

Оценка приверженности больных фибрилляцией предсердий к антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе лечения

Соколов А. В., Липатова Т. Е., Решетько О. В.

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Аннотация. В реальной клинической практике приверженность пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) к оральным антикоагулянтам (ОАК) остаётся на низком уровне, несмотря на наличие клинических рекомендаций. Оценка факторов, влияющих на соблюдение режима приёма ОАК, и разработка стратегий по его улучшению является важной задачей. *Цель.* Оценить приверженность больных ФП к назначенной антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе лечения. *Методология.* Объектом исследования являлись 165 больных ФП, находившихся на лечении в специализированном кардиологическом отделении одной из муниципальных больниц г. Саратова или получавших амбулаторное лечение у врача-кардиолога в кардиологическом диспансере с февраля 2018 по декабрь 2019 г. Через 3, 6, 12 месяцев с пациентами устанавливался телефонный контакт, в ходе которого заполнялась анкета, в которой отражалась получаемая на тот момент антикоагулянтная терапия, проводилась оценка приверженности с применением опросника Мориски-Грина, фиксировались ответы пациентов о причинах пропуска или прекращения приёма ОАК. *Результаты.* Через 3 мес. наблюдения 16,6 % больных ФП заменили приём ОАК антиагрегантами, 16 % отказались от антитромботической терапии. Приверженными к терапии ОАК были признаны 43,1 % больных ФП. Через 6 мес. антиагреганты принимали 24,5 % ($p < 0,05$), 11,9 % прекратили приём антитромботических препаратов; приверженными терапии ОАК были 30,8 % больных ($p < 0,05$). Через 12 мес. замену ОАК антиагрегантами произвели 29,5 % больных ФП, 7,6 % не принимали антитромботические препараты; 31,8 % больных ФП являлись приверженными к приёму ОАК. Наиболее частыми причинами снижения приверженности к терапии ОАК являлись стоимость данных препаратов, непонимание значения приёма ОАК при ФП и отсутствие ощутимого эффекта от приёма ОАК. *Заключение.* На амбулаторном этапе лечения отмечался недостаточный уровень приверженности больных ФП к терапии ОАК.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий; антикоагулянтная терапия; приверженность

Для цитирования:

Соколов А. В., Липатова Т. Е., Решетько О. В. Оценка приверженности больных фибрилляцией предсердий к антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе лечения. *Качественная клиническая практика.* 2021;(3):50-56. <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2021-3-50-56>

Поступила: 08 сентября 2021 г. **Принята:** 14 сентября 2021 г. **Опубликована:** 30 сентября 2021 г.

Evaluation of adherence of patients with atrial fibrillation to anticoagulant therapy at the outpatient stage of treatment

Sokolov AV, Lipatova TE, Reshetko OV

Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky Ministry of Health of Russia, Saratov, Russia

Abstract. Despite clinical guidelines for the treatment of atrial fibrillation (AF) patient adherence to oral anticoagulants (OACs) in routine clinical practice remains low. Assessing the factors affecting adherence to the OACs regimen and developing strategies for its improvement is important. *Aim.* To assess the adherence of patients with AF to the prescribed anticoagulant therapy at the outpatient stage of treatment. *Methodology.* The object of the study was 165 patients with nonvalvular AF undergoing treatment in a specialized cardiology department or receiving outpatient treatment in a specialized cardiological dispensary in Saratov from February 2018 to December 2019. After 3, 6, 12 months, a telephone contact with the patients was carried out, a specially designed questionnaire was filled out, in which the anticoagulant therapy received by AF patients was reflected, the Morisky-Green questionnaire was filled out, the answers of patients about the reasons for skipping or stopping the administration of the OACs were recorded. *Results.* After 3 months. 16.6 % of AF patients replaced the OACs intake with antiplatelet agents, 16 % refused antithrombotic therapy; 43.1 % of AF patients were adherent to OACs. After 6 months. antiplatelet agents were taken by 24.5 % patients ($p < 0.05$), 11.9 % completely stopped taking antithrombotic drugs; 30.8 % of patients were adherent to OACs ($p < 0.05$). After 12 29.5 % patients replaced OACs treatment with antiplatelet agents, 7.6 % patients did not take any antithrombotic drugs; 31.8 % of AF patients were adherent to OACs. The most common reasons for a decrease in the adherence to OACs therapy were the cost of drugs, lack of understanding of the value of OACs administration in AF, and the lack of appreciable effect of OACs administration. *Conclusion.* At the outpatient stage of treatment, there was an insufficient level of adherence of AF patients to OACs treatment.

