

<https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-2-30-38>

ПАЦИЕНТ С КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ: ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ И ОСОБЕННОСТИ

ЕФИМОВА О.И.^{1,2}, СЕРГЕЕВА М.А.¹, ПАВЛОВА Т.В.*³, ГАРЬКИНА С.В.³, ХОХЛУНОВ С.М.¹, ЛЕБЕДЕВ Д.С.³

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

²ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина», г. Самара, Россия

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме

Цель. Оценить исходные клинические характеристики пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), а также спектра принимаемых ими лекарственных препаратов на момент развития кардиоэмболического инсульта.

Материал и методы. На базе неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) Самарской областной клинической больницы имени В.Д. Середавина проведено исследование с включением 99 пациентов с ФП, госпитализированных по поводу кардиоэмболического инсульта (КЭИ). Средний возраст пациентов составил $69,1 \pm 8,7$ лет, из них 47 мужчин. Длительность наблюдения включала 1 год от момента развития КЭИ.

Результаты. Пациенты с ФП, поступившие в специализированный стационар вследствие развития КЭИ, характеризуются полиморбидностью (артериальная гипертензия выявлена у 96 человек, сопутствующее снижение фильтрационной способности почек – в 60 случаях, осложненное течение ишемической болезни сердца – у 35 пациентов, еще у 22 пациентов диагностирован сахарный диабет, в то время как 9 человек имели длительный стаж курения). Средний риск по шкале CHA2DS2-VASc до поступления в стационар составил $4,51 \pm 1,2$

баллов, и соответственно, показания к приему антикоагулянта (2 и более баллов по шкале CHA2DS2-VASc) имели 96 пациентов. В реальной клинической практике адекватная профилактика тромбоэмболических осложнений проводилась крайне редко – только в 16,2% случаев (16 пациентам) врачи рекомендовали прием варфарина или прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК). Только 9,9% пациентов исходно имели в анамнезе легкие или среднетяжелые носовые или десневые кровотечения (8,2%).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о низком качестве ведения пациентов с ФП на амбулаторно-поликлиническом этапе. Скорее всего, это можно объяснить недостаточной информированностью врачей о рисках развития осложнений, связанных с фибрилляцией предсердий, а также низкой мотивацией пациентов и членов их семей.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, кардиоэмболический инсульт, антикоагулянтная терапия, тромбоэмболические осложнения.

Конфликт интересов

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования

Собственные средства.

Для цитирования:

Ефимова О.И., Сергеева М.А., Павлова Т.В., Гарькина С.В., Хохлунов С.М., Лебедев Д.С. Пациент с кардиоэмболическим инсультом: характерные черты и особенности. *Фундаментальная и клиническая медицина*. 2020; 5(2): 30-38. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-2-30-38>

*Корреспонденцию адресовать:

Павлова Татьяна Валентиновна, 443070, Россия, г. Самара, ул. Аэродромная, д. 43, e-mail: ptvsam63@mail.ru
© Ефимова О.И. и др.

ORIGINAL RESEARCH

PATIENT WITH CARDIOEMBOLIC STROKE: CLINICAL CHARACTERISTICS AND TYPICAL FEATURES

OKSANA I. EFIMOVA^{1,2}, MARGARITA A. SERGEEVA¹, TATIANA V. PAVLOVA^{1**}, SVETLANA V. GARKINA³,
SERGEY M. KHOKHLUNOV¹, DMITRIY S. LEBEDEV³

¹Samara State Medical University, Samara, Russian Federation

²Seredavin Samara Regional Clinical Hospital, Samara, Russian Federation

³Almazov National Medical Research Center, St. Petersburg, Russian Federation

Abstract

Aim. To evaluate basic clinicopathological characteristics of patients with atrial fibrillation and pharmacological anamnesis at the time of cardioembolic stroke.

Material and Methods. Study included 99 patients with atrial fibrillation admitted to Seredavin Samara Regional Clinical Hospital due to cardioembolic stroke. The follow-up duration was 1 year.

