



© CC Коллектив авторов, 2022
УДК [616.831-005.1-02 : 616.125-008.313.2] : 615.273.53
DOI: 10.24884/1607-4181-2022-29-2-58-67

Е. И. Баранова, В. А. Ионин*, О. И. Близнюк, В. А. Павлова, Д. С. Скуридин,
О. С. Колесник, А. А. Кацап

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

ПРИЧИНЫ ОТКАЗА ОТ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В СТАЦИОНАРЕ БОЛЬНЫМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ИНСУЛЬТА: КАКОЙ ДОЛЖНА БЫТЬ ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ЭТИХ ПАЦИЕНТОВ?

Поступила в редакцию 20.03.2022 г.; принята к печати 23.05.2022 г.

Резюме

Цель — определить причины отказов от назначения антикоагулянтной терапии (АКТ) в терапевтическом стационаре больным с фибрилляцией предсердий (ФП) и высоким риском инсульта и обсудить оптимальную тактику антитромботической терапии.

Методы и материалы. Ретроспективный анализ 1307 историй болезней пациентов с ФП, госпитализированных в университетскую терапевтическую клинику в 2014 – 2018 гг. Изучены причины отказов от назначения АКТ у больных с высоким риском инсульта и приведена оптимальная антитромботическая терапия.

Результаты. Антикоагулянты не были назначены 109 (9,7 %) госпитализированным пациентам из 1128 больных с ФП без механических протезов клапанов и митрального стеноза с высоким риском инсульта ((4,5±1,1) балла по шкале CHA₂DS₂VASc). Риск кровотечений – (1,6±0,1) балла (шкала HAS-BLED), возраст пациентов – (73,8±10,4) года. С 2014 по 2018 г. частота отказов от назначения АКТ при наличии показаний снизилась в 3,7 раза – с 47/205 (22,9 %) в 2014 г. до 11/178 (6,2 %) в 2018 г. (p=0,001). В целом за пять лет наблюдений субъективными причинами отказа от назначения АКТ служили отсутствие оценки риска инсульта (78,0 %), старческий возраст и наличие деменции (42,2 %), первый пароксизм ФП (22,9 %), в том числе на фоне инфаркта миокарда и операции на сердце, планируемое хирургическое лечение, эффективная радиочастотная абляция и отказ больного. Объективные (чаще временные) причины отказов от АКТ: тяжелая и средней тяжести анемия в сочетании с другими причинами (24,8 %), недавнее кровотечение (11,9 %), заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), предрасполагающие к кровотечениям (9,2 %), онкопатология (12,8 %), терминальная стадия хронической болезни почек (2,8 %) и значимая тромбоцитопения (2,8 %). Нередко различные причины отказов от АКТ сочетались.

Заключение. У пациентов с ФП и высоким риском инсульта частота отказов от назначения АКТ снизилась с 2014 по 2018 г. в 3,7 раза. В 2014 г. самые частые причины отказов от АКТ – отсутствие оценки риска инсульта и старческий возраст, а в 2017 – 2018 гг. – старческий возраст, первый пароксизм ФП, эффективная радиочастотная абляция, анемия, недавнее кровотечение и наличие патологии ЖКТ, предрасполагающей к кровотечению.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, риск инсульта, антикоагулянты

Для цитирования: Баранова Е. И., Ионин В. А., Близнюк О. И., Павлова В. А., Скуридин Д. С., Колесник О. С., Кацап А. А. Причины отказа от назначения антикоагулянтов в стационаре больным с фибрилляцией предсердий и высоким риском инсульта: какой должна быть оптимальная тактика ведения этих пациентов?. *Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова.* 2022;29(2):58 – 67. DOI: 10.24884/1607-4181-2022-29-2-58-67.

* **Автор для связи:** Валерий Александрович Ионин, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России, 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8. E-mail: ionin.v.a@gmail.com.

Elena I. Baranova, Valerii A. Ionin*, Olga I. Bliznyuk, Viktoriia A. Pavlova, Daniil S. Skuridin, Olga S. Kolesnik, Anna A. Katsap

Pavlov University, Saint Petersburg, Russia

REASONS FOR NOT PRESCRIBING ANTICOAGULANTS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND HIGH RISK OF STROKE: WHAT SHOULD BE THE OPTIMAL MANAGEMENT TACTICS FOR THESE PATIENTS?

Received 20.03.2022; accepted 23.05.2022

Summary

The **objective** of our study was to determine the reasons for not prescribing anticoagulant therapy (ACT) in the therapeutic department of university clinic for patients with atrial fibrillation (AF) and a high risk of stroke and to discuss the optimal management of these patients.

Methods and materials. A retrospective analysis of 1307 case histories of AF patients admitted to a university therapeutic clinic from 2014 to 2018 presented. The reasons for not prescribing ACT to patients with AF and high risk of stroke and optimal ACT discussed.

Results. ACT was not prescribed to 109 (9.7 %) hospitalized patients out of 1128 patients with AF without prosthetic valves and mitral stenosis who had a high risk of stroke (4.5 ± 1.1) points on the CHA₂DS₂-VASc scale). The risk of bleeding — (1.6 ± 0.1) (HAS-BLED). The age of patients was (73.8 ± 10.4) years. From 2014 to 2018, the frequency of unjustified non-prescribing ACT decreased by 3.7 times — from 47/205 (22.9 %) in 2014 to 11/178 (6.2 %) in 2018 ($p = 0.001$). In general, over 5 years of observations, subjective reasons for not prescribing ACT were: lack of stroke risk assessment (78.0 %), senile age of patients and the presence of dementia (42.2 %), the first paroxysm of AF (22.9 %) during myocardial infarction and heart surgery, planned surgical treatment, effective radiofrequency ablation and patient refusal. Objective (usually transient) reasons for not prescribing ACT were: severe and moderate anemia (24.8 %), recent bleeding (11.9 %), gastrointestinal diseases predisposing to bleedings (9.2 %), oncology (12.8 %), end-stage chronic kidney disease (2.8 %), thrombocytopenia (2.8 %). Often various reasons for not prescribing ACT were combined.

Conclusion. In patients with AF and a high risk of stroke, the incidence of not prescribing ACT decreased by 3.7 times from 2014 to 2018. In 2014, the most common reasons for not prescribing ACT were the lack of stroke risk assessment and the senile age of patients, and in 2017 – 2018 - senile age, the first paroxysm of AF, effective radiofrequency ablation, anemia, recent bleeding, and gastrointestinal diseases predisposing to bleedings.

