

## АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ: ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (РЕЗУЛЬТАТЫ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ “АПОЛЛОН”)

Золотовская И. А.<sup>1,2</sup>, Давыдкин И. Л.<sup>1</sup>, Дупляков Д. В.<sup>1,3</sup>

Фибрилляция предсердий (ФП) у пациентов, перенесших кардиоэмболический инсульт (КЭИ), ассоциирована с высоким риском развития повторных тромбоэмболических осложнений и повторного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Основные профилактические стратегии для пациентов с ФП ориентированы на использование в схемах лечения антикоагулянтов.

**Цель.** Изучить приверженность к антикоагулянтной терапии пациентов с ФП, перенесших КЭИ, в режиме реальной клинической практики.

**Материал и методы.** С 01.10.2013г по 31.03.2015г были проанализированы данные 1291 пациента, перенесших КЭИ, из них критериям включения (исключения) удовлетворял 661 пациент (36,9% мужчин и 63,1% женщин, средний возраст 68 лет). За 12-месячный период наблюдения осуществлены 2 телефонных контакта с пациентами через 180±5 дней (V1) и 360±5 дней (V2) от начала у них инсульта.

**Результаты.** В 2014г только 6,9% обследованных принимали антикоагулянты, в 2015г — 17,5%. Лишь половина пациентов (n=330) знала о наличии у них ФП; 26,2% расценивали ФП как фактор риска, связанный с угрозой для жизни и развития повторного тромбоэмболического события; 15,4% пациентов оказались готовы выполнять рекомендации врача по приему антикоагулянтов. Наиболее важным лекарственным препаратом 65,3% пациентов назвали ацетилсалициловую кислоту (АСК) и только 7,9% — различные антикоагулянты. Годичная летальность составила 16,0%.

**Заключение.** В реальной клинической практике пациенты с ФП, перенесшие ОНМК, имеют как низкую осведомленность о необходимости приема антикоагулянтных препаратов, так и приверженность к данному виду терапии, несмотря на высокую годовичную летальность.

Российский кардиологический журнал 2017, 7 (147): 105–110  
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-7-105-110>

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, инсульт, профилактика, обучение, антикоагулянты, смертность.

## ANTICOAGULATION IN ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS AFTER CARDIOEMBOLIC STROKE: EVALUATION OF TREATMENT ADHERENCE IN REAL PRACTICE (COHORT STUDY “APOLLON”)

Zolotovskaya I. A.<sup>1,2</sup>, Davydkin I. L.<sup>1</sup>, Duplyakov D. V.<sup>1,3</sup>

Atrial fibrillation (AF) in patients after cardioembolic stroke (CES) is associated with higher risk of recurrent thromboembolism and recurrent strokes. Basic prevention strategies for AF patients are directed to the usage of anticoagulants in the schemes of management.

**Aim.** To study the adherence to anticoagulation therapy of AF patients after CES, in real clinical practice.

**Material and methods.** From 01.10.2013 to 31.03.2015 the data was analyzed, of 1291 patients after CES, and of those 661 fulfilled the inclusion/exclusion criteria (36,9% of males and 63,1% of females, mean age 68 y.o.). During the 12-month period of follow-up, 2 phone calls performed, in 180±5 days (V1) and 360±5 days (V2) from the stroke onset.

**Results.** In 2014 only 6,9% of participants were taking anticoagulants, in 2015 — 17,5%. Only a half (n=330) of those knew of AF they had; 26,2% regarded AF as a risk factor life threatening and related to recurrent stroke; 15,4% refused to follow clinician prescriptions on anticoagulation. As the main medication, 65,3% patients

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара; <sup>2</sup>ГБУЗ Самарской области Самарская городская поликлиника № 9, Самара; <sup>3</sup>ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия.

Золотовская И. А.\* — к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии и трансфузиологии, зав. взрослым поликлиническим отделением, Давыдкин И. Л. — д.м.н., профессор, проректор по научной и инновационной работе, зав. кафедрой госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии и трансфузиологии, директор НИИ гематологии, трансфузиологии и интенсивной терапии, главный внештатный гематолог Минздрава Самарской области, Дупляков Д. В. — д.м.н., профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования, зам. главного врача.

