

© ЕФИМОВА О. И., ПАВЛОВА Т. В.

УДК 616.12-008.46

DOI: 10.20333/25000136-2022-6-64-70

Анализ клинических параметров пациентов с фибрилляцией предсердий и кардиоэмболическим инсультом

О. И. Ефимова^{1,2}, Т. В. Павлова^{1,3}

¹ Самарский Государственный Медицинский Университет, Самара 443099, Российская Федерация

² Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина, Самара 443095, Российская Федерация

³ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В. П. Полякова, Самара 443070, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить исходные клинические параметры пациентов с фибрилляцией предсердий и проанализировать адекватность принимаемых ими лекарственных средств на момент развития кардиоэмболического инсульта с позиций доказательной кардиологии.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина» в период с 2016 по 2019 гг. Всего было включено 139 пациентов, из них 59 мужчин. Средний возраст больных составил $72,25 \pm 6,33$.

Результаты. Пациенты с фибрилляцией предсердий, поступившие в первичное сосудистое отделение вследствие развития кардиоэмболического инсульта, характеризовались наличием полиморбидности: артериальная гипертензия была выявлена в 99,28 % случаев, хроническая болезнь почек – в 53,96 % случаев, ишемическая болезнь сердца – в 30,94 % случаев, сахарный диабет – в 19,42 % случаев. Среди пациентов преобладали лица с постоянной формой фибрилляции предсердий (62,59 %). Риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc до момента развития инсульта составлял, в среднем, $4,37 \pm 1,2$ балла, при этом 97,84 % больных имели показания для назначения антикоагулянтной терапии. Однако в условиях реальной клинической практики профилактика развития тромбоэмболических осложнений проводилась лишь в 13,67 % случаев, при этом ее качество соответствовало современным требованиям лишь у 3,60 % больных.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что кардиоэмболические инсульты развиваются у полиморбидных больных с фибрилляцией предсердий на фоне низкого качества терапевтического ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, кардиоэмболический инсульт, тромбоэмболические осложнения, факторы риска, геморрагические осложнения, оральные антикоагулянты.

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

Для цитирования: Ефимова ОИ, Павлова ТВ. Анализ клинических параметров пациентов с фибрилляцией предсердий и кардиоэмболическим инсультом. *Сибирское медицинское обозрение.* 2022;(6):64-70. DOI: 10.20333/25000136-2022-6-64-70

Analysis of clinical parameters of patients with atrial fibrillation and cardioembolic stroke

O. I. Efimova^{1,2}, T. V. Pavlova^{1,3}

¹ Samara State Medical University, Samara 443099, Russian Federation

² Samara Regional Clinical Hospital named after V. D. Seredavin, Samara 443095, Russian Federation

³ Samara Regional Clinical Cardiology Dispensary named after V.P. Polyakov, Samara 443070, Russian Federation

The aim of the research. To assess baseline clinical parameters of patients with atrial fibrillation and to analyse the whole variety of drugs they receive at the time of the development of cardioembolic stroke from the standpoint of evidence-based cardiology.

Material and methods. The study was conducted at the premises of the neurological department for patients with acute cerebrovascular accidents of the Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavin within the period from 2016 to 2019. In total, 139 patients were enrolled, of which 59 were male. The average age of the patients was 72.25 ± 6.33 .

Results. Patients with atrial fibrillation admitted to the primary vascular department due to cardioembolic stroke were characterised by polymorbidity, namely: arterial hypertension was detected in 99.28 %, chronic kidney disease in 53.96 %, coronary heart disease in 30.94 %, diabetes mellitus in 19.42 % of the cases. Subjects with chronic atrial fibrillation prevailed among the studied patients (62.6 % of the cases). The risk of thromboembolic complications according to the CHA2DS2-VASc scale before admission to the hospital averaged at 4.37 ± 1.2 points, while 97.84 % of the patients had indications for anticoagulant therapy. However, in real clinical practice, the prevention of thromboembolic complications was only carried out in 13.67 % of the cases and its quality was in compliance with modern requirements in 3.60 % of the cases only.