Results. The average age of the patients was 69.1 ± 8.7 years. Patients with atrial fibrillation and acute cardioembolic stroke were characterized by multimorbidity. Arterial hypertension, chronic kidney disease, and diabetes mellitus were diagnosed in 96/99 (97.0%), 60/99 (60.6%), and 22/99 (22.2%) patients, respectively. Average risk score according to the CHA2DS2-VASc scale before ad-

mission was 4.51 ± 1.2 points; therefore, 96 patients had indications for anticoagulant therapy (≥ 2 points on the CHA2DS2-VASc scale). However, adequate prevention of thromboembolic complications before admission was carried out only in 16/99 (16.2%) patients.

Conclusion. These results demonstrate a low quality of outpatient care in patients with atrial fibrillation. Most likely, this can be explained by the lack of awareness about the risks of potential complications and low compliance.

Keywords: atrial fibrillation, cardioembolic stroke, anticoagulant therapy, thromboembolic complications.

Conflict of Interest

None declared.

Funding

There was no funding for this project.

◀ English

For citation:

Oksana I. Efimova, Margarita A. Sergeeva, Tatyana V. Pavlova **, Svetlana V. Garkina, Sergei M. Khokhlunov, Dmitry S. Lebedev. Patient with cardioembolic stroke: clinical characteristics and typical features. *Fundamental and clinical medicine*. 2020;5(2): 30-38. <https://doi.org/10.23946/2500-0764-2020-5-2-30-38>

****Corresponding author:**

Dr. Tatiana V. Pavlova, 43, Aerodromnaya str, Samara, Russian Federation, 443070, e-mail: pvtvsm63@mail.ru

© Oksana I. Efimova et al.

Введение

Кардиоэмболический инсульт (КЭИ) представляет собой грозное осложнение фибрилляции предсердий (ФП), которое развивается при несвоевременной диагностике данной аритмии и отсутствии адекватных мероприятий по профилактике тромбообразования [1]. Кроме того, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в ближайшие десятилетия ожидается увеличение числа пациентов с тромбоэмболическими осложнениями ФП, несмотря на значительный прогресс в лечении большинства сердечно-сосудистых заболеваний [2]. Данная

тенденция находит подтверждение и в современных публикациях – так, согласно данным Yushan B. и соавторов (2019), в 2007 году доля пациентов с ФП среди всех больных, госпитализированных с ишемическим инсультом, составляла 16,0%, а в 2016 году этот показатель достиг уже 20,6% [3].

Немаловажным аспектом данной проблемы является и все возрастающая встречаемость бессимптомных форм течения ФП вследствие широкой распространенности таких факторов риска ее развития, как артериальная гипертензия (АГ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), сахарный диабет (СД), хроническая сердечная

недостаточность (ХСН), хроническая болезнь почек (ХБП). Например, Verma N. и соавторы (2019) установили, что среди пациентов, госпитализированных с диагнозом криптогенного эмболического инсульта, частота выявления ранее недиагностированной ФП составила 35,8% [2]. Группа авторов под руководством B. Yushman провела анализ структуры коморбидных состояний у больных, перенесших КЭИ, который был подтвержден при нейровизуализации [3]. Авторы показали, что у пациентов с длительным анамнезом ФП сопутствующая АГ встречалась в 90% случаев, в то время как при ФП, впервые диагностированной в остром периоде инсульта, – у 68,5% пациентов. Сахарный диабет и дислипидемия диагностировались одинаково часто (42,4% больных) независимо от длительности существования аритмии, однако в группе пациентов с впервые диагностированной ФП декомпенсация СД отмечалась реже в сравнении с больными, у которых ФП была диагностирована более одного года назад (20% и 39,7% соответственно). Сердечно-сосудистая летальность в течение первого года после инсульта у пациентов с длительно существующей ФП была достоверно выше в сравнении с теми пациентами, у которых аритмия была диагностирована только в остром периоде КЭИ (10% и 5,5% соответственно; $p=0,035$).