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
 zolotovskay@list.ru

АГ — артериальная гипертензия, АСК — ацетилсалициловая кислота, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, КЭИ — кардиоэмболический инсульт, ЛС — лекарственные средства, НПОАК — новые пероральные антикоагулянты, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ХБП — хроническая болезнь почек, ФП — фибрилляция предсердий, NIHSS — National Institutes of Health Stroke Scale.

Рукопись получена 28.09.2016  
 Рецензия получена 17.10.2016  
 Принята к публикации 27.10.2016

noted acetylsalicylic acid, and only 7,9% — various anticoagulants. Annual mortality was 16,0%.

**Conclusion.** In real clinical practice, AF patients after stroke have the same low awareness on anticoagulation necessity, as adherence, regardless of high annual mortality.

Russ J Cardiol 2017, 7 (147): 105–110  
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-7-105-110>

**Key words:** atrial fibrillation, stroke, prevention, education, anticoagulants, mortality.

<sup>1</sup>Samara State Medical University of the Ministry of Health, Samara; <sup>2</sup>Samara Oblast City Polyclinics №9, Samara; <sup>3</sup>Samara Oblast Clinical Dispensary of Cardiology, Samara, Russia.

Фибрилляция предсердий (ФП) — заболевание, ассоциированное с высоким риском развития тромбоэмболических осложнений и в первую очередь, кардиоэмболического инсульта (КЭИ) [1-3]. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) на протяжении последних лет является одним из главных заболеваний, отвечающих за высокую смертность и инвалидизацию населения нашей страны, а согласно опубликованному прогнозу Всемирной организации здравоохранения, до 2030 года инсульт так и останется второй, после ишемической болезни сердца (ИБС), причиной смерти во всем мире [4, 5]. Рост заболеваемости КЭИ во всем мире связан с увеличением продолжительности жизни и старением населения [6], хотя за последние два десятилетия несколько изменилась структура инсультов, а также значимость прогностических факторов, ассоциированных с риском развития ОНМК.

В целом ряде крупных исследований, выполненных в последние годы, показано существенное снижение рисков развития тромбоэмболических событий у пациентов с ФП на фоне антикоагулянтной терапии [7-10]. Наиболее сложным представляется вопрос адекватности проведения антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП, перенесших ранее КЭИ. Это крайне сложная категория пациентов как по неврологическому, так и общесоматическому статусу, имеющих высокую вероятность развития повторного ОНМК [11, 12]. Для планирования профилактических мероприятий необходимо четкое понимание объективной ситуации — насколько адекватно в реальной клинической практике используются антикоагулянты (в том числе, новые пероральные антикоагулянты (НПОАК)) у пациентов с ФП, перенесших КЭИ.

Цель исследования: изучить приверженность к антикоагулянтной терапии пациентов с ФП, перенесших КЭИ, в режиме реальной клинической практики.



Рис. 1. Дизайн исследования.

### Материал и методы

С 01.10.2013 по 31.03.2015 в исследование “АПОЛ-ЛОН” (Антикоагулянтная терапия у ПациентОв с фибрилЛяцией предсердий, перенесших кардиоэмболический инСульт) методом случайной выборки последовательно включали пациентов, перенесших КЭИ и выписанных под наблюдение на этап первичной медико-санитарной помощи из сосудистых центров г. Самары (по данным медицинской карты стационарного больного формы № 033/у). Период наблюдения составлял от 12 до 24 мес.

Критериями включения в исследование “АПОЛ-ЛОН” являлись:

- 1) КЭИ в каротидном бассейне давностью не более 90 дней,
- 2) ФП неклапанного генеза,
- 3) отсутствие гемодинамически значимого стеноза в бассейне сонных артерий (по данным ультразвукового исследования).

Критерии исключения составляли:

- 1) заболевания щитовидной железы,
- 2) онкологическое заболевание в анамнезе,
- 3) невозможность самостоятельно и (или) с помощью информатора отвечать на вопросы анкеты из-за неврологического дефицита.

Общий дизайн исследования представлен на рисунке 1.

В электронные индивидуальные регистрационные карты для каждого пациента вносились: сведения о назначенных лекарственных средствах (ЛС); клинико-демографические данные, включая тяжесть инсульта по шкале NIHSS [13, 14]; показатели, отражающие способность к самообслуживанию по шкале Бартел и возможные риски развития кровотечения (в случае применения антикоагулянтной терапии) по шкале HAS-BLED [15-18].

