациентов, госпитализированных в 2016-2017гг и 2018-2019гг, была одинаковой и составила 5,0 (4,0;6,0) балла, p=0,21.

Частота встречаемости факторов риска (ФР) ТЭО по шкале CHA_2DS_2-VASc в 2016-2017гг и в 2018-2019гг представлена в таблице 1.

При оценке различий в частоте встречаемости ФР ТЭО по шкале CHA_2DS_2-VASc в 2016-2017гг и 2018-2019гг статистически значимым фактором оказался сахарный диабет (СД). По сравнению с 2016-2017гг частота встречаемости СД в 2018-2019гг статистически значимо увеличилась в 1,5 раза: с 26,9% в 2016-2017гг до 41,1% в 2018-2019гг, p=0,01.

При оценке риска геморрагических осложнений на фоне приема ОАК по шкале HAS-BLED медиана баллов для пациентов, госпитализированных в 2016-2017гг, составила 2,0 (2,0;3,0) балла, в 2018-2019гг она также составила 2,0 (2,0;2,0) балла, p=0,32.

В 2016-2017гг значение HAS-BLED ⩽2 имел 71 (68,3%) пациент, HAS-BLED ⩾3 — 33 (31,7%) пациента. В 2018-2019гг значение HAS-BLED ⩽2 имели 193 (75,4%) пациента, HAS-BLED ⩾3 — 63 (24,4%) пациента.

В таблице 2 представлена частота встречаемости ФР по шкале HAS-BLED в 2016-2017гг и в 2018-2019гг.

При анализе встречаемости ФР шкалы HAS-BLED в 2018-2019гг по сравнению с 2016-2017гг статистически значимыми факторами оказались факт наличия в анамнезе или в настоящее время кровоте-

чения и/или анемии: в 2016-2017гг — в 2 (1,9%) случаев, в 2018-2019гг — в 30 (11,7%) случаях, p=0,001, и прием лекарственных средств, повышающих риск кровотечений: в 2016-2017гг их принимали 101 (97,7%) пациент, а в 2018-2019гг — 256 (100%) пациентов, p=0,02.

В 2016-2017гг в 80 (76,9%) случаях пациентам была назначена двойная антиагрегантная терапия (ДАТ), 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 [9].

В 2018-2019гг в 97 (37,9%) случаях пациентам была назначена ДАТ, в 140 (54,7%) — терапия ОАК, при этом в 115 (44,9%) случаях — в составе тройной ААТ, в 25 (9,8%) в составе двойной АТТ (ОАК+антиагрегант). Более подробно профиль назначаемой АТТ отражен в таблице 3.

Как видно из рисунка 1, среди всех случаев назначения ОАК в 2016-2017гг и 2018-2019гг варфарин был назначен в 11 (64,7%) и в 51 (36,4%) случаях, соответственно, p=0,02, ривароксабан — в 6 (35,3%) и 88 (62,9%) случаях, соответственно, p=0,03. В 2018-2019гг одному пациенту был назначен дабигатрана этексилат.

В 2016-2017гг из 80 пациентов, получающих ДАТ, 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 2 антиагреганта получали 5 (55,6%) пациентов, ОАК и 1 антиагрегант — 4 (44,4%).

В 2018-2019гг из 97 пациентов, получающих ДАТ, у 61 (62,9%) проводилось стентирование коронарных артерий. Среди 140 пациентов, получающих терапию ОАК, стентирование было проведено в 84 (59,9%) случаях, а состав получаемой пациентами АТТ был следующим: тройную АТТ получали 74 (88,0%) пациента, ОАК+антиагрегант — 10 (12,0%) пациентов. При сравнении частоты назначения ДАТ и ОАК пациентам после эндопротезирования коронарных