Keywords: atrial fibrillation, stroke risk, anticoagulants

For citation: Baranova E. I., Ionin V. A., Bliznyuk O. I., Pavlova V. A., Skuridin D. S., Kolesnik O. S., Katsap A. A. Reasons for not prescribing anticoagulants in hospitalized patients with atrial fibrillation and high risk of stroke: what should be the optimal management tactics for these patients?. *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2022;29(2):58–67. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2022-29-2-58-67.

* **Corresponding author:** Valerii A. Ionin, Pavlov University, 6-8, L'va Tolstogo str., Saint Petersburg, 197022, Russia. E-mail: ionin.v.a@gmail.com.

ВВЕДЕНИЕ

Фибрилляция предсердий (ФП) — частая аритмия, встречающаяся у 2–4 % взрослых [1]. ФП увеличивает риск смерти в 3,5 раза, а риск инсульта — в 5 раз [2, 3]. Высокий риск инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc — показание для назначения антикоагулянтов при отсутствии абсолютных противопоказаний [1]. Противопоказания для терапии антикоагулянтами: активное тяжелое кровотечение, тромбоцитопения (менее 20 тыс./мкл), тяжелая анемия, причина которой уточняется, недавнее кровотечение высокого риска (внутричерепное) [1].

Антикоагулянтная терапия (АКТ) снижает риск инсульта и системных эмболий, но увеличивает риск кровотечений. Безопасность АКТ у больных ФП при использовании прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК), в сравнении с антагонистами витамина К (АВК), выше, однако в клинической практике частота назначения АКТ у больных ФП по-прежнему остается неоправданно невысокой [4]. Среди больных ФП, перенесших инсульт, 35,4 % не получают антикоагулянты, и большинству этих больных (64 %) врачи назначают антиагреганты [5].

Каковы причины отказа от назначения эффективной терапии, предупреждающей инсульт, у больных ФП высокого риска, какова тактика оптимальной антитромботической терапии? Этой проблеме посвящено данное исследование.

Цель исследования — определить причины отказов от назначения антикоагулянтной терапии больным с ФП и высоким риском инсульта в стационаре терапевтического профиля и обсудить оптимальную антитромботическую терапию.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

Ретроспективный анализ 1307 историй болезней пациентов с ФП, госпитализированных в клинику терапии факультетской (отделения кардиологии и терапии) ПСПбГМУ им. И. П. Павлова в 2014–2018 гг. В анализ включены данные 1128 пациентов без механических протезов клапанов и митрального стеноза с высоким риском инсульта (≥ 2 баллов у мужчин и ≥ 3 баллов у женщин по шкале CHA₂DS₂-VASc), у которых оценена обоснованность назначения АКТ. Детальный анализ 129 историй болезней пациентов, которым не была

назначена АКТ, показал, что истории болезней принадлежали 109 больным, 14 из которых в течение пяти лет были госпитализированы повторно, в том числе 9 пациентов госпитализированы дважды, 4 пациента — трижды, а 1 больная — 4 раза. Изучены причины отказа от назначения АКТ. Разработана единая информационная база, в которую были внесены клинические данные о пациентах. Приведены современные рекомендации по ведению пациентов с ФП и высоким риском инсульта в сложных клинических ситуациях. Результаты анализа распространенности представлены в виде $n/n_{\text{общ}}$ (%), где n — число больных с указанным признаком, $n_{\text{общ}}$ — общее число пациентов, у которых оценивали данный признак; % — процентная доля из общего числа обследованных. Показатели с нормальным распределением указаны в виде среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Сравнение частотных величин проводили с помощью χ^2 -критерия Пирсона. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$. Статистический анализ был выполнен с помощью лицензированного программного обеспечения «StatPlus: mac Pro» (AnalystSoft Inc.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика пациентов с ФП, госпитализированных в стационар терапевтического профиля, приведена в таблице. Из 1128 пациентов с ФП и высоким риском инсульта без механических протезов клапанов сердца и без митрального стеноза АКТ не была назначена 109 (9,7 %) больным, среди них 51,4 % женщин и 48,6 % мужчин, возраст — $(73,8 \pm 10,4)$ года. Риск инсульта и системных эмболий — $(4,5 \pm 1,1)$ балла ($\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$), риск кровотечений — $(1,6 \pm 1,1)$ балла (HAS-BLED). В период с 2014 по 2018 г. (за исключением 2017 г.) ежегодные средние значения показателя, характеризующего риск инсульта, были выше 4 баллов. Риск кровотечения был низким, средние значения этого показателя по годам были менее 2 баллов.

Среди причин отказа от назначения АКТ можно выделить субъективные, зависящие от действий или мнения врача и от желания пациентов, и объективные, наличие которых является противопоказанием (постоянным или временным) для терапии антикоагулянтами.

Субъективные причины отказа от назначения ОАК: отсутствие в истории болезни информации об оценке риска инсульта по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ и отсутствие информации об обсуждении целесообразности АКТ — у 78,0 % больных, старческий возраст — у 42,2 % пациентов, когнитивные расстройства и деменция — у 6,4 %, единственный пароксизм ФП — у 22,9 %, в том числе на фоне инфаркта миокарда/нестабильной стенокардии — у 12,8 % больных или в периоперационном/перипроцедурном периоде (на фоне аортокоронарного шунтирования,

чрескожного коронарного вмешательства) — у 8,3 % пациентов, трепетание, а не ФП — 9,2 %, отказ пациента или его родственников от АКТ — у 9,2 %, планируемое хирургическое вмешательство — у 7,3 % и состояние после эффективной изоляции устьев легочных вен (отсутствие пароксизмов ФП после вмешательства) — у 5,5 % (таблица).