Шкала NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) отражает тяжесть инсульта, оцененную в баллах, на момент выписки пациента и включает как очаговые неврологические расстройства, так и общемозговые симптомы различной степени выраженности. Она позволяет объективно оценивать результаты лечебно-диагностических мероприятий в остром периоде инсульта, а также является высоко достоверным и прогностически значимым инструментом как для практической, так и для исследовательской работы.

На первом этапе исследования все пациенты, соответствующие критериям включения/исключения, были интервьюированы по стандартной анкете, в которой шесть вопросов из семи были закрытого типа с двумя вариантами ответа (да/нет) и один вопрос “открытого” типа (ответ в свободной форме). С помощью вопросов “закрытого” типа изучали: информированность пациента о наличии у него ФП и знания пациентом важности ФП как фактора риска

Таблица 1

## Исходные клиничко-демографические показатели пациентов

Показатели	2014г	2015г	2014-2015гг
	n=350	n=311	n=661
Средний возраст, лет [М; Ж]	69,0 [63,0; 75,0]	65,0 [62,0; 72,0]	68,0 [62,0; 74,0]
Женщины, п, абс./%	220/62,9	197/63,3	417/63,1
Длительность ФП, п, абс./%:			
впервые зарегистрированная	71/20,3	83/26,7	154/23,3
менее 1 года	67/19,1	86/27,7	153/23,1
1-5 лет	106/30,3	75/24,1	181/27,4
5-10 лет	66/18,9	44/14,1	110/16,7
более 10 лет	40/11,4	23/7,4	63/9,5
АГ, п, абс./%	350/100,0	311/100,0	661/100,0
Шкала HAS-BLED, баллы [М; Ж]	2,0 [2,0; 3,0]	2,0 [1,0; 3,0]	2,0 [2,0; 3,0]
Шкала NIHSS, баллы [М; Ж]	9,0 [6,0; 10,0]	8,0 [7,0; 9,0]	9,0 [7,0; 11,0]
Индекс Бартел, баллы [М; Ж]	40,0 [30,0; 50,0]	30,0 [30,0; 40,0]	35,0 [30,0; 45,0]
Давность инсульта, дни [М; Ж]	59,0 [46,0; 70,0]	61,0 [49,0; 71,0]	60,0 [48,0; 70,0]
Сахарный диабет, инсулинонезависимый, п, абс./%	163/46,6	142/45,7	305/46,1
Сахарный диабет, инсулинозависимый, п, абс./%	21/6,0	20/6,4	41/6,2
ХБП, п, абс./%	119/34,0	93/29,9	212/32,1
ИБС, п, абс./%	207/59,1	199/63,9	406/61,4
Перенесенный ИМ, п, абс./%	28/8,0	20/6,4	48/7,3

**Примечание:** Данные представлены в виде медианы и межквартильного размаха — Me [25-й процентиль; 75-й процентиль].

**Сокращения:** АГ — артериальная гипертензия, ФП — фибрилляция предсердий, ХБП — хроническая болезнь почек, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда.

развития повторного инсульта и смерти; необходимость приема антикоагулянтных препаратов, в том числе НПОАК; информированность и готовность выполнять рекомендации врача в части лекарственной терапии, а также осведомленность о рисках развития кровотечений и необходимости контроля функции почек. Вопрос “открытого” типа был призван изучить мнение пациента о важности и приоритетности приема разных ЛС, в том числе антитромботических.

При наличии неврологического дефицита, затрудняющего контакт с пациентом, информацию получали от его родственников или ухаживающих за ним лиц (информаторы).

В 12-месячный период от начала инсульта наблюдение выполнялось по телефону дважды: V1 — через 180 ( $\pm 5$ ) дней и V2 — через 360 ( $\pm 5$ ) дней. На этапах V1 и V2 оценивалась конечная точка исследования — летальные исходы у пациентов с ФП после тромбоэмболического события (КЭИ).