Keywords: atrial fibrillation; anticoagulant therapy; adherence

For citation:

Sokolov AV, Lipatova TE, Reshetko OV. Evaluation of adherence of patients with atrial fibrillation to anticoagulant therapy at the outpatient stage of treatment. *Kachestvennaya klinicheskaya praktika = Good Clinical Practice.* 2021;(3):50-56. (In Russ). <https://doi.org/10.37489/2588-0519-2021-3-50-56>

Received: September 8, 2021. **Accepted:** September 14, 2021. **Published:** September 30, 2021

Введение / Introduction

В настоящее время, несмотря на мировой прогресс в терапии фибрилляции предсердий (ФП), данная аритмия остаётся одной из главных причин развития инсульта, сердечной недостаточности и внезапной смерти [1]. ФП увеличивает риск развития ишемического инсульта в 5 раз и является причиной 15–20 % случаев ишемического инсульта, частота развития которого увеличивается с возрастом [2]. Предотвращение развития инсульта у больных ФП является ключевым моментом в снижении уровня инвалидности и стоимости лечения. Осознание важности приверженности к лечению как ключевой проблемы в обеспечении эффективности и безопасности профилактики ишемического инсульта при ФП возрастает в последние годы. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует точную оценку соблюдения режима приёма лекарственных препаратов (ЛП) и стратегию противодействия прекращению приёма ЛП для эффективного лечения хронических заболеваний [3].

В течение длительного времени для профилактики ТЭО при неклапанной ФП применялся антагонист витамина К варфарин. По данным ряда наблюдательных исследований и рандомизированных клинических исследований (РКИ), низкая приверженность к варфарину имеет место приблизительно у трети больных неклапанной ФП [4–8]. По данным регистра The Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF), большинство случаев прекращения приёма варфарина в течение 1 года после начала терапии были связаны с низкой приверженностью терапии [9]. В настоящее время центральную позицию в фармакотерапии неклапанной ФП занимают прямые оральные антикоагулянты (ПОАК), доказавшие свою эффективность и безопасность в плане профилактики ишемического инсульта при удобстве их применения, отсутствии необходимости рутинного контроля коагулограммы и меньшем риске межлекарственных взаимодействий. Полученные в РКИ данные об эффективности и безопасности ПОАК легли в основу международных и национальных рекомендаций по лечению ФП. Всё чаще в руководствах по ФП подчёркивается важность обсуждения предпочтений пациентов в отношении лечения как неотъемлемой части процесса принятия решения при назначении терапии ОАК [10–13]. По данным фармакоэпидемиологических исследований, проведённых в Саратовской области, приверженность пациентов на амбулаторном этапе к назначенной в стационаре терапии находится на невысоком уровне. Так, около трети пациентов на амбулаторном этапе через 6 мес. после выписки из стационара являются не приверженными к назначенной в стационаре терапии [14, 15]. По данным 3-й фазы РКИ, частота пре-

кращения приёма ПОАК пациентами составляет от 18 до 35 % [16–20]. В реальной клинической практике приверженность терапии ПОАК остаётся на низком уровне и существенное число больных ФП прекращает их приём в течение 1 года после начала терапии [9, 20, 21]. С точки зрения фармакокинетики сниженная приверженность к ПОАК может более серьёзно отразиться на эффективности терапии ФП по сравнению с АВК, имеющими длительный период полувыведения из организма.

Таким образом, оценка факторов, влияющих на соблюдение режима приёма лекарств, особенно связанных с ОАК для профилактики инсульта у пациентов с неклапанной ФП, и разработка стратегий по его улучшению оправдана, но остаётся сложной задачей.

Цель данного исследования / The purpose of this study: оценить приверженность больных ФП к назначенной антикоагулянтной терапии в течение года после выписки из специализированного кардиологического стационара или консультации врача-кардиолога в специализированном кардиологическом диспансере.