С другой стороны, даже документальное подтверждение ФП зачастую не приводит к назначению лекарственных препаратов, способных предотвратить развитие КЭИ. Примером этого могут служить результаты Российского регистра кардиоваскулярных заболеваний РЕКВАЗА (2015 год), который наиболее полно изучил спектр лекарственной терапии на амбулаторно-поликлиническом этапе в условиях реальной клинической практики. Так, было установлено, что антикоагулянты получала лишь незначительная доля пациентов с ФП, имевших показания к их назначению, – всего 4,2% [4]. Следовательно, создание «портрета» пациента с КЭИ, развившимся на фоне ФП, путем выявления и последующей систематизации основных клинических факторов, объединяющих больных данного профиля, будет способствовать разработке практических рекомендаций для врачей различных специальностей с целью снижения частоты развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО). Кроме того, чрезвычайно важным является оценка реальной частоты назначения антикоагулянтов среди пациен-

тов с ФП, а также изучение факторов, влияющих на их приверженность к терапии.

Цель исследования

Целью настоящей работы являлась оценка исходных клинических характеристик пациентов с ФП, а также спектра принимаемых ими лекарственных препаратов, на момент развития кардиоэмболического инсульта.

Материалы и методы

Работа была выполнена на базе неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Самарской областной клинической больницы имени В.Д. Середавина. В целом в исследование было включено 99 пациентов с ФП, последовательно госпитализированных в период с 2016 по 2018 годы вследствие развития у них КЭИ. Данный диагноз был верифицирован на основании визуализирующих методов диагностики. В соответствии с Хельсинкской декларацией для проведения исследования было получено одобрение Комитета по биоэтике при Самарском государственном медицинском университете. Включение больных в исследование проводилось после подписания добровольного информированного согласия. Изучались клинические и анамнестические данные пациентов. На основании анализа амбулаторных карт больных, включенных в исследование, были оценены частота назначения и спектр принимаемой медикаментозной терапии. Динамическое наблюдение составило в среднем 1 год от момента развития КЭИ. При статистической обработке для определения характера распределения количественных показателей использовали критерий Шапиро-Уилкса. При отсутствии нормального распределения описательная статистика представлена в виде медианы и перцентилей, при нормальном распределении – в виде среднего значения и стандартной ошибки среднего.

Результаты

Средний возраст пациентов составил $69,1 \pm 8,7$ лет. Исходные клинические характеристики пациентов, включенных в исследование, представлены в **таблице 1**.

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют о том, что подавляющее большинство пациентов (96 человек), включенных в исследование, имели анамнез АГ – значимого фактора риска развития как ФП, так и инсуль-

Характеристика <i>Characteristics</i>	Пациенты, включенные в исследование <i>Study participants</i>	
	Число пациентов / <i>Number of patients</i>	%
Общее количество <i>Total</i>	99	100
Мужчины <i>Males</i>	47	47,5
Артериальная гипертензия <i>Arterial hypertension</i>	96	97,1
Сахарный диабет <i>Diabetes mellitus</i>	22	22,2
Курение <i>Smoking</i>	9	9,1
Индекс массы тела, кг/м ² <i>Body mass index, kg/m²</i>	29,2± 4,3	
ИБС осложненного течения <i>Complicated course of coronary artery disease</i>	35	35,6
НУНА I- II ФК ХСН <i>Chronic heart failure NYHA functional class I-II</i>	84	84,9
НУНА III-IV ФК ХСН <i>Chronic heart failure NYHA functional class III-IV</i>	3	3,1
Без анамнеза ХСН <i>No chronic heart failure</i>	12	12,1
Постоянная форма ФП <i>Permanent atrial fibrillation</i>	67	67,7
Персистирующая форма ФП <i>Persistent atrial fibrillation</i>	23	23,2
Пароксизмальная форма ФП <i>Paroxysmal atrial fibrillation</i>	9	9,1
ХБП I-II стадии <i>Chronic kidney disease Stage I-II</i>	16	16,2
ХБП III стадии <i>Chronic kidney disease Stage III</i>	39	39,4
ХБП IV стадии <i>Chronic kidney disease Stage IV</i>	5	5,1
ХБП V стадии <i>Chronic kidney disease Stage V</i>	0	-
Без анамнеза ХБП <i>No chronic kidney disease</i>	39	39,4

Таблица 1.

Клиническая характеристика пациентов с ФП и КЭИ

Table 1.