Полученные данные обрабатывали с помощью пакета статистических программ Statistica for Windows 6.0. Для анализа использовали описательную статистику с применением параметрического критерия различий (t-критерия Стьюдента). Описание нормально распределенных количественных признаков дано с указанием среднего значения признака и среднего квадратичного отклонения ( $M \pm SD$ ), а признаков с распределением отличным от нормального,

в виде Me [Q25; Q75], где Me — медиана, Q25 и Q75 — 1-й и 3-й квартили, соответственно. При сравнении групп использовали методы непараметрической статистики: ранговый тест Манна-Уитни для связанных групп и T-критерий Вилкоксона для несвязанных групп, для исследования взаимосвязи между количественными признаками — ранговый коэффициент корреляции Спирмена (R). Различия между изучаемыми параметрами признавали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской декларации. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом ФГБОУ ВО “Самарский государственный медицинский университет” Минздрава РФ.

### Результаты

Всего в 2014г были проанализированы 576 случаев госпитализации больных с ФП, перенесших КЭИ. Из них критериям включения/исключения в исследование удовлетворяли 350. В 2015г были проанализированы 643 случая КЭИ на фоне ФП, критериям включения/исключения соответствовали 311 пациентов. Таким образом, за два года был обследован 1291 пациент, из них критериям включения/исключения удовлетворял 661 пациент, из них мужчин 244 (36,9%), женщин 417 (63,1%), средний возраст 68,0 (M 62,0; Ж 74,0) лет.

Основные клинико-демографические показатели пациентов представлены в таблице 1. Большинство (50,5%) имели длительный (5 лет) анамнез ФП. Вместе с тем, обращает на себя внимание высокая частота ФП впервые зарегистрированной в остром периоде ОНМК (23,3% пациентов).

Пациенты характеризовались высоким уровнем коморбидности: артериальная гипертензия (АГ) присутствовала у 100%, ИБС — у 61,4%, перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) — у 7,3%, сахарный диабет (суммарно) — у 52,3% и хроническая болезнь почек (ХБП) — у 32,1%. Также отмечался значительный неврологический дефицит, в первую очередь, в виде двигательных, чувствительных, афатических нарушений или их сочетаний. Индекс Бартел на момент включения в исследование составил 35,0 [М 30,0; Ж 45,0] баллов, показатель шкалы NIHSS на момент выписки из стационара — 9,0 [М 7,0; Ж 11,0] баллов. В 2014 и 2015 годах пациенты статистически значимо не различались по тяжести инсульта (по шкале NIHSS) и рискам развития кровотечения (по шкале HAS-BLED).

**Таблица 2**

**Количество больных, которым рекомендованы и которые принимали ЛС в 2014-2015гг, n, абс./%**

Препараты	Рекомендованные ЛС	Принимаемые ЛС
2014г		
Варфарин	14/4,0	15/4,5
НПОАК	56/16,0	8/2,4
АСК	179/51,2	283/84,7
АСК + клопидогрел	39/11,1	28/8,4
Варфарин или НПОАК*	62/17,7	—/—
Итого	350/100,0	334/100,0
2015г		
Варфарин	10/3,2	10/3,7
НПОАК	288/92,6	37/13,8
АСК	5/1,6	209/78,0
АСК + клопидогрел	8/2,6	12/4,5
Итого	311/100,0	268/100,0

**Примечание:** \* — выбор препарата оставляли за пациентом.

**Сокращения:** ЛС — лекарственные средства, НПОАК — новые пероральные антикоагулянты, АСК — ацетилсалициловая кислота.

При выписке из стационара всем пациентам с ФП после КЭИ были рекомендованы различные анти-тромботические препараты. Однако следует отметить, что в 2014 и 2015 годах имелась существенная разница в рекомендациях антикоагулянтных препаратов (табл. 2). На момент включения в исследование в 2014г анти-тромботические препараты принимали 95,4% (334 из 350) пациентов, а в 2015г — 86,2% (268 из 311). В 2014г из рекомендованных врачами ЛС 62,3% составляла ацетилсалициловая кислота (АСК) ( $\pm$ клопидогрел), а 37,7% — антикоагулянтные препараты. При этом, в реальности имелось существенное расхождение в данных по рекомендованным и принимаемым пациентами ЛС. Так, большинство пациентов (93,1%) принимали АСК ( $\pm$ клопидогрел) и только 6,9% — антикоагулянты. Низкий уровень назначений антикоагулянтов, особенно НПОАК, частично может быть связан с тем, что НПОАК только стали регистрироваться в РФ в конце 2013 — начале 2014 годов.