Conclusion. The data obtained attest to cardioembolic stroke developing in polymorbid patients with atrial fibrillation against the background of low quality management of patients with atrial fibrillation at the outpatient-polyclinic stage. This may indicate incomplete awareness of doctors about the possible risks of developing a feasibility study in patients with atrial fibrillation, as well as low patient adherence to treatment.

Key words: atrial fibrillation, cardioembolic stroke, thromboembolic complications, risk factors, hemorrhagic complications, oral anticoagulants.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Efimova OI, Pavlova TV. Analysis of clinical parameters of patients with atrial fibrillation and cardioembolic stroke. *Siberian Medical Review.* 2022;(6):64-70. DOI: 10.20333/25000136-2022-6-64-70

Введение

Наиболее частым осложнением фибрилляции предсердий (ФП), приводящим к инвалидизации населения, является кардиоэмболический инсульт (КЭИ). Причинами его развития служат не только гемодинамические и гиперкоагуляционные изменения, закономерно возникающие на фоне данной аритмии, но и факторы, связанные с недостатками диагностических и терапевтических подходов к ведению пациентов – позднее выявление ФП, отсутствие адекватных мер профилактики тромбообразования, множественные факторы риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО) [1]. Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении целого ряда сердечно-сосудистых заболеваний, в ближайшие годы ожидается увеличение числа пациентов с ФП, перенесших ТЭО [2]. Например, в 2007 году среди всех пациентов, поступивших в стационары с ишемическим инсультом, на долю больных с ФП приходилось 16,0 %, в то время как в 2016 году данный показатель вырос до 20,6 % [3]. Подобная динамика объясняется как увеличением в популяции доли пожилых лиц, так и ростом распространенности факторов риска развития ФП, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), сахарный диабет (СД), хроническая болезнь почек (ХБП). Согласно данным литературы [3], АГ в остром периоде КЭИ встречается примерно у 90 % больных с длительным анамнезом ФП, и у 68,5 % – с ФП, впервые диагностированной в остром периоде инсульта; дислипидемия и СД диагностируются с одинаковой частотой – около 42 %, вне зависимости от длительности существования аритмии. Кроме того установлено, что летальность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний в течение первого года после КЭИ значительно выше у пациентов с длительно существующей ФП в сравнении с теми больными, у которых данная аритмия впервые была выявлена в остром периоде инсульта (10 % и 5,5 %, соответственно; $p=0,035$) [3].

Особую опасность представляют асимптомные формы ФП. Согласно результатам исследования N. Verma et al. (2019) было установлено, что ранее недиагностированная ФП выявляется у 35,8 % пациентов, перенесших криптогенный инсульт [4]. Однако даже при наличии валидированного диагноза ФП пациент далеко не всегда получает препараты, действительно снижающие риск развития КЭИ. Выявление клинических параметров, характерных для пациентов с ФП и развившимся КЭИ, а также анализ реальной частоты назначения им терапии, основанной на результатах доказательной медицины, может стать ориентиром для практических врачей и организаторов здравоохранения в их работе, а также помочь

в оптимизации тактики ведения пациентов данного профиля в условиях амбулаторно-поликлинического звена. Целью данной работы являлось изучение исходных клинических параметров пациентов с фибрилляцией предсердий и анализ адекватности принимаемых ими лекарственных средств на момент развития кардиоэмболического инсульта с точки зрения доказательной кардиологии.