Clinical characteristics of patients with atrial fibrillation and cardioembolic stroke

Примечания:

ФП — фибрилляция предсердий, КЭИ — кардиоэмболический инсульт, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ФК — функциональный класс, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ХБП — хроническая болезнь почек, НУНА — Нью-Йоркская Ассоциация Кардиологов

та. Однако опрос больных и анализ амбулаторных карт показал, что до поступления в стационар антигипертензивная терапия была назначена только 60 пациентам, при этом 32 из них (53%) получали монотерапию. Среди антигипертензивных препаратов, применяемых амбулаторно, преобладали бета-адреноблокаторы, главным образом – бисопролол (47 человек) и метопролол (17 человек). На наш взгляд, врачи отдавали предпочтение препаратам именно этого класса вследствие наличия у них не только гипотензивных, но и антиаритмических свойств за счет снижения активности симпатической нервной системы, что делает оправданным прием бета-адреноблокаторов у подавляющего большинства пациентов с различными формами ФП.

Следующими по частоте назначения антигипертензивными препаратами были представители группы ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (51 пациент) – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (и-АПФ) (43 пациента) или сартаны (8 пациентов). Среди них наиболее распространенными лекарственными средствами являлись эналаприл, периндоприл, лозартан и валсартан.

На момент поступления в стационар диуретическую терапию получали в общей сложности 23 пациента, при этом 6 из них – комбинацию петлевого и тиазидного диуретиков в связи с явлениями клинически выраженной ХСН. Наиболее часто назначались торасемид, индапамид и гипотиазид. Сопутствующая ХСН была причиной назначения и антагонистов минералокортикоидных рецепторов у 13 пациентов (в большинстве случаев – верошпирон, и только у одного пациента – эплеренон).

Сопутствующее снижение фильтрационной способности почек было выявлено в 60 случаях (60,6%). Ни один из этих пациентов не получал программный гемодиализ, но в то же время 4 стадия ХБП (клиренс креатинина 15–29 мл/мин) была диагностирована у 5 пациентов, а в 39 случаях была выявлена 3 стадия ХБП (клиренс креатинина 30–59 мл/мин).

Таким образом, пациенты с ФП, поступившие в специализированный стационар вследствие развития КЭИ, характеризуются полиморбидностью.

На основании показателей, представленных в таблице 1, можно также сделать вывод о том, что среди пациентов с КЭИ преобладали лица с постоянной формой ФП. Однако, согласно со-

Таблица 2.

Стратификация риска ТЭО на основании исходных показателей шкалы CHA₂DS₂-VASc до поступления в стационар

Table 2.

Risk stratification of thromboembolic stroke based on the CHA₂DS₂-VASc score assessed prior to hospital admission

Количество баллов Score	Пациенты, включенные в исследование Study participants	
	Число пациентов Number of patients	%
0	0	
1	3	3
2	8	8,1
3	16	16,2
4	27	27,3
5	17	17,2
6	14	14,1
7	11	11,1
8	3	3
9	0	-
Итого Total	99	100
Средний показатель (M±m) Mean value (M±m)	4,51 ± 1,2	
Показания к приему антикоагулянта (2 и более баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc) / Indications for anticoagulation (≥ 2 points on the CHA ₂ DS ₂ -VASc scale)	96	97,0

Примечания: ТЭО – тромбозмембранные осложнения

временным доказательным данным, риск ТЭО является одинаково высоким при любой форме данной аритмии, в том числе – и у асимптомных пациентов [5]. Следовательно, специфическую профилактику КЭИ с применением антикоагулянтов при верификации диагноза ФП целесообразно проводить подавляющему большинству больных. С целью объективизации показателей риска развития ТЭО у пациентов с ФП используется шкала CHA₂DS₂-VASc [5]. В нашем исследовании также была проведена оценка показателей риска ТЭО до развития индексного КЭИ, которую следовало во всех случаях принимать во внимание при выработке тактики ведения пациентов на амбулаторном этапе. Распределение риска ТЭО в

исследуемой группе пациентов отражено в **таблице 2**.