Ситуация в стационарах кардинально изменилась в 2015 году. Доля назначений АСК ( $\pm$ клопидогрел) снизилась до 1,6% (и 4,2%), соответственно. Однако, несмотря на рекомендации врачей, на амбулаторном этапе подавляющее большинство пациентов продолжали принимать именно эти препараты: АСК и АСК  $\pm$  клопидогрел (соответственно, 78,0% и 82,4% пациентов), хотя это уже на 9,7% меньше, чем в 2014 году. Необходимость терапии антикоагулянтами в 2015 году была отмечена врачами в 95,8% выписных эпикризов, при этом, лишь 17,5% пациентов принимали данные препараты. Следует отметить, что, как ни парадоксально, варфарин принимали все пациенты, кому он был рекомендован, а НПОАК — только 37 (12,8%) пациентов из 288, кому они были рекомендованы.

Данные об информированности пациентов о наличии у них ФП, необходимости приема антикоагулянтов, тяжести ФП и связанных с ней рисков развития повторного тромбоэмболического события и смертности представлены в таблице 3. В целом, пациенты продемонстрировали крайне низкий уровень знаний о наличии у них ФП, включая ее риски

**Таблица 3**

**Результаты анкетирования пациентов на предмет их знаний о ФП, n, абс./%**

Вопросы анкеты	2014г	2015г	2014-2015гг
	n=350	n=311	n=661
Информированность о наличии у них ФП	169/48,3	161/51,8	330/49,9
Значимость ФП как фактора риска развития повторного инсульта и смерти	78/22,3	95/30,5	173/26,2
Необходимость приема антикоагулянтной терапии, в том числе НПОАК	69/19,7	73/23,5	142/21,5
Готовность выполнять рекомендации врача в части антикоагулянтной терапии	43/12,3	59/18,9	102/15,4
Информированность о возможном риске кровотечений	18/5,1	31/9,9	49/7,4
Необходимость контроля функции почек	9/2,6	15/4,8	24/3,6

**Сокращения:** ФП — фибрилляция предсердий, НПОАК — новые пероральные антикоагулянты.

Таблица 4

**Приоритетность препаратов  
на основе опроса пациентов, n=661**

Препарат	Число респондентов, абс./%
Ацетилсалициловая кислота (различные формы)	433/65,3
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	422/63,9
Эналаприл	294/44,5
Депротенизированный гемодериват из крови телят	233/35,2
Лозартан (±гидрохлортиазид)	227/34,3
Бисопролол	167/25,3
Цитиколин	205/31,0
Периндоприл	103/15,6
Винпоцетин	101/15,2
Левокарнитин	95/14,4
Лизиноприл	86/13,0
Амиодарон	71/10,7
Янтарная кислота + инозин + никотинамид + рибофлавин	63/9,5
Соталол	28/4,2
Варфарин	25/3,8
Хинаприл	22/3,3
Дабигатран	18/2,7
Пропафенон	14/2,1
Клопидогрел	13/1,9
Ривароксабан	9/1,4

и необходимость следовать рекомендациям по приему антикоагулянтов, рекомендованных при выписке из стационара. Обращает на себя внимание то, что лишь половина знали о своем диагнозе, 26,2% расценивали ФП как фактор риска, связанный с угрозой для жизни и развития повторного тромбоэмболического события, и только 15,4% были готовы принимать рекомендованные врачом антикоагулянты. Еще хуже обстояла ситуация со знанием риска развития возможных кровотечений (7,4%) и необходимости контроля функции почек (3,6%).

Отдельного обсуждения требуют данные, полученные в результате обработки ответов на так называемый “открытый” вопрос. Этот вопрос был представлен для пациентов следующим образом: “Назовите самые важные для Вас на данный момент лекарственные препараты, но не более четырех”. Всего было получено 2628 ответов (3,9 на пациента), результаты представлены в таблице 4.

Полученные ответы объясняют высокую приверженность пациентов к приему различных форм АСК — более 65% указали ее как значимый и важный препарат. Вместе с тем, все респонденты таким же образом охарактеризовали и прием улучшающих функцию головного мозга ЛС, наиболее важным из которых оказался этилметилгидроксипиридина сукцинат (63,9%), и целый ряд других ЛС, относящихся по фармакологическому кодификатору к группам ноотропных, метаболических и антиоксидантных средств.