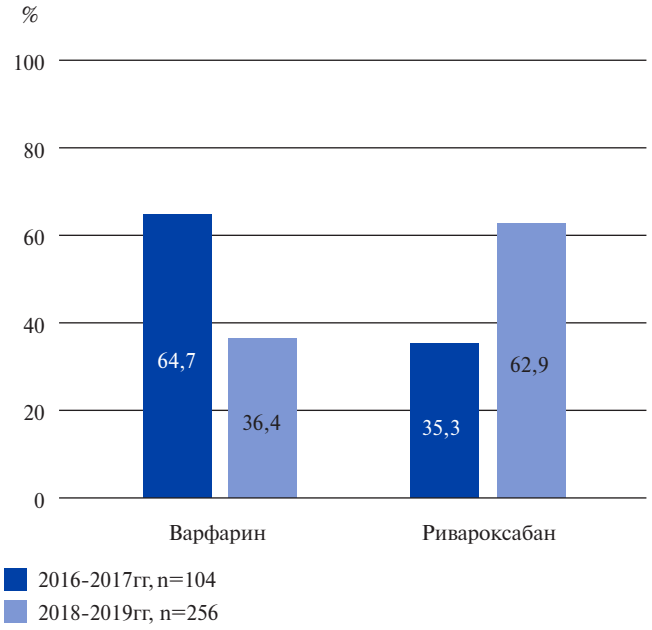

Рис. 1. Структура частоты назначения ОАК в 2016-2017гг и 2018-2019гг.
Примечание: различия между группами статистически значимы (p<0,05).

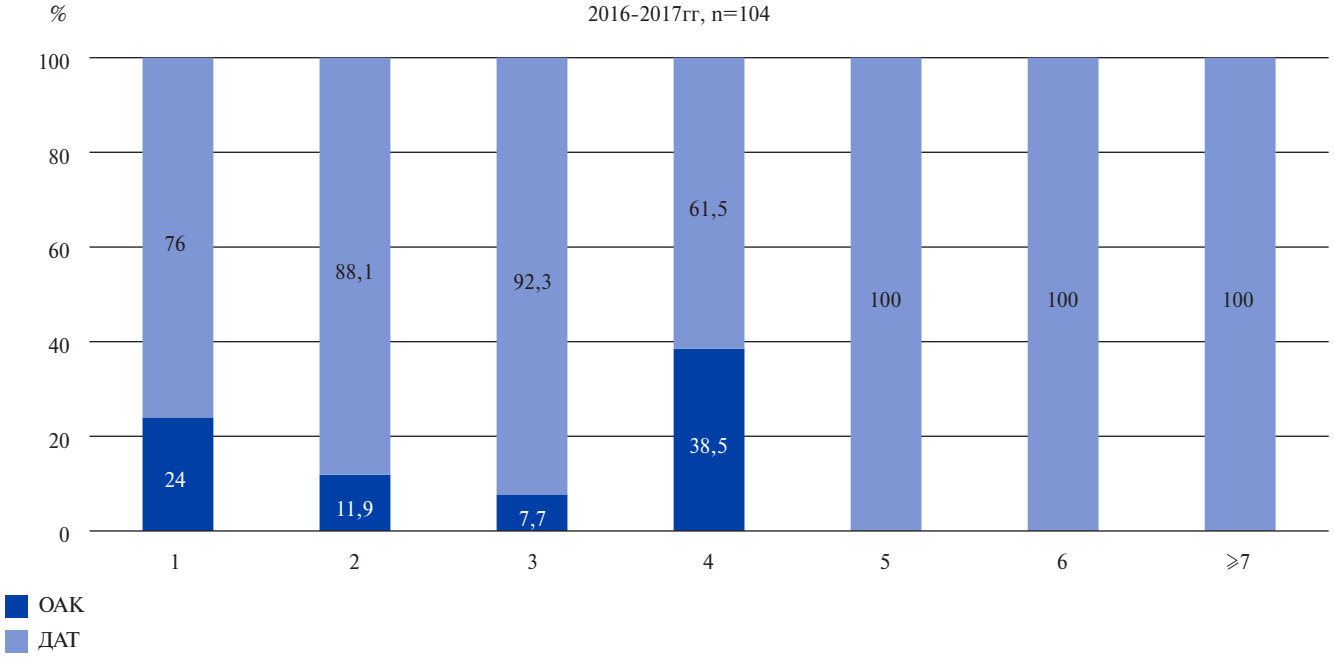

Рис. 2. Частота назначения ОАК и антиагрегантов в зависимости от числа баллов по шкале HAS-BLED в 2016-2017гг.
Сокращения: ДАТ — двойная антиагрегантная терапия, ОАК — оральные антикоагулянты.