Объективные причины отказа от назначения ОАК (наличие постоянных или временных противопоказаний) следующие: анемия — у 24,8 % больных, в том числе у 5,5 % больных тяжелой степени, а у 19,3 % пациентов — средней тяжести. Анемия нередко была осложнением массивного кровотечения или заболевания, предрасполагающего к хронической кровопотере (рак толстой кишки, рак почки, рак мочевого пузыря, язва или эрозии желудка, пищевода, двенадцатиперстной кишки, геморрой), либо анемия была осложнением хронической болезни почек (ХБП) 4–5-й стадии, или сочеталась с тяжелой тромбоцитопенией (40 тыс. Ед./мкл) при V_{12} -дефицитной анемии. В 1 случае причина анемии не была установлена в связи с тяжестью состояния больной (тяжелая деменция). Другие объективные причины отказа от АКТ — недавнее тяжелое или клинически значимое кровотечение — у 11,9 % пациентов, в том числе внутричерепная геморрагия — у 1 больного (0,9 %). Среди причин кровотечений следует назвать рак легкого, легочное кровотечение на фоне терапии Варфарином с последующей отменой ОАК и отказом больного от продолжения АКТ. У 1 пациента на фоне лечения Варфарином наблюдалось рецидивирующее геморроидальное кровотечение, потребовавшее переливания эритроцитарной массы, лигирования геморроидальных узлов. АКТ не была возобновлена из-за диагностированной ХБП 4-й стадии и отказа больного. У 3 больных наблюдалась макрогематурия: у 1 пациента — на фоне мочекаменной болезни и после ампутации полового члена по поводу рака, пациент отказался от АКТ; у 1 больной после резекции желудка по поводу рака наблюдался геморрагический цистит, больная отказалась от АКТ, и у 1 пациента рецидивировали эпизоды макрогематурии на фоне Варфарина, Аликсабана и Ривароксабана, требовавшие трансфузий эритроцитарной массы, в последующем пациент отказался от АКТ. У пациентки 87 лет на фоне лечения Дабигатраном этексилатом наблюдалось кишечное кровотечение после фиброколоноскопии, выполненной в связи с железодефицитной анемией средней тяжести, источник кровотечения не был обнаружен, эндоскопическая колоноскопия без патологии. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), предрасполагающая к кровотечениям (язва, эрозивный эзофагит, эрозивный гастрит или эрозивный дуоденит), диагностирована у 9,2 % пациентов.

Онкологическая патология была причиной отказа от АКТ у 12,8 % больных, среди них злокачествен-

Характеристика пациентов и причины отказа от назначения антикоагулянтов больным с фибрилляцией предсердий и высоким риском инсульта, госпитализированным в терапевтическую клинику в 2014–2018 гг.**Characteristics of patients and reasons for not prescribing anticoagulants to patients with atrial fibrillation and high risk of stroke hospitalized in a therapeutic clinic in 2014–2018**

Показатель	Всего	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	Значимость различий, р
Больные с ФП и высоким риском инсульта, n	1128	205	275	198	272	178	p>0,05
Возраст, лет	(73,8±10,4)	(75,8±9,1)	(74,8±8,3)	(71,4±9,5)	(66,6±10,1)	(75,7±9,1)	p>0,05
Риск инсульта по шкале CHA2DS2-VASc, баллы	(4,5±1,1)	(5,2±0,9)	(4,9±1,1)	(4,1±0,8)	(3,8±0,9)	(4,5±1,1)	p<0,05
Риск кровотечений по шкале HAS-BLED, баллы	(1,6±0,1)	(1,9±0,1)	(1,6±0,1)	(1,3±0,1)	(1,0±0,1)	(1,5±0,1)	p<0,05
Больные с ФП и высоким риском инсульта, которым не была назначена АКТ, n (%)	109/1128 (9,7)	47/205 (22,9)	22/275 (8,0)	16/198 (8,1)	13/272 (4,8)	11/178 (6,2)	p<0,05

Субъективные причины отказа от назначения антикоагулянтов

Не сосчитаны баллы по шкале CHA2DS2-VASc, n (%)	85/109 (78,0)	43/47 (91,5)	18/22 (81,8)	12/16 (75,0)	8/13 (61,5)	4/11 (36,4)	p<0,05
Возраст ≥75 лет, n (%)	46/109 (42,2)	19/47 (40,4)	10/22 (45,5)	7/16 (43,8)	4/13 (30,8)	6/11 (54,5)	p>0,05
Деменция, n (%)	7/109 (6,4)	3/47 (6,4)	2/22 (9,1)	1/16 (6,2)	0/13 (0)	1/11 (9,1)	p>0,05
1-й пароксизм ФП, n (%)	25/109 (22,9)	7/47 (14,9)	3/22 (13,6)	8/16 (50,0)	3/13 (23,1)	4/11 (36,4)	p<0,05
1-й пароксизм ФП на фоне ОКС, n (%)	14/109 (12,8)	6/47 (12,8)	3/22 (13,6)	2/16 (12,5)	2/13 (15,4)	1/11 (9,1)	p>0,05
1-й пароксизм на фоне АКШ, ЧКВ, n (%)	9/109 (8,2)	4/47 (10,6)	1/22 (4,5)	1/16 (6,2)	2/13 (15,4)	1/11 (9,1)	p>0,05
Трепетание предсердий, n (%)	10/109 (9,2)	5/47 (6,4)	2/22 (9,1)	3/16 (18,7)	0/13 (0)	0/11 (0)	p<0,05
Планируемая операция, n (%)	8/109 (7,3)	3/47 (6,4)	3/22 (13,6)	2/16 (12,5)	0/13 (0)	0/11 (0)	p<0,05
Эффективная РЧА, нет пароксизмов ФП, n (%)	6/109 (5,5)	0/47 (0)	0/22 (0)	0/16 (0)	5/13 (38,5)	1/11 (9,1)	p<0,05
Отказ больного или его родственников от АКТ, n (%)	10/109 (9,2)	3/47 (6,4)	3/22 (13,6)	1/16 (6,25)	1/13 (7,7)	2/11 (18,2)	p>0,05

Объективные (постоянные и временные) причины отказа от назначения антикоагулянтов

Анемия тяжелая или средней степени тяжести, n (%)	27/109 (24,8)	10/47 (21,3)	7/22 (31,8)	6/16 (37,5)	0/13 (0)	4/11 (45,5)	p>0,05
Кровотечения в анамнезе, n (%)	13/109 (11,9)	6/47 (12,8)	2/22 (9,1)	0/16 (0)	2/13 (15,4)	3/11 (36,4)	p<0,05
Внутричерепное кровотечение, n (%)	1/109 (0,9)	0/47 (0)	0/22 (0)	0/16 (0)	0/13 (0)	1/11 (9,1)	p>0,05
Онкологическая патология, n (%)	14/109 (12,8)	5/47 (10,6)	4/22 (18,1)	2/16 (12,5)	1/13 (7,7)	2/11 (18,2)	p>0,05
Язва, эрозии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, n (%)	10/109 (9,2)	—	2/22 (9,1)	3/16 (18,7)	0/13 (0)	5/11 (45,5)	p<0,05
ХБП 4–5 стадий, n (%)	8/109 (7,3)	4/47 (8,5)	2/22 (9,1)	1/16 (6,25)	0/13 (0)	1/11 (9,1)	p>0,05
Тромбоцитопения менее 50 тыс. Ед./мкл, n (%)	3/109 (2,8)	0/47 (0)	0/22 (0)	2/16 (12,5)	0/13 (0)	1/11 (9,1)	p<0,05
Цирроз печени, стадия С по Чайлд – Пью, n (%)	1/109 (0,9)	1/47 (2,1)	0/22 (0)	0/16 (0)	0/13 (0)	0/11 (0)	p>0,05