Материалы и методы / Material and methods

Объектом исследования являлись 165 больных ФП, находившихся на лечении в специализированном кардиологическом отделении одной из муниципальных больниц г. Саратова или получавших амбулаторное лечение у врача-кардиолога в специализированном кардиологическом диспансере с февраля 2018 по декабрь 2019 г. Критерии включения в исследование: наличие неклапанной ФП (код по МКБ-Х: I48.0, I48.1, I48.2), отсутствие антикоагулянтной терапии на момент включения в исследование, подписание информированного добровольного согласия на участие в исследовании. В День 0 пациентам врачами-кардиологами назначалась терапия ОАК и сообщались дата и время следующего телефонного контакта. Через 3, 6, 12 месяцев осуществлялось интервьюирование пациентов путём установления телефонного контакта и заполнения специально разработанной анкеты, в которой отражалась получаемая на тот момент антикоагулянтная терапия, оценка нежелательных явлений (НЯ), оценка приверженности к терапии ОАК путём заполнения опросника Мориски-Грина, кроме этого фиксировались ответы пациентов о причинах прекращения приёма или смены ОАК, а также назначались дата и время следующего телефонного контакта. Для оценки достоверности различий использовали параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (критерий Пирсона) методы статистического анализа. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты / Results

Всем пациентам врачами-кардиологами в рекомендациях при выписке из стационара или в ходе амбулаторного приёма в специализированном кардиологическом диспансере в День 0 была назначена терапия ОАК, в том числе ривароксабан — 67,9 %, апиксабан — 23 %, дабигатрана этексилат — 6,1 %, варфарин — 3 %.

На амбулаторном этапе у врача-кардиолога через 3, 6 и 12 мес. наблюдались 62,8, 63,4 и 67,3 % больных ФП соответственно. В течение 12 мес. наблюдения 1 больной ФП (0,7 %) был госпитализирован в отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения в связи с развитием транзиторной ишемической атаки (ТИА). Ишемических инсультов и инфарктов миокарда в течение года наблюдения среди опрошенных больных ФП зарегистрировано не было.

Через 3 мес. телефонный контакт был установлен с 151 пациентом (91,5 %) (табл. 1). 14 человек (8,5 %) выбыли из наблюдения, в их числе 6 %, которым в рекомендациях при выписке из стационара или в рекомендациях врача-кардиолога в ходе амбулаторного

приёма в специализированном кардиологическом диспансере был назначен ривароксабан, 1,3 % апиксабан, 0,7 % дабигатрана этексилат и 1,3 % варфарин. Через 3 мес. наблюдения 16,6 % больных ФП заменили прием ОАК антиагрегантами, из них 10 % ранее был назначен ривароксабан, 4,6 % апиксабан и 2 % дабигатрана этексилат. В ходе телефонного контакта через 3 мес. было установлено, что 2 % пациентов, которым в стационаре был назначен ривароксабан, отказались от его приёма в пользу ранее принимаемого варфарина. Отказ от приёма ОАК был зарегистрирован у 16 % больных ФП, в их числе 5,3 % больных ФП, которым был рекомендован приём ривароксабана, 4 % — апиксабана и 1,3 % — дабигатрана этексилата (см. табл. 1). Таким образом, приверженными к приёму ривароксабана через 3 мес. наблюдения были 50,9 % больных ФП, апиксабана — 15,2 %, дабигатрана этексилата — 2,6 %, варфарина — 1,9 %.

При оценке приверженности по шкале Мориски-Грина приверженными к терапии (набравшими 4 балла) стали только 43,1 % больных; 24,5 % больных, набравшие 3 балла, были признаны недостаточно приверженными и находились в группе риска по

Частота применения анти тромботических препаратов через 3, 6 и 12 мес. наблюдения (% от общего количества больных ФП)

Таблица 1

The frequency of use of antithrombotic drugs after 3-, 6- and 12- months' observation (% of the total number of patients with atrial fibrillation (AF))

Table 1

| Препарат | 3 мес. (N=151) | 6 мес. (N=143) | 12 мес. (N=132) |
|------------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| ОАК | 110 (72,8 %) | 91 (63,6 %) | 83 (62,9 %) |
| ПОАК | 104 (68,9 %) | 85 (59,4 %) | 80 (60,6 %) |
| Ривароксабан | 77 (51 %) | 70 (48,9 %) | 70 (53 %) |
| Апиксабан | 23 (15,2 %) | 14 (9,8 %) | 8 (6,1 %) |
| Дабигатран | 4 (2,6 %) | 1 (0,7 %) | 2 (1,5 %) |
| Варфарин | 6 (4 %) | 6 (4,2 %) | 3 (2,3 %) |
| Антиагреганты | 25 (16,6 %) | 35 (24,5 %) | 39 (29,5 %) |
| Отсутствие приёма препаратов | 16 (10,6 %) | 17 (11,9 %) | 10 (7,6 %) |

Источник: Соколов А. В. и соавт., 2021.
Source: Sokolov AV, et al., 2021.