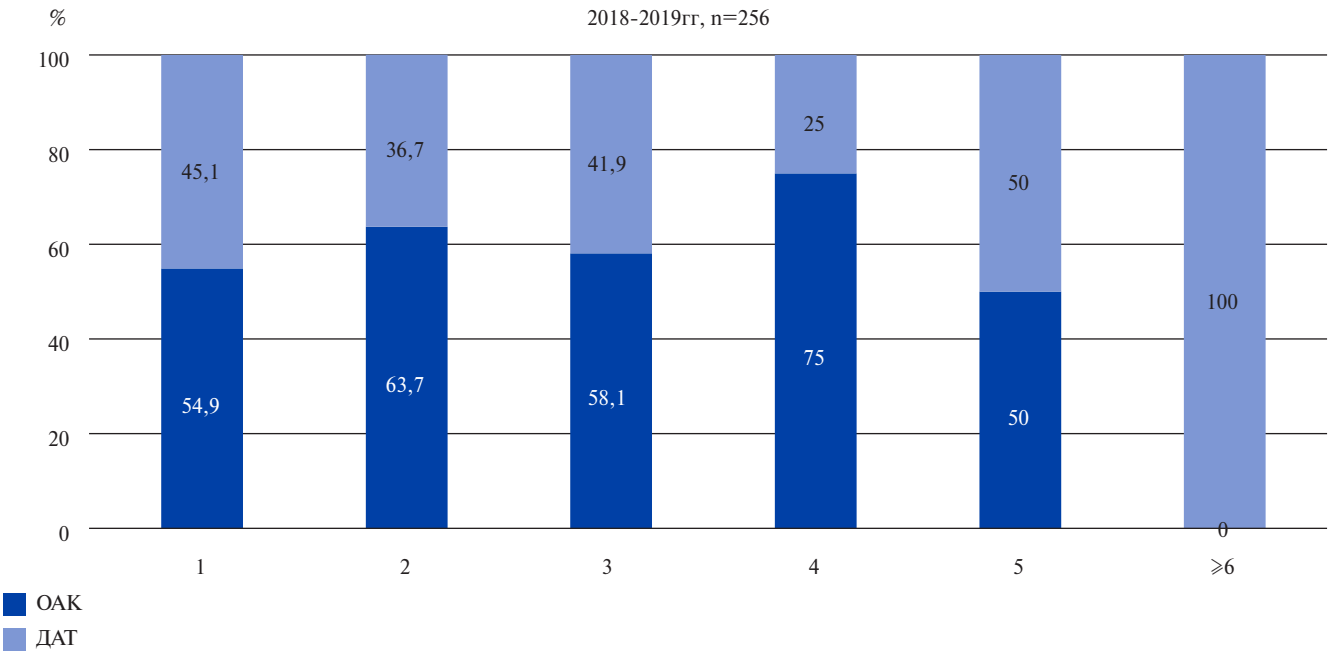

Рис. 3. Частота назначения ОАК и антиагрегантов в зависимости от числа баллов по шкале HAS-BLED в 2018-2019гг.
Сокращения: ДАТ — двойная антиагрегантная терапия, ОАК — оральные антикоагулянты.

артерий статистически значимой разницы получено не было, при этом в 2018-2019гг тройная АТТ при ИМ и ФП после стентирования была назначена почти всем больным.

В 2018-2019гг среди всех пациентов с ИМ и ФП, которым в качестве АТТ была назначена ДАТ, количество баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc варьировало от 2 до 8, при этом медиана баллов составила 5,0 (4,0;6,0) баллов, количество баллов по шкале HAS-BLED было от 1 до 5 баллов, медиана — 2,0 (2,0;2,0) балла. Количество баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc у пациентов, получавших ОАК, было от 2 до 9 баллов, медиана — 5,0 баллов (4,0;6,0), количество баллов по шкале HAS-BLED — от 1 до 5, медиана 2,0 (2,0;2,0) балла. Таким образом, значения баллов по шкалам ТЭО и риска кровотечений для пациентов, принимающих ОАК, и пациентов, получающих ДАТ, были одинаковыми, как и в 2016-2017гг [9].

При оценке частоты назначения ОАК и антиагрегантов в зависимости от числа баллов по шкале HAS-BLED, представленной на рисунках 2 и 3, видно, что случаев назначения ОАК при HAS-BLED ⩾5 баллов в 2016-2017гг не было; в 2018-2019гг ОАК не назначались при HAS-BLED ⩾6 баллов. При меньших значениях шкалы HAS-BLED связи между назначением ОАК и нарастанием риска кровотечений по увеличению числа баллов по данной шкале выявлено не было как в 2016-2017гг, так и в 2018-2019гг.