ные новообразования желудочно-кишечного тракта наблюдались у 3,7 % пациентов, в том числе рак толстой кишки — у 2,8 % больных и рак поджелудочной железы — у 1 пациента (0,9 %). У 10 больных диагностированы злокачественные новообразования других локализаций, в том числе рак легкого — у 5,5 % больных, рак молочной железы (1,8 %) — у 2 (1,8 %) пациенток, рак почки (1,8 %) — у 1 (0,9 %) больной и рак мочевого пузыря — у 1 (1,8 %) (0,9 %) пациента.

Среди больных с опухолями, локализующимися вне ЖКТ, метастазирование в печень, в головной мозг и в легкие с распадом выявлены у 3,7 % пациентов, а опухоли почки и мочевого пузыря были диагностированы у больных с макрогематурией. У 4 онкологических больных планировалось хирургическое лечение, и АКТ была временно отложена.

Хроническая болезнь почек 5-й стадии (абсолютное противопоказание для ПОАК) выявлена

у 2,8 % больных, ХБП 4-й стадии (относительное противопоказание для ПОАК) — у 4,6 % пациентов, в том числе у больного с раком мочевого пузыря, у пациента с рецидивирующими геморроидальными кровотечениями и макрогематурией на фоне геморрагического цистита, у больной 80 лет с критическим аортальным стенозом, которой планировалось хирургическое лечение, у пациентки с амилоидозом и у больной 93 лет с V_{12} -дефицитной анемией, родственники которой отказались от АКТ. Объективными причинами отказа от назначения АКТ были также тяжелая тромбоцитопения (менее 50 тыс./мкл) — у 2,8 % больных и цирроз печени, стадия С по шкале Чайлд — Пью — у 1 пациента (0,9 %).

Следует отметить, что число субъективных причин отказа от назначения АКТ было значительно больше, чем объективных (220 и 77 соответственно, $p = 0,01$). У многих пациентов с ФП и высоким риском инсульта, которым не была назначена АКТ, наблюдалось несколько факторов, повлиявших на отказ от назначения антикоагулянтов, объективные и субъективные причины нередко сочетались.

Анализ динамики отказа от назначения АКТ больным с ФП и высоким риском инсульта показал, что с 2014 по 2018 г. число таких случаев уменьшилось в 3,7 раза — с 22,9 % в 2014 г. до 4,8 % в 2017 г. ($p = 0,001$) и 6,2 % в 2018 г. ($p = 0,001$). В историях болезней в 2014 г. отсутствовала информация о подсчете баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc у 43 больных из 47 тех, кому не назначена АКТ (91,5 %), а в 2018 г. — лишь у 4 из 11 пациентов, кому не назначена АКТ (36,4 %). Однако в 2017–2018 гг. некоторые больные с ФП и высоким риском инсульта по-прежнему не получали АКТ, чаще это были пациенты старческого возраста, больные с первым пароксизмом ФП, в том числе на фоне ОКС, и в периоперационном или раннем послеоперационном периоде после операции на сердце, после эффективной радиочастотной абляции (РЧА) устьев легочных вен, в случае отказа пациента или родственников больного старческого возраста от АКТ.

Среди пациентов с ФП и высоким риском инсульта, госпитализированных в терапевтическую клинику университета за 5-летний период (2014–2018), антикоагулянты не были назначены 9,7 % больных, что согласуется с данными литературы [4, 6]. Существуют субъективные и объективные причины отказа от АКТ, причем субъективные, по нашим данным, встречались почти в 3 раза чаще, чем объективные. У многих пациентов наблюдалось сочетание объективных и субъективных факторов.

Субъективные причины отказа от назначения АКТ

Отсутствие оценки риска инсульта (по подсчета баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc). В нашем исследовании оценка риска инсульта в историях болезней пациентов, которые не получали АКТ, в 2014 г. от-

сутствовала у 91,5 % больных, а в 2018 г. — у 36,4 %. У пациентов с ФП без механических протезов клапанов и тяжелого/умеренного митрального стеноза следует оценить риск инсульта по шкале CHA_2DS_2-VASc для решения вопроса о необходимости АКТ; при наличии ≥ 2 баллов у мужчин и ≥ 3 баллов у женщин АКТ, несомненно, показана при отсутствии противопоказаний, а при 1 балле у мужчин и 2 баллах у женщин АКТ следует рассмотреть [1, 7, 8].

Старческий возраст, когнитивные нарушения, деменция. Старческий возраст (75 лет и старше) — один из наиболее частых факторов (42,2 %), ассоциированных с отказом от АКТ в нашем исследовании. Частота ФП прогрессивно увеличивается с возрастом, к 2050 г. в мире 4,4 % людей будут старше 80 лет [9]. АКТ у людей старческого возраста с ФП особенно актуальна, так как вероятность инсульта при ФП прогрессивно увеличивается с возрастом. Применение ПОАК улучшило ситуацию с назначением ОАК пожилым, но 30 % больных старческого возраста с высоким риском инсульта по-прежнему не получают АКТ [10]. Рандомизированные клинические исследования (РКИ) с ПОАК и ФП включали в себя от 31 до 43 % пациентов старческого возраста, а частота инсульта на фоне ПОАК у пожилых снижалась так же, как и у более молодых больных. Доказано, что исходы у пожилых с ФП лучше на фоне ОАК, чем без АКТ, и лучше на ПОАК, чем на фоне АВК [11]. ФП повышает риск когнитивных нарушений, которые возникают вследствие кардиоэмболических инсультов и микротромбоэмболий при ФП, а использование ОАК ассоциировано со снижением риска деменции [12]. Когнитивные нарушения — не повод для отказа от ОАК при ФП, у пожилых следует минимизировать риск падений и обеспечить оптимальную приверженность к АКТ [8].