Данные оценки приверженности терапии ОАК по шкале Мориски-Грина (% от общего количества больных ФП)

Таблица 2

Data from assessing adherence to oral anticoagulant (OAC) therapy according to the Morisky-Green scale (% of the total number of patients with atrial fibrillation (AF))

Table 2

| Число баллов по Мориски-Грину | 3 мес. (N=151) | 6 мес. (N=143) | 12 мес. (N=132) |
|-------------------------------|----------------|----------------|-----------------|
| 0–2 балла по Мориски-Грину | 32,4* | 44,7* | 46,2 |
| 3 балла по Мориски-Грину | 24,5 | 24,5 | 22 |
| 4 балла по Мориски-Грину | 43,1* | 30,8* | 31,8 |
| Средний балл по Мориски-Грину | 2,607±1,68 | 2,129±0,202 | 2,103±0,224 |

Источник: Соколов А. В. и соавт., 2021.
Source: Sokolov AV, et al., 2021.

развитию неприверженности. Среди опрошенных 32,4 % пациентов, набравшие 2 балла и менее, являлись не приверженными к назначенной терапии. Средний балл по Мориски-Грину через 3 мес. наблюдения составил $2,607 \pm 1,68$ (табл. 2).

Через 6 мес. наблюдения телефонный контакт был установлен с 143 больными ФП (86,7 %), 8 пациентов (4,8 %) выбыли из наблюдения, в их числе 0,7 % больных ФП, принимавшие ривароксабан, 1,4 % — антиагреганты и 3,5 % не принимавших антитромботические препараты. Через 6 мес. 1,4 % больных ФП в связи с нежеланием принимать антикоагулянтные препараты 2 раза в сутки заменили приём дабигатрана этексилата и апиксабана ривароксабаном. Замену приёма ОАК антиагрегантными препаратами осуществили 8,4 % опрошенных больных ФП, в т. ч. 4,9 % ранее принимавших ривароксабан, 2,8 % апиксабан и 0,7 % дабигатрана этексилат. Отказались от приёма ОАК 4,2 % больных ФП, в т. ч. 0,7 % принимавших ривароксабан, 2,8 % апиксабан и 0,7 % дабигатрана этексилат (см. табл. 1). В итоге через 6 мес. наблюдения приверженными к приёму ривароксабана были 47,5 % больных ФП, апиксабана — 9,8 %, дабигатрана этексилата — 0,7 %, варфарина — 2,1 %. Оценка приверженности по шкале Мориски-Грина выявила снижение числа больных ФП, приверженных к терапии ОАК — 30,8 % ($p < 0,05$); недостаточно приверженных было 24,5 % ($p \geq 0,05$), не приверженных 44,7 % ($p < 0,05$). Средний балл по Мориски-Грину составил $2,129 \pm 0,202$ (см. табл. 2).

Через 12 мес. наблюдения контакт был установлен с 132 больными ФП (80 %), 11 пациентов (6,7 %) выбыли из наблюдения, включая 1,5 % больных ФП, принимавшие ривароксабан, 2,3 % принимавших антиагреганты и 4,5 % отказавшихся от приёма любых антитромботических препаратов (см. табл. 1). В ходе телефонного контакта через 12 мес. 3,1 % респондентов сообщили, что заменили приём одного ПОАК другим, в т. ч. 0,8 % перешли с приёма дабигатрана этексилата на ривароксабан, 1,5 % перешли с приёма апиксабана на ривароксабан. Во всех случаях причиной замены препарата являлось нежелание пациентов принимать препараты 2 раза в сутки; 1 пациент (0,8 %) заменил приём апиксабана дабигатрана этексилатом в связи с большей стоимостью апиксабана. Замену приёма ОАК антиагрегантами произвели 5,3 % опрошенных, в их числе 1,5 % больных ФП, ранее принимавшие ривароксабан, 2,3 % апиксабан, 0,8 % дабигатрана этексилат и 0,8 % варфарин. Трое пациентов (2,3 %) после амбулаторного приёма врача-кардиолога или врача терапевта-участкового возобновили приём ПОАК: 2 пациента (1,6 %) перешли с приёма варфарина на дабигатрана этексилат и ривароксабан; 1 пациент (0,8 %) возобновил приём ривароксабана после самостоятельной отмены (см. табл. 1). Таким образом, в ходе анализа было установлено, что через 12 мес. приверженными к приёму ривароксабана