Материал и методы

Исследование было выполнено на базе неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница имени В.Д. Середавина» в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики и принципами Хельсинкской декларации. Проведение данной работы было одобрено Комитетом по биоэтике при ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет Миздрава РФ», все пациенты подписали форму добровольного информированного согласия. Работа выполнена в рамках диссертационного исследования. Конфликт интересов отсутствует. В целом в анализ было включено 139 пациентов с ФП, поступивших в стационар в период с 2016 по 2019 гг с КЭИ, диагностированным при помощи нейровизуализирующих методов. В рамках данного этапа работы нами были изучены клинические и анамнестические характеристики больных, оценены частота назначения и спектр принимаемых лечебных препаратов на момент поступления в стационар. При статистической обработке собранного материала для определения характера распределения количественных показателей использовали критерий Шапиро-Уилкса. Все данные подчинялись закону нормального распределения, вследствие чего описательная статистика представлена в виде среднего значения и стандартной ошибки среднего.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов составил $72,25 \pm 6,3$ лет. Основные клинические параметры больных представлены в таблице 1. Анализ этих данных свидетельствует, что большинство больных с ФП, поступивших в неврологическое отделение с КЭИ, характеризовались полиморбидностью. Наиболее частым заболеванием, диагностированным у подавляющего числа пациентов, являлась АГ (138 человек; 99,3 %). Следует особо подчеркнуть, что АГ является значимым фактором развития как ФП, так и инсульта. При этом на момент развития КЭИ гипотензивные препараты принимали только 92 пациента (66,2 %), из них каждый третий (34 человека) находился на монотерапии. Наиболее часто в качестве гипотензивных лекарственных средств использовались бета-адреноблокаторы – бисопролол (47 человек) и метопролол

(18 человек). Вторыми по частоте использования гипотензивными препаратами были представители группы ингибиторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – их принимали 59 человек (ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (и-АПФ) – 45 человек, сартаны – 14 человек). Наиболее часто назначались периндоприл и лозартан. Однако большинство пациентов, принимавших гипотензивные препараты, отмечали, что целевые значения артериального давления (АД) у них достигнуты не были (84 человека из 92, принимавших гипотензивные препараты). Кроме того, 47 пациентов свидетельствовали о возникновении у них эпизодов повышения систолического АД более 180 мм рт. ст, несмотря на прием гипотензивных средств.

Таблица 1
Клиническая характеристика пациентов с ФП и КЭИ

Table 1
Clinical parameters of patients with AFib and CES

Характеристика / Parameter	Пациенты, включенные в исследование / Included study participants	
	Число пациентов / Number of patients	%
Общее количество / Total	139	100
Мужчины / Male	59	42,5
Артериальная гипертензия / Hypertension	138	99,3
Сахарный диабет / Diabetes	27	19,4
Курение / Smoking	13	9,4
Индекс массы тела, кг/м ² / Body mass index, kg/m ²	29,2±4,3	
ИБС осложненного течения / Complicated course of CHD	43	30,9
NYHA I-II ФКХСН / NYHA I-II FC of CHF	133	95,7
NYHA III-IV ФКХСН / NYHA III-IV FC of CHF	4	2,9
Без анамнеза ХСН / No anamnesis of CHF	2	1,4
Постоянная форма ФП / Chronic AFib	87	62,6
Персистирующая форма ФП / Persistent AFib	39	28,1
Пароксизмальная форма ФП / Paroxysmal AFib	13	9,4
ХБП I-II стадии / CKD of I-II stage	23	16,6
ХБП IIIa- IIIb стадии / CKD of IIIa- IIIb stage	51	36,7
ХБП IV стадии / CKD of IV stage	1	0,7
ХБП V стадии / CKD of V stage	0	-
Отсутствие в анамнезе ХБП / No anamnesis of CKD	64	40,3

Примечание: ИБС – ишемическая болезнь сердца, КЭИ – кардиоэмболический инсульт, ФК – функциональный класс, ФП – фибрилляция предсердий, ХБП – хроническая болезнь почек, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, NYHA – Нью-Йоркская Ассоциация Кардиологов.

Note: AFib – atrial fibrillation, CES – cardioembolic stroke, CHD – coronary heart disease, CHF – chronic heart failure, CKD – chronic kidney disease, FC – functional class, NYHA – New York Association of Cardiology.

На момент госпитализации 24 пациента (17,3 %) принимали диуретическую терапию, из них 16 – по поводу ХСН, а 8 – по поводу АГ. Комбинацию петлевого и тиазидного диуретика получали 6 больных, что объяснялось наличием у них клинически выраженной ХСН. Наиболее часто назначаемыми препаратами были торасемид и индапамид. Антагонисты минералокортикоидных рецепторов принимали 16 пациентов, из них 15 верошпирон и один – эплеренон.