Первый (единственный) пароксизм ФП, в том числе ассоциированный с ОКС и с реваскуляризацией миокарда. После первого эпизода ФП 22,9 % пациентам с ФП и высоким риском инсульта АКТ не была назначена, что согласуется с данными литературы [13]. Профилактика инсульта у пациентов с впервые выявленной ФП аналогична АКТ у больных с другими формами ФП и определяется риском инсульта [1]. Нередко первый эпизод ФП возникает на фоне ОКС. В Российской Федерации частота ФП при ОКС достигает 18 % [14]. Если ФП впервые возникает в течение 1-го года после ОКС, то АКТ определяется риском инсульта, который при ишемической болезни сердца (ИБС) обычно высокий, и таким больным следует начать двойную или тройную антитромботическую терапию, характер и длительность которой зависят от риска тромбоза и кровотечения [8].

ФП в раннем послеоперационном периоде после операций на сердце встречается у 20–50 % больных [1, 15], а в нашем исследовании — у 8,2 %

пациентов, которым не была назначена АКТ. Длительная АКТ может быть рассмотрена у пациентов с высоким риском инсульта и с ФП, впервые возникшей при операции на сердце или в раннем послеоперационном периоде (IIb, B), так как у таких пациентов кратковременный и долгосрочный риск инсульта повышен [1, 16], а ФП, впервые возникшая в пери/послеоперационном периоде, в последующем нередко рецидивирует.

Трепетание предсердий. Изолированная форма ТП нами зарегистрирована у 9,2 % пациентов с высоким риском инсульта, которым АКТ не была назначена. Существует точка зрения, что ТП реже осложняется инсультом, чем ФП, и иногда врачи не назначают антикоагулянты при ТП. Современные рекомендации постулируют, что тактика АКТ при ТП не отличается от ФП [8].

Планируемое хирургическое вмешательство. В нашем исследовании 7,3 % больных с ФП и высоким риском инсульта планировалось хирургическое лечение, и АКТ не была назначена. При плановой операции подход должен быть дифференцированным, основанным на оценке соотношения риска тромбоза и геморрагии. Вмешательства с низким риском кровотечений (экстракция зубов, процедуры на каналах корня зуба, небольшие дерматологические операции, лечение катаракты), а также некоторые вмешательства (коронароангиография, чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) лучевым доступом, имплантация кардиостимулятора, катетерные вмешательства при ТП/ФП) могут быть выполнены без отмены АКТ [7]. Вмешательства с умеренным/высоким риском кровотечения требуют временной отмены АКТ [7]. После операции с низким риском кровотечения АКТ можно возобновить через 24 ч, а при умеренном и высоком риске кровотечений — через 48–72 ч при наличии эффективного гемостаза [7, 8].

Эффективная изоляция устьев легочных вен. У 5,5 % больных с высоким риском инсульта АКТ не была назначена из-за отсутствия ФП после радиочастотной абляции. После РЧА следует проводить АКТ в течение 2 месяцев, после чего эту терапию нужно продолжать неопределенно долго при высоком риске инсульта и при отсутствии противопоказаний [7, 17, 18].

Объективные (чаще временные) причины отказа от назначения АКТ

Анемия тяжелая или средней тяжести, в том числе неясной этиологии. Тяжелая анемия выявлена нами у 5,5 % пациентов с ФП, которым не была назначена АКТ, а анемия средней тяжести — у 19,3 % пациентов. Рекомендации постулируют, что тяжелая анемия, особенно если причина ее не ясна, является противопоказанием для АКТ [1]. АКТ у больных ФП с тяжелой анемией значительно увеличивает риск кровотечений, но не снижает вероятность тромбоэмболий [20]. Следует проводить

поиск источника скрытых кровотечений, особенно при наличии дефицита железа (видеоэзофагогастроуденоскопия, фиброколоноскопия) [7, 19]. У большинства пациентов причины анемии обратимы, следует временно воздержаться от АКТ, а после диагностики и эффективного лечения начать АКТ.

Кровотечения в анамнезе. В нашем исследовании недавние кровотечения наблюдались у 11,9 % пациентов с ФП, иногда кровотечения возникали на фоне АКТ. Нередко кровотечения были обусловлены онкопатологией, мочекаменной болезнью, патологией ЖКТ. Несмотря на наличие несомненных показаний для АКТ, многие пациенты пожилого возраста, пережившие кровотечение, отказались от последующей АКТ. Для снижения риска кровотечений всем пациентам с анамнезом желудочно-кишечного кровотечения, эрозивно-язвенного поражения пищевода, желудка или двенадцатиперстной кишки рекомендовано проведение видеоэзофагогастроуденоскопии [21]. Если кровотечение возникло на фоне АКТ или до начала терапии, следует оценить его тяжесть, выявить источник и устранить до начала АКТ [7]. Малые кровотечения на фоне АКТ требуют временной отмены терапии (АВК до снижения международного нормализованного отношения <2,0, а ПОАК на 1 день). Важно объяснить пациенту значение приверженности терапии и необоснованность отказа от приема АКТ даже при рецидивах малых кровотечений. При клинически значимых или больших кровотечениях, угрожающих жизни пациента, рекомендовано оценить возможность возобновления АКТ с участием специалистов [7].

Ведение больных с ФП, получающих АКТ после кровотечения [8]:

- 1) обсудить влияние кровотечения на прогноз, рассмотреть риск и пользу АКТ;
- 2) оценить риск повторных кровотечений;
- 3) выявить потенциально модифицируемые факторы риска кровотечений;
- 4) пересмотреть АКТ и выбрать верную дозу ПОАК;
- 5) возобновить АКТ в случае отсутствия абсолютных противопоказаний.

Внутричерепное кровоизлияние (ВЧК) в анамнезе. АКТ не была назначена при ФП лишь 1 пациенту с ВЧК в анамнезе. Рекомендации постулируют, что после ВЧК у пациентов с ФП возобновление АКТ возможно через 4–8 недель при устранении причины кровотечения и коррекции факторов риска [7]. Пациентам с артериальной гипертензией и ФП рекомендован контроль артериального давления, что позволяет снизить риск кровотечений, в том числе ВЧК [7, 22]. Решение о возобновлении АКТ следует принимать мультидисциплинарной командой (невролог, кардиолог, нейрохирург и специалист по нейровизуализации) [7].