остались 49,5 % больных ФП, апиксабана — 6,1 %, варфарина — 1,5%. Приверженных к приёму дабигатрана этексилата больных ФП через 12 мес. наблюдения не было (см. табл. 2). При анализе приверженности терапии ОАК по шкале Мориски-Грина распределение пациентов осталось приблизительно тем же, что и через 6 мес. Наблюдения — 31,8 % пациентов были приверженными терапии, 22 % недостаточно приверженными, 46,2 % больных ФП были признаны не приверженными терапии. Все различия по сравнению с данными через 6 мес. наблюдения не достоверны ($p \geq 0,05$) (см. табл. 2).

В ходе телефонного контакта при интервьюировании больных ФП через 3, 6 и 12 мес. им дополнительно предлагалось дать ответ на вопрос о причинах, приведших к снижению комплаентности назначенной врачом антикоагулянтной терапии. Среднее число ответов пациентов составило $4 \pm 0,98$. Результаты опроса представлены на рис. 1.

Через 3 мес. наблюдения (рис. 1) среди причин, повлиявших на снижение приверженности к терапии, наиболее часто назывались высокая стоимость ОАК — 21,9 %, непонимание значения приёма ОАК в терапии ФП — 17,4 % и отсутствие ощутимого эффекта от приёма ОАК — 10,3 %.

В ходе интервьюирования через 6 мес. (см. рис. 1) среди причин снижения приверженности терапии высокая стоимость ОАК составила 21,5 %, 15,8 % — непонимание значения ОАК в лечении ФП, 12 % составили другие причины, 10,7 % — отсутствие ощутимого эффекта от приёма ОАК.

В ходе телефонного контакта через 12 мес. наблюдения (см. рис. 1) выяснилось, что наиболее частыми причинами снижения приверженности к терапии назначенными ОАК были высокая стоимость ОАК — 22,7 % и непонимание значения применения ОАК при лечении ФП — 15,6 %. Среди причин снижения приверженности через 12 мес. равное количество ответов набрали схема приёма ОАК два раза в сутки, отсутствие ощутимого эффекта от приёма ОАК, а также большое количество одновременно назначенных ЛП — 9,1 %.

Обсуждение / Discussion

Представленный анализ продемонстрировал значительное снижение приверженности к приёму ОАК, в т. ч. ПОАК, больными ФП в течение 12 мес. наблюдения после выписки из стационара или консультации врачом-кардиологом в специализированном кардиологическом диспансере. Стоит отметить, что наиболее значимое снижение частоты применения ПОАК пациентами было отмечено за первые 3 мес. наблюдения с 97 % в рекомендациях при выписке в историях болезней и амбулаторных картах пациентов до 68,9 % ($p < 0,05$). На амбулаторном этапе больными ФП чаще использовался