Годичная летальность от начала инсульта составила 16,0% (106 пациентов, из которых 47 мужчин, средний возраст  $71,8 \pm 2,45$  года), из них 69 умерли в стационаре и 37 на дому. По данным свидетельств о смерти, 69 пациентов (65,1%) умерли от повторного ОНМК, что подтверждено на патологоанатомическом вскрытии, у 17 (16,0%) причина смерти определена как ИМ, у одного пациента (0,9%) — как острая почечная недостаточность, у 4 пациентов (3,8%) — как злокачественное новообразование, в 15 случаях (14,2%) смерть, с учетом клинических проявлений, была расценена как внезапная.

### Обсуждение

Результаты нашего исследования подтверждают данные проведенных ранее исследований о том, что пациенты с ФП, перенесшие инсульт, — это лица преимущественно пожилого возраста, женского пола и со значительным числом сопутствующих заболеваний [19-24]. При ФП риск инсульта у пациентов пожилого возраста ассоциирован с АГ, ИБС, сахарным диабетом, хронической болезнью почек, что дополнительно увеличивает вероятность развития тромбоэмболического события [22]. В исследовании Angeli F, et al. (2014) показано, что АГ является независимым фактором риска развития инсульта при ФП [23]. Более

того, ряд авторов указывают, что именно АГ способствует повышенному риску тромбообразования в ушке левого предсердия, что нередко приводит к инсульту, особенно, у лиц пожилого возраста [24].

Важно, что риск развития кровотечений у этой, соматически сложной, группы пациентов по шкале HAS-BLED составил всего 2 балла, что с учетом высокого риска летального исхода в течение года после ОНМК (16,0%) подчеркивает важность назначения антикоагулянтной терапии на этапе неврологического стационара и последующего контроля выполнения данных рекомендаций на амбулаторном этапе.

Интересно, что почти у четверти обследованных нами пациентов ФП впервые была обнаружена в момент развития ОНМК. С большой вероятностью данный эпизод и явился причиной развития инсульта. Этот факт требует более глубокого изучения, так как ранее не встречался в литературе. В последних Европейских рекомендациях по лечению фибрилляции предсердий был выделен подобный вариант ФП — впервые диагностированная ФП [25].

Приведенные нами данные продемонстрировали существенное изменение стратегии назначения антикоагулянтной терапии в неврологических стационарах, произошедшее в 2014-2015гг, что является результатом многочисленных образовательных программ для врачей. В 2015г доля назначений антиагрегант-

ных препаратов снизилась с 62% до 4%, вместе с тем, реально менее 18% пациентов принимали на амбулаторном этапе показанные (и назначенные) им антикоагулянты. Ранее Sjölander S, et al. также утверждали, что значительное число пациентов с ФП получают АСК, которая у лиц пожилого возраста не обладает должным уровнем профилактической активности и даже ведет к увеличению рисков развития геморрагических осложнений [26].

Анкетирование пациентов продемонстрировало крайне негативную ситуацию с использованием препаратов данной группы для вторичной профилактики инсульта. Только 26,2% пациентов считают ФП фактором риска развития повторного ОНМК и смерти, еще меньше (21,5%) знают о необходимости приема антикоагулянтов, и только 15,4% готовы следовать рекомендациям врача. Amara W, et al. также продемонстрировали в своем исследовании низкую приверженность к антикоагулянтной терапии среди 1147 больных с ФП в восьми странах Европы, имевших по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc более 1 балла — только 33% пациентов получали НПОАК и были достаточно информированы о рисках ФП [27].

Обращает на себя внимание крайне высокая степень приверженности пациентов к приему АСК, а также препаратов, “улучшающих мозговое кровообращение”, не имеющих доказательной базы. Сле-

дует подчеркнуть, что ни один больной по результатам открытого вопроса не назвал какой-либо препарат из группы статинов и только 52 пациента (7,9%) указали на важность приема антикоагулянтов.