Обсуждение

В проведенном исследовании частота назначения ОАК у больных ИМ и ФП в 2018-2019гг повысилась в сравнении с 2016-2017гг в 3,4 раза и составила 54,7% (140), p<0,001, но к настоящему моменту все еще является недостаточной. Возможными причинами увеличения частоты назначения ОАК, особенно, ривароксабана, послужили значительно растущая распространенность знаний об эффективности и безопасности их назначения у пациентов с ФП [10], а также изменение статуса клинических рекомендаций, которые в соответствии с Федеральным законом от 25 декабря 2018г № 489-ФЗ “О внесении изменений в статью 40 Федерального закона “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” и Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” по вопросам клинических рекомендаций” [11] приобрели в нашей стране юридическую силу и предписывают прием ОАК, предпочтительно, прямых ОАК у пациентов с сочетанием ИМ и ФП [12].

Достаточно большой процент случаев отсутствия назначения ОАК при сочетании ИМ и ФП обусловлен тем, что ряд пациентов имеет такие ФР кровотечения, как: острое нарушение мозгового кровообращения, кровотечение/анемия в анамнезе, нарушение функции почек или печени, а также то, что все пациенты с целью предотвращения ишемических событий принимают лекарственные средства, повышающие риск кровотечений. Сочетание таких факторов представляется лечащему врачу опасным для назначения ОАК. Тем не менее, отрадным является факт статистически значимого увеличения частоты назначения ОАК при сочетании ИМ и ФП в 3,4 раза за небольшой период наблюдения в 3 года. Вместе с тем, при-

ходится констатировать, что частота назначения ОАК не имела зависимости от шкалы риска кровотечений HAS-BLED ни при первом, ни при втором определении через 3 года.

Результаты, полученные в данном исследовании, не являются специфичными для нашего региона. Так, по данным литературы даже в группе пациентов с ФП без ИМ, где вопросы назначения ОАК решаются более просто, нежели у пациентов с сочетанием ИМ и ФП, частота назначения ОАК является недостаточной, хотя и увеличивается на протяжении последних нескольких лет [13]. Что касается динамики назначения ОАК при ИМ в сочетании с ФП, то таких работ в доступных нам литературных источниках немного. В частности, в ретроспективном анализе историй болезни 13244 пациентов, поступивших в инфарктные отделения всех без исключения населенных пунктов Краснодарского края и включенных в регистр острого коронарного синдрома по Краснодарскому краю с 20 ноября 2015г по 20 ноября 2017г, частота назначения ОАК при ФП составила 62,8% [14], что ненамного выше, чем в нашем исследовании (54,7%).

Заключение

В проведенном исследовании частота назначения тройной АТТ при выписке из стационара в 2018-2019гг в сравнении с 2016-2017гг увеличилась в 6,7 раз и составила 44,9% (115), p<0,001. Частота назначения ОАК в 2018-2019гг также повысилась в сравнении с 2016-2017гг в 3,4 раза и составила 54,7% (140), p<0,001, но к настоящему моменту является недостаточной.