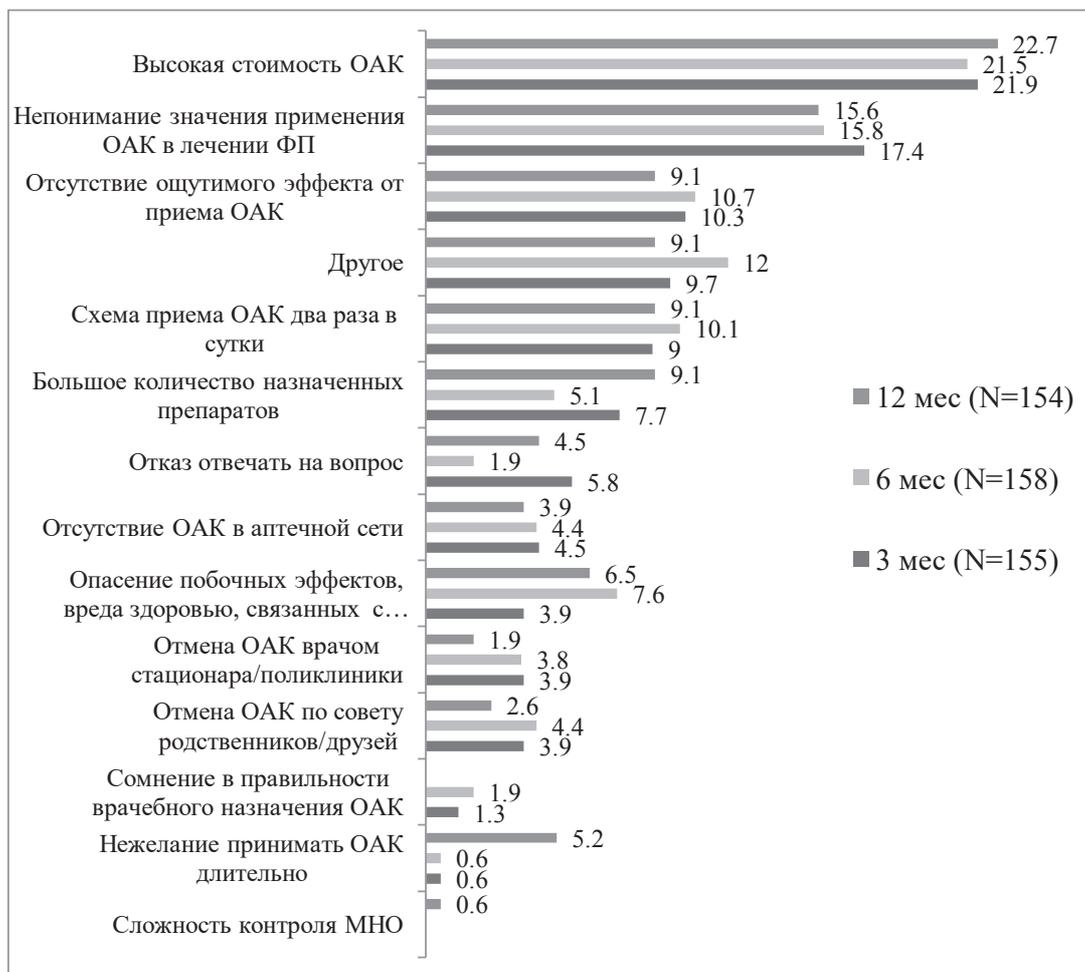


Рис. 1. Ответы пациентов на вопросы о причинах пропуска, замены или прекращения приёма ОАК через 3, 6 и 12 мес. наблюдения (% от общего количества ответов)

Fig. 1. Patient responses to questions about the reasons for skipping, replacing or discontinuing oral anticoagulants (OAC) at 3-, 6- and 12- months' observations (% of the total number of responses)

Источник: Соколов А. В. и соавт., 2021.

Source: Sokolov AV, et al., 2021.

ривароксабан, который через 3 мес. наблюдения принимали 51 % больных ФП. Более 16 % больных ФП через 3 мес. наблюдения заменили приём ОАК антиагрегантами. Через 6 мес. наблюдения частота приёма антиагрегантов достоверно увеличилась до 24,5 % ($p < 0,05$) и продолжила свой рост, в результате чего через 12 мес. наблюдения почти треть больных ФП, которым при выписке были назначены ОАК, принимали антиагреганты. Через 3 мес. частота приёма варфарина составила 4 %, что выше частоты назначения варфарина врачами-кардиологами в стационаре и специализированном кардиологическом диспансере. Этот факт можно объяснить тем, что пациенты, ранее принимавшие варфарин, продолжили его приём, несмотря на рекомендации специалистов, в связи с меньшей стоимостью АВК по сравнению с ПОАК. Однако полученные результаты могут свидетельствовать о недостаточной просветительской работе со стороны врачей-кардиологов и преимуще-

ствах ПОАК в плане безопасности их применения, удобства дозирования и лучшей предсказуемости эффекта от терапии. Через 12 мес. наблюдения частота применения варфарина снизилась почти в 2 раза, что может быть связано с трудностью рутинного контроля коагулограммы (МНО) на фоне приёма варфарина, в связи с чем пациенты или переходили на приём ПОАК по рекомендации врачей-кардиологов, или самостоятельно заменяли приём варфарина антиагрегантами. При том, что более 62 % больных ФП в течение года наблюдались амбулаторно врачами-кардиологами, частота перевода больных ФП, не принимавших антитромботическую терапию или принимавших антиагреганты, на приём ОАК была на низком уровне и не превышала 2 %. Анализ приверженности больных ФП к назначенной в стационаре или кардиологическом диспансере терапии показал, что полностью приверженными терапии ОАК (набравшими 4 балла по шкале Мориски-Грина) уже

спустя 3 мес. наблюдения были лишь 43,1 % больных ФП, через 6 мес. наблюдения отмечалось достоверное снижение данного показателя до 30,8 % ($p < 0,05$). Через год наблюдения данный показатель практически не изменился и полностью приверженными терапии ОАК были признаны лишь треть больных ФП. Одновременно с этим закономерно выросло число больных ФП, не приверженных терапии. Все эти факты свидетельствуют о ненадлежащем уровне просветительской работы среди амбулаторных пациентов с ФП со стороны врачей-кардиологов и участковых терапевтов, что приводит к непониманию роли применения ОАК в профилактике тромбоэмболических осложнений у данной группы пациентов.