Сопутствующая ХБП была выявлена в 75 случаях (54,0 %), при этом никто из больных не находился на программном гемодиализе. У одного пациента была диагностирована 4 стадия ХБП (клиренс креатинина 15-29 мл/мин./1,73 м²), а у 51 человека – 3 стадия ХБП (клиренс креатинина 30-59 мл/мин./1,73 м²).

Впервые ФП была диагностирована при поступлении в стационар у 46 пациентов (33,1 %) исследуемой группы. Согласно результатам, представленным в таблице 1, среди обследованных больных преобладали лица с постоянной формой ФП.

Одной из задач нашего исследования была оценка адекватности антикоагулянтной терапии (АКТ) на момент развития КЭИ. Принятие решения об инициации приема антикоагулянта базируется

Таблица 2
Оценка риска ТЭО на основании исходных показателей шкалы CHA₂DS₂-VASc до развития инсульта

Table 2
Risk assessment of TEC based on the CHA₂DS₂-VASc score before stroke

Количество баллов / Score	Пациенты, включенные в исследование / Included study participants	
	Число пациентов / Number of patients	%
0	0	
1	3	2,2
2	10	7,2
3	26	18,7
4	40	28,7
5	28	20,1
6	20	14,4
7	9	6,5
8	3	2,2
9	0	-
Итого/ Total	139	100
Средний показатель (M±m) / Mean value (M±m)	4,37 ±1,2 балла	
Показания к приему антикоагулянта (2 и более баллов по шкале CHA ₂ DS ₂ -VASc) / Indications for anticoagulation (2 or more points on the CHA ₂ DS ₂ -VASc scale)	136	97,8

Примечание: ТЭО – тромбоэмболические осложнения.
Note: TEC – thromboembolic complications.

на стратификации риска развития ТЭО с применением шкалы CHA2DS2-VASc (Congestive heart failure, Hypertension, Age ≥ 75 years, Diabetes mellitus, Stroke, Vascular disease, Age 65–74 years, Sex) [5, 6]. Основываясь на данной клинической рекомендации, мы рассчитали риск развития ТЭО до момента развития КЭИ (табл. 2).

Полученные данные показали, что подавляющее число больных (97,8 %) имели высокий риск развития ТЭО и, в соответствии с современными клиническими рекомендациями по лечению пациентов данного профиля, нуждались в назначении АКТ [5]. Однако в условиях реальной клинической практики прием антикоагулянтов врачи амбулаторно-поликлинического звена рекомендовали только в 13,7 % случаев (19 больным). Подробные данные о приеме антикоагулянтных препаратов представлены в таблице 3. Следует обратить внимание, что терапия оральными антикоагулянтами чаще назначалась лицам с постоянной формой ФП в сравнении с пароксизмальной и персистирующей формами.

Таблица 3

Анализ приема антикоагулянтной терапии на момент развития КЭИ

Table 3

Analysis of anticoagulant therapy at the time of acute CES

Характеристика / Characteristics	Пациенты, включенные в исследование / Included study participants	
	Число пациентов / Number of patients	%
Общее количество / Total	139	100
Отсутствие приема антикоагулянтов / No anticoagulation	120	86,4
Ривароксабан 20 мг 1 раз в день / Rivaroxaban 20 mg once daily	2	1,4
Ривароксабан 15 мг 1 раз в день / Rivaroxaban 15 mg once daily	1	0,7
Апиксабан 5 мг 2 раза в день / Apixaban 5 mg twice daily	1	0,7
Прием варфарина / Warfarin intake	15	10,8
Контроль МНО регулярный/адекватный / Adequate / regular INR control	2	1,4
Сложности контроля МНО / Complicated INR control	13	9,4

Примечание: КЭИ – кардиоэмболический инсульт, МНО – международное нормализованное отношение.

Note: CES – cardioembolic stroke, INR – international normalised ratio.