Отношения и деятельность: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Federal state statistics service. Rosstat has presented an updated demographic forecast until 2036. (In Russ.) Федеральная служба государственной статистики. Росстат представил уточненный демографический прогноз до 2036 года. https://www.gks.ru/folder/313/document/72529 (8 May 2020).
2. Konstantinova EV, Balayan NM, Shostak NA. Myocardial infarction in young people: causes and prognosis of the disease. Klinicist. 2017;11(1):10-5. (In Russ.) Константинова Е. В., Балаян Н. М., Шостак Н. А. Инфаркт миокарда у молодых: причины и прогноз заболевания. Клиницист. 2017;11(1):10-5. doi:10.17650/1818-8338-2016-10-4-10-15.
3. Boytsov SA, Pogosova NV, Bubnova MG, et al. Cardiovascular prevention 2017. The Russian national recommendations. Russian Journal of Cardiology. 2018;23(6):7-122. (In Russ.) Бойцов С. А., Погосова Н. В., Бубнова М. Г. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации Российский кардиологический журнал. 2018;23(6):7-122 doi.10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
4. Bunin YuA, Miklishanskaya SV, Chigineva VV, Zolozova EA. Atrial fibrillation and ventricular arrhythmias in ST-segment elevation myocardial infarction: possibilities of pharmacotherapy and non-drug treatment. Racional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii. 2018;14(4):605-11. (In Russ.) Бунин Ю. А., Миклишанская С. В., Чигинева В. В., Золозова Е. А. Фибрилляция предсердий и желудочковые аритмии при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST: возможности фармакотерапии и немедикаментозного лечения. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018;14(4):605-11. doi:10.20996/1819-6446-2018-14-4-605-611.
5. Eniseeva ES. Double and triple antithrombotic therapy for atrial fibrillation and acute coronary syndrome. Sibirskii medicinskii zhurnal (Irkutsk). 2016;2:18-22. (In Russ.) Енисеева Е. С. Двойная и тройная антитромботическая терапия при фибрилляция предсердий и остром коронарном синдроме. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2016;2:18-22.
6. Venkatesh R, Priyanjali P, Aviral V, et al. Meta-analysis comparing double versus Triple Anti-thrombotic Therapy in Patients with Atrial Fibrillation and Coronary Artery Disease. Am J Cardiol. 2020;125(1):19-28. doi:10.1016/j.amjcard.2019.09.045.
7. Lopes RD, Heizer G, Aronson R, et al. Antithrombotic Therapy after Acute Coronary Syndrome or PCI in Atrial Fibrillation. N Engl J Med. 2019;380:1509-24. doi:10.1056/NEJMoa1817083.
8. Baturina OA, Andreev DA, Ananicheva NA, et al. Prevalence of Atrial Fibrillation and use of Oral Antithrombotic Therapy in Patients with Acute Coronary Syndrome. Kardiologiia. 2019;59(1):40-8. (In Russ.) Батурина О. А., Андреев Д. А., Ананичева Н. А. и др. Распространенность фибрилляции предсердий при остром коронарном синдроме и особенности назначения пероральных антитромботических препаратов. Кардиология. 2019;59(1):40-8. doi:10.18087/cardio.2019.1.10213.
9. Pereverzeva KG, Yakushin SS, Pripadcheva AE, et al. Antithrombotic therapy in patients with atrial fibrillation after myocardial infarction: clinical recommendations and real practice. Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2018;14(6):858-63. (In Russ.) Переверзева К. Г., Якушин С. С., Припадчева А. Э. и др. Антитромботическая терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий после инфаркта миокарда: клинические рекомендации и реальная практика. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2018;14(6):858-63. doi:10.20996/1819-6446-2018-14-6-858-863.
10. Dalgaard F, Pieper K, Verheugt F, et al. GARFIELD-AF model for prediction of stroke and major bleeding in atrial fibrillation: a Danish nationwide validation study BMJ Open. 2019;9:e033283. doi.10.1136/bmjopen-2019-033283.
11. The Federal law "on amendments to article 40 of the Federal law "on mandatory medical insurance in the Russian Federation" and the Federal law "on the basics of public health protection in the Russian Federation" on clinical recommendations" dated 25.12.2018 N 489-FZ (the latest version). (In Russ.) Федеральный закон О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций" от 25.12.2018 N 489-ФЗ (последняя редакция) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_314269/
12. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Russian Journal of Cardiology. 2018;23(5):103-58. (In Russ.) Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017 Российский кардиологический журнал. 2018;23(5):103-58. doi:10.15829/1560-4071-2018-5-103-158.
13. Baranova EI. New safety standards for anticoagulant therapy in atrial fibrillation. Russian Journal of Cardiology. 2018;23(10):136-44. (In Russ.) Баранова Е. И. Новые стандарты безопасности антикоагулянтной терапии при фибрилляции предсердий. Российский кардиологический журнал. 2018;23(10):136-44. doi:10.15829/1560-4071-2018-10-136-144.
14. Tatarintseva ZG, Kosmacheva ED, Kruchinova SV, et al. Antiplatelet therapy in patients with atrial fibrillation against the background of acute coronary syndrome in real clinical practice (according to the total register of acute coronary syndrome in the Krasnodar territory) Kardiologiya: novosti, mneniya, obuchenie. 2018;6(4):6-13. (In Russ.) Татаринцева З. Г., Космачева Е. Д., Кручинова С. В. и др. Антитромбоцитарная терапия у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне острого коронарного синдрома в реальной клинической практике (по данным тотального регистра острого коронарного синдрома по Краснодарскому краю) Кардиология: новости, мнения, обучение. 2018;6(4):6-13. doi:10.24411/2309-1908-2018-14001.