Таким образом, подавляющее большинство пациентов изучаемой группы (97%) имели высокий риск развития ТЭО и, согласно современным подходам к ведению больных данного профиля, нуждались в назначении антитромботической терапии. Однако в реальной клинической практике адекватная профилактика ТЭО проводилась крайне редко – только в 16,2% случаев (16 пациентам) врачи рекомендовали прием антикоагулянтов (варфарина или прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК)). Подробный анализ принимаемой антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП, включенных в исследование, отражен в **таблице 3**.

Характеристика <i>Characteristics</i>	Пациенты, включенные в исследование / <i>Study participants</i>	
	Число пациентов / <i>Number of patients</i>	%
Общее количество <i>Total</i>	99	100
Отсутствие приема антикоагулянтов <i>No anticoagulation</i>	83	83,8
Прием варфарина <i>Warfarin intake</i>	12	12,1
Контроль МНО регулярный/адекватный <i>Adequate or regular international normalized ratio control</i>	1	1,1
Сложности контроля МНО <i>Complicated international normalized ratio control</i>	11	11,1
Ривароксабан 20 мг 1 раз в день <i>Rivaroxaban 20 mg/day</i>	2	2,1
Ривароксабан 15 мг 1 раз в день <i>Rivaroxaban 15 mg/day</i>	-	-
Апиксабан 5 мг 2 раза в день <i>Apixaban 5 mg/day</i>	2	2,1
Апиксабан 2,5 мг 2 раза в день <i>Apixaban 2.5 mg/day</i>	-	-
Дабигатран 150 мг 2 раза в день <i>Dabigatran 150 mg twice daily</i>	-	-
Дабигатран 110 мг 2 раза в день <i>Dabigatran 110 mg twice daily</i>	-	-

Таблица 3.

Стратификация риска ТЭО на основании исходных показателей шкалы CHA₂DS₂-VASc до поступления в стационар

Table 3.

Risk stratification of thromboembolic stroke based on the CHA₂DS₂-VASc score assessed prior to hospital admission

Примечания: КЭИ – кардиоэмболический инсульт, МНО – международное нормализованное отношение

Антикоагулянтные препараты для профилактики КЭИ рекомендовались, как правило, лицам с постоянной формой ФП в сравнении с пароксизмальной и персистирующей формами аритмии – из 16 человек, получавших антитромботическую терапию, у 14 была постоянная форма ФП. На наш взгляд, одной из основ-

ных причин регистрации подобных показателей является недостаточная осведомленность о рисках ФП не только пациентов, но и, зачастую, клиницистов.

Обращает на себя внимание и несоответствие уровня международного нормализованного отношения (МНО) у пациентов, принимав-

ших варфарин, требуемым значениям – только у одного пациента из 12 этот показатель находился в границах терапевтического диапазона (2,0-3,0). Следует подчеркнуть, что мы смогли оценить только одно значение МНО, отражавшее качество лечения на амбулаторном этапе, – на момент поступления пациентов в стационар. Проанализировать соответствие долгосрочной гипокоагуляционной терапии в условиях поликлиники до развития индексного КЭИ современным требованиям не представлялось возможным вследствие отсутствия соответствующих сведений в амбулаторных картах. Однако, согласно действующей версии рекомендаций Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с ФП (2016), время нахождения МНО в терапевтическом диапазоне должно составлять более 70% – то есть из 10 последовательных ежемесячных измерений МНО выходить за пределы терапевтического диапазона могут не более двух значений [5]. Лечение варфарином может проводиться только при соблюдении данного условия. Если же причину нестабильности МНО не удастся устранить путем более тщательного титрования дозы препарата, коррекции потенциального лекарственного взаимодействия или диеты, варфарин целесообразно заменить на один из ПОАК, учитывая не только их высокую эффективность в профилактике ТЭО, но и лучший профиль безопасности [6].

Однако препараты из ряда ПОАК также недостаточно часто назначались пациентам с ФП на амбулаторном этапе (4,2%). Причинами столь низкого уровня назначения ПОАК могут быть высокая стоимость лечения, преувеличенные опасения по поводу потенциальных кровотечений, а также неудовлетворительная работа специалистов амбулаторного этапа в плане информированности больных и членов их семей о рисках ФП, и прежде всего – в отношении риска развития тяжелых КЭИ.