Следует также особо подчеркнуть низкое качество терапии варфарином у пациентов изучаемой группы – только у одного из 15 больных показатель международного нормализованного отношения (МНО) соответствовал необходимому диапазону (2,0–3,0). При этом 13 пациентов из 15, принимавших варфарин, при подробном врачебном опросе в стационаре

признавались, что не соблюдали необходимую регулярность в оценке МНО. Обращает на себя внимание и крайне низкая частота назначения прямых оральных антикоагулянтов (ПОАК) (2,8 %), однако во всех случаях данные лекарственные средства были назначены в дозе, соответствовавшей действующим инструкциям по применению этих лекарственных средств. На основании изложенного выше, терапию оральными антикоагулянтами следует признать соответствующей современным принципам лечения только у пяти пациентов исследуемой группы, то есть в 4,2 % случаев. Данные результаты свидетельствуют о низком качестве профилактики ТЭО у больных с ФП на амбулаторном этапе.

Одной из наиболее частых причин недостаточного назначения антикоагулянтов больным с ФП является опасение геморрагических осложнений [6]. Мы проанализировали исходные риски геморрагических осложнений у исследуемых пациентов с использованием шкалы HAS-BLED (Hypertension, Abnormal renal-liver function, Stroke, Bleeding history or predisposition, Labile international normalized ratio, Elderly > 65 years, Drugs or alcohol concomitantly), которая показала низкую вероятность развития кровотечений – среднее количество баллов не превышало 2 (1,91 \pm 0,35). Следует отметить, что у всех больных, включенных в исследование, отсутствовали признаки и симптомы кровотечений как на момент развития КЭИ, так и как минимум в течение месяца до его возникновения. Таким образом, противопоказаний к приему оральных антикоагулянтов не было ни у одного больного исследуемой группы.

Результаты и обсуждение

Нарушение регулярности сокращений сердца и физиологического кровотока, возникающие на фоне ФП, способствуют активации свертывающей системы крови и последующим тромбообразованию и эмболизации. Кроме того, пациенты с ФП – это, как правило, пожилые люди. В настоящее время установлено, что у лиц старших возрастных групп возникают различные морфофункциональные нарушения миокарда, приводящие к его электрической нестабильности, что способствует возникновению и прогрессии ФП [7]. Полиморбидность, характерная для пациентов с ФП, усугубляет эти процессы. Соответственно, наиболее опасными осложнениями ФП являются ТЭО в различных сосудистых бассейнах, и в первую очередь – в головном мозге. Важнейшее условие улучшения прогноза пациентов с ФП – назначение им АКТ, что, в соответствии с современным алгоритмом ведения пациентов данного профиля, имеет наивысший класс рекомендаций и максимальный уровень доказанности (IA) [5, 8], при этом в приеме АКТ нуждается подавляющее число больных с ФП [9].

В лечении пациентов с ФП в настоящее время существует ряд проблем. Во-первых, поздняя диагностика ФП вследствие как бессимптомного течения, так и позднего обращения пациентов к врачам. Во-вторых, даже в случае предъявления пациентами жалоб на эпизоды сердцебиения, полноценное обследование для подтверждения диагноза ФП назначается далеко не всегда. Однако врачи должны помнить, что подобные жалобы могут свидетельствовать о пароксизмальном течении ФП, и, следовательно, сделать все необходимое для верификации диагноза и инициации приема антикоагулянтных препаратов в случае выявления ФП. Тем не менее, даже после диагностики ФП адекватная терапия назначается далеко не всегда.

Выявление проблем, существующих в ведении пациентов с ФП, базируется на результатах исследований, которые оценивали сложившуюся реальную клиническую практику в отношении данной категории пациентов. Так, российский регистр РЕКВАЗА (Регистр КардиоВаскулярных Заболеваний) [10] показал, что популяция пациентов ФП в среднем состоит из пожилых лиц (средний возраст $72,3 \pm 10,1$ лет), преимущественно – женщин (66 %). Средний балл по шкале CHA₂DS₂-VASc в целом по группе составил $4,62 \pm 1,57$ баллов, по шкале HAS-BLED – $2,99 \pm 1,02$ баллов. Инфаркт миокарда и сахарный диабет в анамнезе перенесли 20,2 % и 21,1 % больных, соответственно. Наиболее часто ФП сочеталась с АГ, ИБС и ХСН – у 93 % больных. ХБП была диагностирована у 47 % лиц.