Наиболее частой причиной отказа от приёма ОАК, которая встречалась более чем в 20 % ответов пациентов на всех этапах интервьюирования, была стоимость данных препаратов. Данный факт может свидетельствовать о недостаточном уровне льготного обеспечения пациентов антикоагулянтами в поликлиниках по месту жительства на амбулаторном этапе терапии. Стоит отметить, что зачастую обеспечение больных ФП льготными антикоагулянтными препаратами начинается только после перенесённых острых сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инсульт, ТИА, инфаркт миокарда и др. Второй по частоте встречаемости причиной являлось непонимание значения приёма ОАК при ФП, которая фигурировала более чем в 15 % ответов на всех этапах опроса пациентов. Данная причина снижения приверженности к терапии ОАК может быть связана с ненадлежащим уровнем просветительской работы со стороны врачей-кардиологов и врачей-терапевтов о роли назначения антикоагулянтной терапии с целью профилактики ишемического инсульта как наиболее грозного осложнения ФП. Это может быть следствием незнания врачами клинических рекомендаций по лечению ФП и ненадлежащего уровня следования данным рекомендациям в реальной клинической практике. Ещё одной причиной может являться отсутствие у врачей достаточного количества времени для проведения беседы с пациентами. С этим же можно связать и третью по распространённости причину отказа больных ФП от приёма ОАК, которую назвали около 10 % респондентов, —

отсутствие ощутимого эффекта от приёма ОАК. Это может быть связано с ненадлежащим уровнем организации профилактической работы со стороны врачей-кардиологов и врачей-терапевтов и недостаточным уровнем разъяснения патофизиологических механизмов, возникающих при ФП, таких как нарушение внутрисердечной гемодинамики и формирование тромбов в ушке левого предсердия. Всё вышеперечисленное приводит к непониманию пациентами того, что тромбоэмболические осложнения при ФП необходимо вовремя профилактировать путём своевременного начала приёма ОАК.

Заключение / Conclusion

В течение года после выписки из кардиологического стационара или амбулаторной консультации врачами-кардиологами в специализированном кардиологическом диспансере отмечалось значительное снижение числа больных ФП, приверженных терапии ОАК, что может повышать риск развития инсульта у данных пациентов. Через год лишь треть пациентов были признаны полностью приверженными к приёму ОАК. Необходимо повышать уровень осведомлённости пациентов о необходимости регулярного приёма ОАК для профилактики развития ТЭО.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ADDITIONAL INFORMATION

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

Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Участие авторов. Соколов А. В. — написание текста, редактирование; Липатова Т. Е. — написание текста, редактирование; Решетько О. В. — написание текста, редактирование, финальное утверждение рукописи.

Participation of authors. Sokolov AV — text writing, editing; Lipatova TE — text writing, editing; Reshetko OV — text writing, editing, final approval of the manuscript.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ ABOUT THE AUTORS

Соколов Алексей Владимирович

Автор, ответственный за переписку

e-mail: sokolovalexsej@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2220-7726>

SPIN-код: 7822-8424

Ассистент кафедры фармакологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Sokolov Alexey V.

Corresponding author

e-mail: sokolovalexsej@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2220-7726>

SPIN code: 7822-8424

Assistant of the Department of Pharmacology FSBEI HE V.I. Razumovsky Saratov SMU MOH Russia, Saratov, Russia

Липатова Татьяна Евгеньевна

e-mail: lipatova.t@inbox.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7401-9930>

SPIN-код: 2483-3578

д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Решетько Ольга Вилоровна

e-mail: reshetko@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3107-7636>

SPIN-код: 7569-7915

д. м. н., профессор, зав. кафедрой фармакологии ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Lipatova Tatiana E.

e-mail: lipatova.t@inbox.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7401-9930>