Учитывая изложенное выше, антикоагулянтная терапия может быть признана адекватной только у пяти пациентов из исследуемой группы – то есть в 5,1% случаев. Эти данные свидетельствуют о неудовлетворительном качестве профилактики ТЭО у пациентов с ФП на амбулаторном этапе.

Известно, что наиболее частой причиной, вследствие которой врачи не назначают антикоагулянты пациентам с ФП, является опасение кровотечений [6]. Нами была проведена оцен-

ка исходного риска геморрагических осложнений среди исследуемых пациентов по шкале HAS-BLED (Hypertension, Abnormal renal-liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile international normalized ratio, Elderly (65 years), Drugs or alcohol concomitantly), которая установила, что вероятность возникновения кровотечений была небольшой и соответствовала низкому риску – среднее значение не превышало 2 баллов ($1,92 \pm 0,35$). При этом необходимо подчеркнуть, что ни один из пациентов, включенных в исследование ($n=99$), как на момент развития КЭИ, так и как минимум в течение месяца до его возникновения, не имел симптомов и признаков кровоточивости. Таким образом, оснований для отказа от приема антикоагулянтов по данной причине не было.

Обсуждение

Развитие гиперкоагуляционного состояния является закономерным следствием нарушений гемодинамики, возникающих при фибрилляции предсердий. Кроме того, характерной чертой пациентов данного профиля является полиморбидность, и, как правило, большинство заболеваний, традиционно сочетающихся с фибрилляцией предсердий, дополнительно активируют свертывающую систему крови. К настоящему моменту получены неоспоримые научные данные о необходимости назначения антикоагулянтной терапии большинству пациентов с этой аритмией. Однако рекомендованные к использованию стандарты ведения пациентов с фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике выполняются далеко не всегда. Подтверждением этого являются и результаты, полученные в нашем исследовании. Типичный пациент с фибрилляцией предсердий, у которого развился кардиоэмболический инсульт, – это пожилой человек с постоянной формой данной аритмии, с избытком массы тела и сочетанным течением нескольких сопутствующих заболеваний. Особенно часто диагностировались артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца и хроническая болезнь почек. Полученные нами результаты согласуются с данными литературы [5, 7-13].

Стратификация риска развития тромбозов и эмболических осложнений без учета индексного инсульта показала, что в назначении антикоагулянтной терапии на амбулаторном этапе лечения нуждались 97% больных, что с высо-

кой долей вероятности могло бы предотвратить развитие тромбоэмболического эпизода в значительном проценте случаев. Однако данный вид лечения был назначен врачами амбулаторно-поликлинического звена только в 16,2% случаев. Более того, у подавляющего числа пациентов, принимавших варфарин, необходимый уровень гипокоагуляции достигнут не был. Следовательно, с учетом частоты назначения прямых оральных антикоагулянтов, антитромботическую профилактику следует считать адекватной только у 5,1% больных. Обосновать отказ от назначения антикоагулянтов высоким риском кровотечений не представляется возможным – согласно полученным нами данным, вероятность возникновения геморрагических осложнений была низкой. Кроме того, лечение сопутствующих заболеваний также не соответствовало современным стандартам – например, каждый третий пациент с артериальной гипертензией не получал гипотензивных препаратов.

Заключение

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о низком качестве ведения пациентов с фибрилляцией предсердий на амбулаторно-поликлиническом этапе. Скорее всего, это можно объяснить недостаточной информированностью врачей о рисках развития осложнений, связанных с фибрилляцией предсердий, а также низкой мотивацией пациентов и членов их семей. Обучение специалистов первичного звена, своевременная диагностика скрытых и бессимптомных форм аритмии, назначение терапии с целью замедления прогрессирования фибрилляции предсердий наряду с адекватной антикоагулянтной профилактикой, а также комплексное обучение пациента с информированием о рисках заболевания представляется эффективным и безопасным подходом в лечении данной аритмии и предотвращении развития ее осложнений.