Исследование, выполненное нами, по основным результатам соответствует итогам регистра РЕКВАЗА. Средний возраст пациентов в изученной нами группе составил $72,25 \pm 6,33$ года; доля женщин была больше, чем мужчин (57,6 % и 42,5 %, соответственно); наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями были АГ (99,3 %), ХСН (98,6 %), ХБП (54,0 %), ИБС (30,9 %) и СД (19,4 %). Среднее значение индекса массы тела составило $29,2 \pm 4,3$ кг/м². Стратификация риска развития ТЭО с применением шкалы CHA₂DS₂-VASc показала, что в целом изученная группа больных соответствовала высокому риску тромботических осложнений (средний балл $4,37 \pm 1,2$). Однако уникальность нашего исследования состоит в том, что мы оценивали жалобы, данные анамнеза и тактику ведения пациентов с ФП за период, предшествующий развитию КЭИ. Данный анализ был выполнен для определения тех критических моментов, которые стали решающими в возникновении тромбоза, и выявление которых позволит в будущем оптимизировать профилактику КЭИ среди пациентов данного профиля. Согласно нашим данным, «типичный» пациент с ФП и развившимся КЭИ – это пожилой человек с избыточной массой тела, который имеет несколько сопутствующих заболеваний и высокий

риск развития ТЭО. Тщательный анализ анамнестических данных каждого из пациентов, включенных в исследованную группу, позволил установить, что до момента развития КЭИ в назначении АКТ нуждались 97,8 % больных, и противопоказаний к приему антикоагулянтов не было ни у одного пациента.

Основной проблемой, которую выявило наше исследование, является низкое качество лечения пациентов с ФП на амбулаторном этапе, не соответствующее современным терапевтическим подходам. Во-первых, АКТ была назначена лишь 13,7 % больных, в то время как нуждались в ней 97,8 %. Объяснением этого являются, как правило, опасения геморрагических осложнений. Однако в среднем в исследуемой группе риск развития кровотечений, стратифицированной по шкале HAS-BLED, не был высоким ($1,91 \pm 0,35$). Тщательный расспрос больных также позволил установить, что никаких проявлений кровоточивости в течение как минимум 30 суток до момента развития КЭИ у них не было. Кроме того, возможной причиной отсутствия АКТ стало недостаточное информированное врачами амбулаторного звена пациентов и их родственников о рисках развития осложнений ФП, и прежде всего – КЭИ, что значительно снизило приверженность данному виду терапии. Во-вторых, в случае назначения антикоагулянта выбор в основном делался в пользу варфарина, в то время как оптимальными препаратами у пациентов с ФП являлись ПОАК, согласно действовавшей на момент нашего исследования версии клинических рекомендаций [5]. ПОАК доказали высокую эффективность и лучшую безопасность в сравнении с варфарином по итогам целого ряда рандомизированных клинических исследований. Вероятно, основанием для выбора варфарина являлась высокая стоимость терапии ПОАК. В третьих, терапия большинства пациентов, принимавших варфарин, нельзя назвать эффективной, так как уровень гипокоагуляции, необходимый для профилактики тромбообразования, не был достигнут у 13 пациентов из 15, принимавших данный лекарственный препарат. Кроме того, основная часть пациентов, использовавших варфарин, признавались в отсутствии регулярного контроля МНО. Стоит заметить, что время нахождения МНО в терапевтическом диапазоне должно составлять более 70 % – то есть из 10 последовательных ежемесячных измерений допускается выход МНО за пределы терапевтического диапазона не более двух раз. Терапия антагонистами витамина К может осуществляться только при соблюдении этого условия [5, 8].