Заболевания ЖКТ, предрасполагающие к кровотечениям. Язвы и эрозии пищевода, желудка

и двенадцатиперстной кишки диагностированы нами у 9,2 % больных ФП, которые не получали АКТ. Считаем, что пациентам 65 лет и старше до АКТ следует выполнять видеоэзофагогастродуоденоскопию, так как острые эрозии, язва желудка, двенадцатиперстной кишки, рак желудка и другая патология (часто бессимптомная) обнаруживаются у 45,6 % пациентов с ФП, которым показана АКТ [23]. После эффективного лечения кислотозависимых заболеваний у больных ФП следует начать/возобновить АКТ на фоне ингибиторов протонного насоса.

Онкологическая патология. Ведение таких больных сопряжено с трудностями, учитывая повышенный риск тромбозов и кровотечений. Активный рак диагностирован нами у 12,8 % пациентов, в том числе злокачественные новообразования ЖКТ наблюдались у 3,7 % больных. Наряду с традиционными факторами риска кровотечений, необходимо учитывать факторы, обусловленные онкопатологией (активно кровоточащий рак/рак с высоким риском кровотечений, метастазы в печень и головной мозг), и факторы риска кровотечений, ассоциированные с лечением онкопатологии (хирургическое лечение, лучевая терапия, тромбоцитопения и т. д.) [8]. Для профилактики венозных тромбозов при раке обычно используют низкомолекулярный гепарин. Активный рак ЖКТ — противопоказание для терапии ПОАК, в том числе при ФП. Эксперты считают, что ПОАК можно использовать у больных ФП с онкопатологией, но это решение должно быть принято мультидисциплинарной командой (кардиолог, онколог, гематолог, радиолог и другие специалисты) [8, 24].

Хроническая болезнь почек (ХБП) 4–5-й стадии. ХБП С5 — противопоказание для ПОАК. В нашем исследовании ХБП С5 выявлена у 2,8 % больных, а ХБП С4 — у 4,6 % пациентов с ФП. Часто у них наблюдалась сопутствующая патология, и нередко пациенты старческого возраста или их родственники отказывались от АКТ. Рекомендации гласят, что у пациентов с ХБП С5 и клиренсом креатинина менее 15 мл/мин ПОАК противопоказаны, а по поводу АВК данные немногочисленны [1]. Решение о целесообразности и выборе АКТ у больных с клиренсом креатинина < 15 мл/мин или получающих гемодиализ должно приниматься мультидисциплинарной командой с учетом мнения больного [1, 7]. При ХБП С4 АКТ у пациентов с ФП возможна при тщательном контроле и в сниженных дозах [8].

Тромбоцитопения. Ранее противопоказанием к АКТ было число тромбоцитов менее 100 тыс./мкл, так как это значение было критерием невключения в РКИ с ПОАК. Тромбоцитопения менее 100 тыс./мкл нами выявлена у 2,8 % пациентов. Проспективное исследование, в которое вошли пациенты с ФП и тромбоцитопенией от 50 до 100 тыс./мкл и получавшие сниженные дозы ПОАК, продемонстрировало сопоставимую час-

тоту кровотечений и ишемических инсультов с пациентами с нормальным уровнем тромбоцитов, получавших полные дозы ПОАК [25]. Рекомендации EHRA (2021) расширили показания для ПОАК при тромбоцитопении: при значении от 50 до 100 тыс./мкл лечение ПОАК следует проводить с осторожностью, при тромбоцитах от 20 до 50 тыс./мкл терапия ПОАК возможна в сниженных дозах после решения мультидисциплинарной команды при условии тщательного наблюдения, а при концентрации тромбоцитов менее 20 тыс./мкл терапия ПОАК противопоказана [8].

Частота отказа от назначения антикоагулянтов у больных с ФП и высоким риском инсульта, по нашим данным, за 5-летний период уменьшилась в 3,7 раза. Это обусловлено большей осведомленностью врачей об эффективности АКТ по предупреждению инсультов при ФП и меньшим риском больших кровотечений при применении ПОАК. В последнее время врачи, как правило, тщательно оценивают риск инсульта и взвешивают возможность назначения АКТ при отсутствии абсолютных противопоказаний. По нашему мнению, число баллов по шкалам CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED следует включать в диагноз пациента, так как эта информация мотивирует врача выбрать верную тактику при назначении антикоагулянтов у больных с ФП. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на изучение факторов, ассоциированных с отсутствием назначений АКТ больным с фибрилляцией предсердий и высоким риском инсульта.

ВЫВОДЫ

1. У больных с ФП и высоким риском инсульта в 2014–2018 гг. антикоагулянты в терапевтической клинике не назначались чаще по субъективным причинам, зависящим от мнения врачей, чем по объективным (чаще обратимым причинам).

2. Наиболее часто встречающиеся причины отказов от назначения антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП и высоким риском инсульта: отсутствие оценки риска инсульта по шкале CHA₂DS₂VASc, старческий возраст больных, единственный зарегистрированный пароксизм ФП.

3. Частота необоснованных отказов от назначения антикоагулянтов больным с ФП и высоким риском инсульта за 5-летний период (2014–2018) уменьшилась в 3,7 раза, что следует расценивать как положительную динамику.

Ограничения исследования заключаются в ретроспективном анализе данных историй болезни одной университетской клиники терапевтического профиля и периоде с 2014 по 2018 г.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