Литература / References:

1. Yaghi S, Bernstein RA, Passman R, Okin PM, Furie KL. Cryptogenic Stroke: Research and Practice. *Circ Res*. 2017;120(3):527-540. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESA-HA.116.308447>
2. Thrift AG, Thayabaranathan T, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, Feigin VL, Norrving B, Donnan GA, Cadilhac DA. Global stroke statistics. *Int J Stroke*. 2017;12(1):13-32. <https://doi.org/10.1177/1747493016676285>
3. Yushan B, Tan BYQ, Ngiam NJ, Chan BPL, Luen TH, Sharma VK, Sia CH, Dalakoti M, Chong SS, Kojodjono P, Yeo LLL. Association between Bilateral Infarcts Pattern and Detection of Occult Atrial Fibrillation in Embolic Stroke of Undetermined Source (ESUS) Patients with Insertable Cardiac Monitor (ICM). *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2019;28(9):2448-2452. <https://doi.org/10.1016/j.jstroke-cerebrovasdis.2019.06.025>
4. Verma N, Ziegler PD, Liu S, Passman RS. Incidence of atrial fibrillation among patients with an embolic stroke of undetermined source: Insights from insertable cardiac monitors. *Int J Stroke*. 2019;14(2):146-153. <https://doi.org/10.1177/1747493018798554>
5. Бойцов С.А., Лукьянов М.М., Якушин С.С., Марцевич С.Ю., Воробьев А.Н., Загребельный А.В., Переверзева К.Г., Правкина Е.А., Деев А.Д., Андреев Е.Ю., Ершова А.И., Мешков А.Н., Мясников Р.П., Сердюк С.С., Харлап М.С., Базаева Е.В., Козьминский А.Н., Мосейчук К.А., Кудряшов Е.Н. Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2014;13(6):44-50 [Boytsov SA, Luk'yanov MM, Yakushin SS, Martsevich SYu, Vorobyov AN, Zagrebelsky AV, Pereverzeva KG, Pravkina EA, Deev AD, Andreenko EYu, Ershova AI, Meshkov AN, Myasnikov RP, Serdyuk SS, Kharlap MS, Bazaeva EV, Kozminsky AN, Moseychuk KA, Kudryashov EN. Cardiovascular diseases registry (RECVAZA): diagnostics, concomitant cardiovascular pathology, comorbidities and treatment in the real outpatient-polyclinic practice. *Cardiovascular therapy and prevention*. 2014;13(6):44-50. (In Russ.).] <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-44-50>
6. Albert NM. Use of novel oral anticoagulants for patients with atrial fibrillation: systematic review and clinical implications. *Heart Lung*. 2014;43(1):48-59. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlung.2013.10.014>
7. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, Castella M, Diener HC, Heidbuchel H, Hendricks J, Hindricks G, Manolis AS, Oldgren J, Popescu BA, Schotten U, Van Putte B, Vardas P; ESC Scientific Document Group. 2016 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016;37(38):2893-2962. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw210>
8. Shmitt J, Duray G, Gersh BJ, Hohnloser SH. Atrial fibrillation in acute myocardial infarction: a systematic review of the incidence, clinical features and prognostic implications. *Eur Heart J*. 2009;30(9):1038-1045. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehn579>
9. Tadic M, Cuspidi C. Type 2 diabetes mellitus and atrial fibrillation: From mechanisms to clinical practice. *Arch Cardiovasc Dis*. 2015;108(4):269-276. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2015.01.009>
10. Gómez-Outes A, Lagunar-Ruiz J, Terleira-Fernández AI, Calvo-Rojas G, Suárez-Gea ML, Vargas-Castrillón E. Causes of Death in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(23):2508-2521. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.09.944>
11. Lau YC, Proietti M, Guiducci E, Blann AD, Lip GYH. Atrial Fibrillation and Thromboembolism in Patients With Chronic Kidney Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68(13):1452-1464. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.06.057>

12. Kallistratos MS, Poulimenos LE, Manolis AJ. Atrial fibrillation and arterial hypertension. *Pharmacol Res.* 2018;128:322-326. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.10.007>
13. Хидирова Л.Д., Яхонтов Д.А., Зенин С.А. Особенности течения фибрилляции предсердий у пациентов с коморбидностью в зависимости от проводимой терапии.

Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019;8(2):21-29. [Hidirova LD, Yakhontov DA, Zenin SA. Atrial fibrillation in comorbid patients depending on the treatment regimen. *Kompleksnyye problemy serdechno-sosudistykh zabolevaniy.* 2019;8(2):21-29. (In Russ.).] <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2019-8-2-21-29>

Сведения об авторах

Ефимова Оксана Игоревна, соискатель кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; врач терапевт-кардиолог неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ПСО), ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина» (443095, Россия, г. Самара, ул. Ташкентская, д. 159).
Вклад в статью: организация и участие в проведении исследований, оформление статьи.
ORCID: 0000-0002-7670-3568

Сергеева Маргарита Александровна, клинический ординатор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443070, Россия, г. Самара, ул. Аэродромная, д. 43).
Вклад в статью: участие в проведении исследований.
ORCID: 0000-0001-9628-5212

Павлова Татьяна Валентиновна, доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443070, Россия, г. Самара, ул. Аэродромная, д. 43).
Вклад в статью: организация исследований, оформление статьи.
ORCID: 0000-0003-3301-1577

Гарькина Светлана Витальевна, кандидат медицинских наук, врач-кардиолог, старший научный сотрудник НИО аритмологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2).
Вклад в статью: организация исследований, оформление статьи.
ORCID: 0000-0002-5594-6376

Хохлунов Сергей Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (443070, Россия, г. Самара, ул. Аэродромная, д. 43).
Вклад в статью: организация исследований, оформление статьи.
ORCID: 0000-0001-6000-620X

Лебедев Дмитрий Сергеевич, заслуженный деятель науки РФ, профессор РАН, д.м.н., сердечно-сосудистый хирург, руководитель НИО аритмологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (197341, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2).
Вклад в статью: организация исследований, оформление статьи.
ORCID: 0000-0002-2334-1663

Статья поступила: 08.05.2020г.

Принята в печать: 29.05.2020г.

Контент доступен под лицензией CC BY 4.0.

Authors

Dr. Oksana I. Efimova, MD, PhD Student, Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, Institute of Postgraduate Education, Samara State Medical University, Samara, Russian Federation (Aerodromnaya Street, 43, Samara, 443070, Samara, Russian Federation); Physician, Stroke Unit, Seredavin Samara Regional Clinical Hospital (Tashkentskaya Street, 159, Samara, 443095, Samara, Russian Federation).
Contribution: conceived and designed the study; collected and analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0002-7670-3568

Dr. Margarita A. Sergeeva, MD, Resident, Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, Institute of Postgraduate Education, Samara State Medical University, Samara, Russian Federation (Aerodromnaya Street, 43, Samara, 443070, Samara, Russian Federation).
Contribution: collected and analyzed the data.
ORCID: 0000-0001-9628-5212

Prof. Tatiana V. Pavlova, MD, DSc, Professor, Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, Institute of Postgraduate Education, Samara State Medical University, Samara, Russian Federation (Aerodromnaya Street, 43, Samara, 443070, Samara, Russian Federation).
Contribution: conceived and designed the study; analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0003-3301-1577

Dr. Svetlana V. Garkina, MD, PhD, Senior Researcher, Arrhythmology Department, Almazov National Medical Research Centre (Akkuratova Street, 2, St. Petersburg, 197341, Russian Federation).
Contribution: conceived the study; analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0002-5594-6376

Prof. Sergey M. Hoxhulunov, MD, DSc, Professor, Head of the Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, Institute of Postgraduate Education, Samara State Medical University (Aerodromnaya Street, 43, Samara, 443070, Samara, Russian Federation).
Contribution: conceived and designed the study; analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0001-6000-620X

Prof. Dmitriy S. Lebedev, MD, PhD, Professor, Head of Arrhythmology Department, Almazov National Medical Research Centre (Akkuratova Street, 2, St. Petersburg, 197341, Russian Federation).
Contribution: conceived the study; analyzed the data; wrote the manuscript.
ORCID: 0000-0002-2334-1663

Received: 08.05.2020

Accepted: 29.05.2020

Creative Commons Attribution CC BY 4.0.