В четвертых, обращает на себя внимание тот факт, что АКТ чаще рекомендовалась лицам с постоянной формой ФП. При этом современные эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что риски

развития ТЭО у больных с ФП одинаково высоки при наличии любой формы данной аритмии, а также у бессимптомных пациентов [11, 12]. В итоге, прием АКТ можно считать адекватным только у 4,2 % пациентов, при этом следует еще раз подчеркнуть, что противопоказаний к назначению АКТ не выявлено ни у одного больного, а опасение развития геморрагических осложнений не могло быть основанием для неназначения АКТ, так как риск развития кровотечений у наших пациентов на амбулаторном этапе был невысоким. В целом, результаты нашего исследования совпадают с данными других авторов, опубликованными в доступных электронных литературных базах [10, 13-16].

Лечение сопутствующей патологии также не соответствовало современным рекомендациям – например, пациенты с АГ не получали необходимой терапии. Так, антигипертензивные лекарственные препараты были назначены лишь 66,2 % больных, при этом большинство пациентов при тщательном опросе свидетельствовали о низкой ее эффективности, а также о нерегулярности приема препаратов, контролирующей уровень АД. Однако современные клинические рекомендации [8] рассматривают достижение целевых значений АД у пациентов с ФП как обязательный компонент ведения пациентов с точки зрения снижения частоты как инсультов, так и кровотечений (IB). Кроме того, в клинических рекомендациях особо подчеркивается важность диагностического поиска ФП у всех пациентов с АГ (IB). Одной из находок нашего исследования является то, что в качестве антигипертензивных препаратов больных с ФП чаще всего назначались бета-блокаторы. Скорее всего, это объясняется способностью препаратов данного класса ингибировать активность симпатической нервной системы, что клинически проявляется не только гипотензивным, но и антиаритмическим действием, и оправдывает их прием у большинства пациентов с различными формами ФП. Тем не менее, монотерапия бета-блокаторами далеко не всегда приводит к нормализации уровня АД, что также подтвердили результаты нашей работы. Как правило, только комбинация нескольких лекарственных средств позволяет эффективно контролировать АГ и снижать риск развития осложнений – как тромботических, так и геморрагических.

Заключение

На основании данных, полученных в нашем исследовании, можно констатировать, что пациент с фибрилляцией предсердий, у которого развился кардиоэмболический инсульт – это пожилой человек с избыточной массой тела и высокой частотой сопутствующей патологии. Даже до момента развития инсульта такой больной уже имел высокий риск развития тромбоемболических осложнений. Несмотря

на это, подавляющему числу пациентов адекватная профилактика тромбообразования на амбулаторно-поликлиническом этапе не проводилась. Кроме того, лечение сопутствующей патологии также не соответствовало современным подходам. Совокупность данных факторов привела к развитию тромбоемболического осложнения – кардиоэмболического инсульта. С целью повышения качества ведения пациентов с фибрилляцией предсердий на амбулаторном этапе целесообразным представляется повсеместное внедрение обучающих программ для специалистов амбулаторно-поликлинического звена, посвященным своевременным подходам к диагностике асимптомных форм фибрилляции предсердий и адекватной ее терапии. Кроме этого, одной из важнейших задач является комплексное обучение пациентов и их родственников, которое позволит им осознавать высокие тромботические риски данного заболевания, а также необходимость и высокую эффективность методов их профилактики и лечения.

Литература / References

1. Yaghi Sh, Bernstein RA, Passman R, Okin PM, Furie Cryptogenic Stroke: Research and Practice. *Circulation Research*. 2017; (120): 527–540. DOI: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308447
2. Thrift AG, Thayabaranathan T, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, Feigin VL, Norrving B, Donnan GA, Cadilhac DA. Global stroke statistics. *International Journal of Stroke*. 2017; 12(1):13-32. DOI: 10.1177/1747493016676285
3. Yushan B, Tan BYQ, Ngiam NJ, Chan BPL, Luen TH, Sharma VK, Sia CH, Dalakoti M, Chong SS, Kojodjojo 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). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2019; 28 (9): 2448-2452. DOI: 1016/j.jstrokecerebrovasdis.2019.06.025
4. Verma N, Ziegler PD, Liu S, Passman Incidence of atrial fibrillation among patients with an embolic stroke of undetermined source: Insights from insertable cardiac monitors. *International Journal of Stroke*. 2019; 14(2): 146-153. DOI: 10.1177/1747493018798554
5. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *European Heart Journal*. 2016;37 (38):2893-2962. DOI:10.1093/eurheartj/ehw210
6. Новикова ТН. Минимизация риска кровотечений при назначении прямых пероральных антикоагулянтов. *Атеротромбоз*. 2021; 11(1):106-126. [Novikova TN. The risk of bleeding minimization with direct oral anticoagulants. *Atherothrombosis*. 2021;11(1):106–126. (In Russian)] DOI:10.21518/2307-1109-2021-11-1-106-126