### Заключение

Результаты исследования “АПОЛЛОН” позволили оценить приверженность к антикоагулянтной терапии пациентов с ФП, перенесших тромбоэмболическое событие, в реальной клинической практике. Высокий риск летального исхода в течение года после перенесенного ОНМК требует внедрения современных лечебно-реабилитационных и образовательных технологий, в том числе, рассмотрения вопроса обеспечения данной группы больных антикоагулянтными препаратами [28]. Повышение уровня информированности данной группы пациентов, на сегодняшний день, достаточно широко обсуждается в рамках уже проведенных исследований, показывающих недостаточный уровень знаний пациентов о рисках развития инсульта при наличии ФП и необходимость создания обучающих программ для пациентов с ФП [29-32].

**Благодарности.** Мы благодарим медицинский персонал (врачей и медицинских сестер) всех медицинских учреждений г. Самары, активно участвовавших в исследовании.

### Литература

- Camm JA, Singer DE. Device-detected atrial fibrillation and risk for stroke: an analysis of >10,000 patients from the SOS AF project (Stroke preventiOn Strategies based on Atrial Fibrillation information from implanted devices). *Eur Heart J* 2014; 35(8): 508-16.
- Freedman B, Potpara TS, Lip GY. Stroke prevention in atrial fibrillation. *Lancet*. 2016; 20; 388 (10046): 806-17.
- Ahmad Y, Lip GY, Lane DA. Recent developments in understanding epidemiology and risk determinants of atrial fibrillation as a cause of stroke. *Can J Cardiol* 2013; 29 (7 Suppl): 4-13.
- Projections of mortality and causes of death, 2015 and 2030. Available at: [www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/)
- Starodubov VI, Shchepin OP. Public health and health care. National guideline. М.: GEOTAR-Media, 2013. 624. Russian (Стародубов В. И., Щепин О. П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство М.: GEOTAR-Media, 2013. 624).
- Sanchez-Larsen A, Garcia-Garcia J, Ayo-Martin O, et al. Has the aetiology of ischaemic stroke changed in the past decades? Analysis and comparison of data from current and historical stroke databases. *Neurologia* 2016 Sep 16. pii: S0213-4853(16)30168-2. doi: 10.1016/j.nrl.2016.07.003.
- Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. ROCKET AF Investigators. Collaborators (1236). Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365: 883-91.
- Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, for the ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365: 981-92.
- Ezekowitz MD, Connolly S, Parekh A. Rationale and design of RE-LY®: Randomized evaluation of long-term anticoagulant therapy, warfarin, compared with dabigatran. *Am Heart J* 2009; 157(5): 805-10.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. Types of Strokes. Available at: [www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/stroke/types.html](http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/stroke/types.html). Accessed 21 November 2013.
- Steger C, Pratter A, Martinek-Bregel M, et al. Stroke patients with atrial fibrillation have a worse prognosis than patients without: data from the Austrian Stroke Registry. *Eur Heart J* 2004; 25: 1734-40.
- Saxena R, Lewis S, Berge E, et al. Risk of early death and recurrent stroke and effect of heparin in 3169 patients with acute ischemic stroke and atrial fibrillation in the international stroke trial. *Stroke* 2001; 32: 2333-7.
- Olavarria VV, Delgado I, Hoppe A, et al. Validity of the NIHSS in predicting arterial occlusion in cerebral infarction is time-dependent. *Neurology* 2011; 76: 62-8.
- Maas MB, Furie KL, Lev MH, et al. National Institutes of Health Stroke Scale score is poorly predictive of proximal occlusion in acute cerebral ischemia. *Stroke* 2009; 40: 2988-93.
- Pisters R, Lane DA, Nieuwlaar R, et al. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: The Euro Heart Survey. *Chest* 2010; 138 (5): 1093.
- Boriani G, Diemberger I, Biffi M, et al. Balancing the risk of hemorrhage vs thromboembolism in patients with atrial fibrillation: how to navigate between Scylla and Charybdis? *Chest* 2010; 138 (5): 1032-3. doi: 10.1378/chest.10-0808.
- Camm J, Lip GY, De Caterina R. 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 European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2012; 33: 2719-47.
- Lip GY, Frison L, Halperin JL, et al. Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: the HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57(2): 173-80.
- He Boriani G, Glotzer TV, Santini M, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. *Eur Heart J* 2006; 27: 949-53.
- Lip GY, Nieuwlaar R, Pisters R, et al. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Chest* 2010; 137: 263-72.

За уточнением информации по остальным источникам просим обращаться к авторам статьи по электронной почте: [zolotovskay@list.ru](mailto:zolotovskay@list.ru)