SPIN code: 2483-3578

Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department of Therapy with Courses of Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics FSBEI HE V.I. Razumovsky Saratov SMU MOH Russia, Saratov, Russia

Reshetko Olga V.

e-mail: reshetko@yandex.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3107-7636>

SPIN code: 7569-7915

Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department of Pharmacology FSBEI HE V.I. Razumovsky Saratov SMU MOH Russia, Saratov, Russia

Список литературы

- Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Russian Journal of Cardiology*. 2017;(7):7–86. doi: 15829/1560-4071-2017-7-7-86
- Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics — 2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;121(7):e46–e215. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667
- Geest S, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2(4):323. doi: 10.1016/S1474-5151(03)00091-4
- Gomes T, Mamdani MM, Holbrook AM, et al. Rates of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation. *CMAJ*. 2013;185(2):E121–7. doi: 10.1503/cmaj.121218
- Raparelli V, Proietti M, Butta C, et al. Medication prescription and adherence disparities in non valvular atrial fibrillation patients: an Italian portrait from the ARAPACIS study. *Intern Emerg Med*. 2014;9(8):861–70. doi: 10.1007/s11739-014-1096-1
- Kimmel SE, et al. The influence of patient adherence on anticoagulation control with warfarin: results from the International Normalized Ratio Adherence and Genetics (IN-RANGE) Study *Arch Intern Med*. 2007;167(3):229–35. doi: 10.1001/archinte.167.3.229
- Gallagher AM, Rietbrock S, Plumb J, van Staa TP. Initiation and persistence of warfarin or aspirin in patients with chronic atrial fibrillation in general practice: do the appropriate patients receive stroke prophylaxis? *J Thromb Haemost*. 2008;6(9):1500–6. doi: 10.1111/j.1538-7836.2008.03059.x
- Fang MC, Go AS, Chang Y, et al. Warfarin discontinuation after starting warfarin for atrial fibrillation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2010;3(6):624–31. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.110.937680
- O'Brien EC, Simon DN, Allen LA, et al. Reasons for warfarin discontinuation in the Outcomes Registry for Better Informed Treatment of Atrial Fibrillation (ORBIT-AF). *Am Heart J*. 2014; 168(4):487–94. doi: 10.1016/j.ahj.2014.07.002
- Lane DA, Aguinaga L, Blomström-Lundqvist C, et al. Cardiac tachyarrhythmias and patient values and preferences for their management: the European Heart Rhythm Association (EHRA) consensus document endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Electrofisiología (SOLEACE). *Europace*. 2015;17(12):1747–69. doi: 10.1093/europace/euv233
- Camm AJ, Lip GYH, De Caterina R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J*. 2012;33(21):2719–47. doi: 10.1093/eurheartj/ehs253
- Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2010;31:2369–429
- Atrial Fibrillation: The Management of Atrial Fibrillation — PubMed — NCBI [Internet]. [cited 2021 September 1]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=25340239>
- Левитан А. И., Решетько О. В. Оценка приверженности больных с ревматоидным артритом медикаментозному лечению. *Фармакоэкономика: теория и практика*. 2016;4(1):213. [Levitan AI, Reshetko OV. Adherence to drug therapy on rheumatoid arthritis. *Farmakoekonomika: teoriya i praktika*. 2016;1(4):213. (In Russ).]
- Левитан А. И., Решетько О. В. Реальная клиническая практика фармакотерапии ревматоидного артрита. *Клиническая фармакология и терапия*. 2019;28(1):44–9. [Levitan AI, Reshetko OV. Treatment of rheumatoid arthritis in the real-life practice. *Clin Pharmacol Therapy*. 2019;28(1):44–9. (In Russ).]. doi: 10.32756/0869-5490-2019-1-44-49
- Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2009;361(12):1139–51. doi: 10.1056/NEJMoa0905561
- Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(10):883–91. doi: 10.1056/NEJMoa1009638
- Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ V, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;365(11):981–92. doi: 10.1056/NEJMoa1107039
- Giugliano RP, Ruff CT, Braunwald E, et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2013;369(22):2093–104. doi: 10.1056/NEJMoa1310907
- Connolly SJ, Eikelboom J, Joyner C, et al. Apixaban in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*. 2011;364(9):806–17. doi: 10.1056/NEJMoa1007432
- Yao X. Effect of Adherence to Oral Anticoagulants on Risk of Stroke and Major Bleeding Among Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Heart Assoc*. 2016;5(2):e003074. doi: 10.1161/JAHA.115.003074