- Hindricks G., Potpara T., Dagres N. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-thoracic Surgery (EACTS) // *Eur. Heart J.* – 2020. – № 42. – P. 373–498. Doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
- Magnussen C., Niiranen T. J., Ojeda F. M. et al. Sex differences and similarities in atrial fibrillation epidemiology, risk factors, and mortality in community cohorts: results from the BiomarCaRE consortium (Biomarker for Cardiovascular Risk Assessment in Europe) // *Circulation.* – 2017. – № 136. – P. 1588–1597. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.02898.
- Reiffel J. A. Atrial fibrillation and stroke: epidemiology // *Am. J. Med.* – 2014. – Vol. 127, № 4. – P. PE15-E16. Doi: 10.1016/j.amjmed.2013.06.002.
- Kea B., Waites B. T., Lin A. et al. Practice Gap in Atrial Fibrillation Oral Anticoagulation Prescribing at Emergency Department Home Discharge // *West J. Emerg. Med.* – 2020. – Vol. 21, № 4. – P. 924–934. Doi: 10.5811/westjem.2020.3.45135.
- Creaney C., Barkat K., Durey C. et al. Non-prescription of anticoagulants in patients discharged with stroke and atrial fibrillation // *Br. J. Cardiol.* – 2019. – № 26. – P. 23–26. Doi: 10.5837/bjc.2019.007.
- Pritchett R. V., Bem D., Turner G. M. et al. Improving the Prescription of Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: A Systemic Review // *Thromb. Haemost.* – 2019. – Vol. 119, № 02. – P. 294–307. Doi: 10.1055/s-0038-1676835.
- Клинические рекомендации Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 / одобрено на заседании Научно-практ. совета Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://scardio.org> (дата обращения: 18.04.2022).
- Steffel J., Collins R., Antz M. et al. 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation // *Europace.* – 2021. – № 00. – P. 1–65. Doi: 10.1093/europace/euab065.
- Luy M. A classification of the nature of mortality data underlying the estimates for the 2004 and 2006 United Nations' World Population Prospects // *Comparative Population Studies.* – 2010. – Vol. 35, № 2.
- Fohtung R. B., Novak E., Rich M. W. Effect of new oral anticoagulants on prescribing practices for atrial fibrillation in older adults // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2017. – № 65. – P. 2405–2412. Doi: 10.1111/jgs.15058.
- Bai Y., Guo S. D., Deng H. et al. Effectiveness and safety of oral anticoagulants in older patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-regression analysis // *Age Ageing.* – 2018. – № 47. – P. 9. Doi: doi.org/10.1093/ageing/afx103.
- Kim D., Yang P. S., Jang E. et al. Association of anti-coagulant therapy with risk of dementia among patients with atrial fibrillation // *Europace.* – 2021. – № 23. – P. 184–195. Doi: doi.org/10.1093/europace/euaa192.
- Gulizia M. M., Cemin R., Colivicchi F. et al. BLITZ-AF investigators. Management of atrial fibrillation in the emergency room and in the cardiology ward: the BLITZ-AF study // *Europace.* – 2019. – № 21. – P. 230–238. Doi: doi.org/10.1093/europace/euy166.
- 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. – Т. 59, № 1. – С. 40–48. Doi: doi.org/10.18087/cardio.2019.1.10213.
- Gillinov A. M., Bagiella E., Moskowitz A. J. et al. CTSN. Rate control versus rhythm control for atrial fibrillation after cardiac surgery // *N. Engl. J. Med.* – 2016. – № 374. – P. 1911–1921. Doi: 10.1056/NEJMoal602002.
- Lin M. H., Kamel H., Singer D. E. et al. Perioperative/postoperative atrial fibrillation and risk of subsequent stroke and/or mortality // *Stroke.* – 2019. – № 50. – P. 1364–1371. Doi: doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.023921.
- Kirchhof P., Benussi S., Dipek Kotecha et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS // *European Heart Journal.* – 2016. – Vol. 37, № 38. – P. 2893–2962. Doi: doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210.
- January C. T., Wann L. S., Alpert J. S. et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2014. – № 64. – P. e1–e76. Doi: 10.1016/j.jacc.2014.03.022.
- Urquhart J., Eisen G., Faigel D. O. et al. A closer look at same-day bidirectional endoscopy // *Gastrointest. Endosc.* – 2009. – № 69. – P. 271–277. Doi: doi.org/10.1016/j.gie.2008.04.063.
- Bonde A. N., Blanche P., Staerk L. et al. Oral anticoagulation among atrial fibrillation patients with anaemia; an observational cohort study // *Eur. Heart J.* – 2019. – Vol. 40, № 46. – P. 3782–3790. Doi: doi.10.1093/eurheartj/ehz155.
- Панченко Е. П. Анти тромботическая терапия в кардиологии. – М.: Ремедиум, 2019. – 255 с.
- Woo D., Haverbusch M., Sekar P. et al. Effect of Untreated Hypertension on Hemorrhagic Stroke // *Stroke.* – 2004. – № 35. – P. 1703–1708. Doi: doi.org/10.1161/01.STR.0000130855.70683.c8.
- Баранова Е. И., Филатова А. Г., Ионин В. А. Как снизить риск желудочно-кишечных кровотечений на фоне антикоагулянтной терапии у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий? // *Рос. кардиолог. журн.* – 2017. – Т. 10, № 150. – С. 124–132. Doi: doi.org/10.15829/1560-4071-2017-10-124-132.
- Zamorano J. L., Lancelotti P., Rodriguez Munoz D. et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: the Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* – 2016. – № 37. – P. 2768–2801. Doi: doi.org/10.1093/eurheartj/ehw211.
- Janion-Sadowska A., Papuga-Szela E., Lukaszuk R. et al. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients

with atrial fibrillation and thrombocytopenia // *J. Cardiovasc. Pharmacol.* – 2018. – № 72. – P. 153–160. Doi: 10.1097/FJC.0000000000000607.

REFERENCES

- Hindricks G., Potpara T., Dagres N. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-thoracic Surgery (EACTS) // *Eur Heart J.* 2020;(42):373–498. Doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612.
- Magnussen C., Niiranen T. J., Ojeda F. M. et al. Sex differences and similarities in atrial fibrillation epidemiology, risk factors, and mortality in community cohorts: results from the BiomarkerCaRE consortium (Biomarker for Cardiovascular Risk Assessment in Europe) // *Circulation.* 2017;(136):1588–1597. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.117.02898.
- Reiffel J. A. Atrial fibrillation and stroke: epidemiology // *Am J Med.* 2014;127(4):PE15–E16. Doi: 10.1016/j.amjmed.2013.06.002.
- Kea B., Waites B. T., Lin A. et al. Practice Gap in Atrial Fibrillation Oral Anticoagulation Prescribing at Emergency Department Home Discharge // *West J. Emerg. Med.* 2020;21(4):924–934. Doi: 10.5811/westjem.2020.3.45135.
- Creaney C., Barkat K., Durey C. et al. Non-prescription of anticoagulants in patients discharged with stroke and atrial fibrillation // *Br. J. Cardiol.* 2019;(26):23–26. Doi: 10.5837/bjc.2019.007.
- Pritchett R. V., Bem D., Turner G. M. et al. Improving the Prescription of Oral Anticoagulants in Atrial Fibrillation: A Systemic Review // *Thromb Haemost.* 2019;119(02):294–307. Doi: 10.1055/s-0038-1676835.
- Clinical guidelines Atrial fibrillation and flutter. 2020. Approved at a meeting of the Scientific and Practical Council of the Ministry of Health of the Russian Federation. Available at: <https://scardio.org> (accessed: 18.04.2022).
- Steffel J., Collins R., Antz M. et al. 2021 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the Use of Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants in Patients with Atrial Fibrillation // *Europace.* 2021;(00):1–65. Doi: 10.1093/europace/eaab065.
- Luy M. A classification of the nature of mortality data underlying the estimates for the 2004 and 2006 United Nations' World Population Prospects // *Comparative Population Studies.* 2010;35(2).
- Fohtung R. B., Novak E., Rich M. W. Effect of new oral anticoagulants on prescribing practices for atrial fibrillation in older adults // *J Am Geriatr Soc.* 2017;(65):2405–2412. Doi: 10.1111/jgs.15058.
- Bai Y., Guo S. D., Deng H. et al. Effectiveness and safety of oral anticoagulants in older patients with atrial fibrillation: a systematic review and meta-regression analysis // *Age Ageing.* 2018;(47):9. Doi: doi.org/10.1093/ageing/afx103.
- Kim D., Yang P. S., Jang E. et al. Association of anticoagulant therapy with risk of dementia among patients with atrial fibrillation // *Europace.* 2021;(23):184–195. Doi: doi.org/10.1093/europace/eaab192.
- Gulizia M. M., Cemin R., Colivicchi F., De Luca L., Di Lenarda A. et al. BLITZ-AF investigators. Management of atrial fibrillation in the emergency room and in the cardiology ward: the BLITZ-AF study // *Europace.* 2019;(21):230–238. Doi: doi.org/10.1093/europace/euy166.
- Baturina O. A., Andreev D. A., Ananicheva N. A., Gilyarov M. Yu., Sychev D. A., Syrkin A. L., Shchekochihin D. Yu. Prevalence of Atrial Fibrillation and use of Oral Antithrombotic Therapy in Patients with Acute Coronary Syndrome // *Kardiologiia.* 2019;59(1):40–48. (In Russ.). Doi: doi.org/10.18087/cardio.2019.1.10213.
- Gillinov A. M., Bagiella E., Moskowitz A. J. et al. CTSN. Rate control versus rhythm control for atrial fibrillation after cardiac surgery // *N Engl J Med.* 2016;(374):1911–1921. Doi: 10.1056/NEJMoa1602002.
- Lin M. H., Kamel H., Singer D. E. et al. Perioperative/postoperative atrial fibrillation and risk of subsequent stroke and/or mortality // *Stroke.* 2019;(50):1364–1371. Doi: doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.023921.
- Kirchhof P., Benussi S., Di Pasquale T. et al. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS // *European Heart Journal.* 2016;37(38):2893–2962. Doi: doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210.
- January C. T., Wann L. S., Alpert J. S. et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society // *J Am Coll Cardiol.* 2014;(64):e1–e76. Doi: 10.1016/j.jacc.2014.03.022.
- Urquhart J., Eisen G., Faigel D. O. et al. A closer look at same-day bidirectional endoscopy // *Gastrointest Endosc.* 2009;(69):271–277. Doi: doi.org/10.1016/j.gie.2008.04.063.
- Bonde A. N., Blanche P., Staerk L. et al. Oral anticoagulation among atrial fibrillation patients with anaemia; an observational cohort study // *Eur Heart J.* 2019;40(46):3782–3790. Doi: doi.org/10.1093/eurheartj/ehz155.
- Panchenko E. P. Antithrombotic therapy in cardiology. Moscow, Remedium, 2019:255. (In Russ.).
- Woo D., Haverbusch M., Sekar P. et al. Effect of Untreated Hypertension on Hemorrhagic Stroke // *Stroke.* 2004;(35):1703–1708. Doi: doi.org/10.1161/01.STR.0000130855.70683.c8.
- Baranova E. I., Filatova A. G., Ionin V. A. How to reduce the risk of gastrointestinal bleeding during anticoagulant therapy in patients with nonvalvular atrial fibrillation? // *Russian journal of cardiology.* 2017;10(150):124–132. (In Russ.). Doi: doi.org/10.15829/1560-4071-2017-10-124-132.
- Zamorano J. L., Lancelotti P., Rodriguez Munoz D. et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: the Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur Heart J.* 2016;(37):2768–2801. Doi: doi.org/10.1093/eurheartj/ehw211.
- Janion-Sadowska A., Papuga-Szela E., Lukaszuk R. et al. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation and thrombocytopenia // *J Cardiovasc Pharmacol.* 2018;(72):153–160. Doi: 10.1097/FJC.0000000000000607.

Информация об авторах

Баранова Елена Ивановна, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-8788-0076; **Ионин Валерий Александрович**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики с клиникой, старший научный сотрудник, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0001-7293-1144; **Близнюк Ольга Игоревна**, клинический ординатор кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной ди-

агностики с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-1017-4966; **Павлова Виктория Александровна**, клинический ординатор кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-8479-0331; **Скуридин Даниил Сергеевич**, ассистент кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики с клиникой им. Г. Ф. Ланга, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-1541-9248; **Колесник Ольга Степановна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0002-0668-2490; **Кацап Анна Александровна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии факультетской с курсом эндокринологии, кардиологии и функциональной диагностики с клиникой, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия), ORCID: 0000-0003-2698-7977.

Information about authors

Baranova Elena I., Dr. of Sci. (Med.), Professor of the Department of Faculty Therapy with a Course of Endocrinology, Cardiology and Functional Diagnostics with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-8788-0076; **Ionin Valerii A.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy with a Course of Endocrinology, Cardiology and Functional Diagnostics with Clinic, Senior Research Fellow, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0001-7293-1144; **Bliznyuk Olga I.**, Clinical Resident of the Department of Faculty Therapy with a Course of Endocrinology, Cardiology and Functional Diagnostics with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-1017-4966; **Pavlova Viktoriia A.**, Clinical Resident of the Department of Faculty Therapy with a Course of Endocrinology, Cardiology and Functional Diagnostics with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-8479-0331; **Skuridin Daniil S.**, Assistant of the Department of Faculty Therapy with a Course of Endocrinology, Cardiology and Functional Diagnostics with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-1541-9248; **Kolesnik Olga S.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy with a Course of Endocrinology, Cardiology and Functional Diagnostics with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0002-0668-2490; **Katsap Anna A.**, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Faculty Therapy with a Course of Endocrinology, Cardiology and Functional Diagnostics with Clinic, Pavlov University (Saint Petersburg, Russia), ORCID: 0000-0003-2698-7977.