7. Zhang J, Johnsen SP, Guo Y, Lip Epidemiology of Atrial Fibrillation: Geographic/Ecological Risk Factors, Age, Sex, Genetics. *Cardiac Electrophysiology Clinics*. 2021;13(1):1-23. DOI: 10.1016/j.ccep.2020.10.010

8. 2020 ESC guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European Heart Journal*. 2020; 00:1-125. DOI:10.1093/eurheartj/ehaa612

9. Friberg L, Rodenqvist M, Lip G. Net clinical benefit of warfarin in patients with atrial fibrillation: a report from the Swedish atrial fibrillation cohort study. 2012;125(19):2298-307. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.0550079

10. Лукьянов ММ, Бойцов СА, Якушин СС, Марцевич СЮ, Воробьев АН, Загребельный АВ, Харлап ЕВ, Переверзева КГ, Правкина ЕА, Сердюк СЕ, Деев АД, Кудряшов ЕН. Диагностика, лечение, сочетанная сердечно-сосудистая патология и сопутствующие заболевания у больных с диагнозом «фибрилляция предсердий» в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики (по данным Регистра Кардио-Васкулярных Заболеваний РЕКВАЗА). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии*. 2014;10(4):366-377. [Loukianov MM, Boytsov SA, Yakushin SS, Martsevich SY, Vorobyev AN, Zagrebelyny AV, Kharlap MS, Pereverzeva KG, Pravkina EA, Serdyuk SE, Deev A.D, Kudryashov EN. Diagnostics, treatment, associated cardiovascular and concomitant non-cardiac diseases in patients with diagnosis of "atrial fibrillation" in real outpatient practice (according to data of registry of cardiovascular diseases, RECVASA). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2014; 10 (4): 366-377. (In Russian)] DOI:20996/1819-6446-2014-10-4-366-377

11. Boriani G, Laroche C, Diemberger I, Fantecchi E, Popescu MI, Rasmussen LH, Sinagra G, Petrescu L, Tavazzi L, Maggioni AP, Lip GY. Asymptomatic atrial fibrillation: clinical correlates, management, and outcomes in the EORP-AF Pilot General Registry. *The American Journal of Medicine*. 2015;(128):509-518. DOI:10.1016/j.amjmed.2014.11.026

12. Siontis KC, Gersh BJ, Killian JM, Noseworthy PA, McCabe P, Weston SA, Roger VL, Chamberlain AM. Typical, atypical and asymptomatic presentations of new-onset atrial fibrillation in the community: characteristics and prognostic implications. *Heart Rhythm*. 2016;(13):1418-1424. DOI: 10.1016/j.hrthm.2016.03.003

13. 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. *European Heart Journal*. 2009;30(9):1038-45. DOI: 10.1093/eurheartj/ehn579

14. Lau YC, Proietti M, Guiducci E, Blann AD, Lip GYH. Atrial Fibrillation and Thromboembolism in Patients With Chronic Kidney Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 2016;68(13):1452-1464. DOI: 10.1016/j.jacc.2016.06.057

15. Хидирова ЛД, Яхонтов ДА, Зенин СА. 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, Yahontov DA, Zenin SA. Features of the course of atrial fibrillation in patients with comorbidity, depending on the therapy. *Complex Problems Of Cardiovascular Diseases*. 2019; 8 (2): 21-29. (In Russian)] DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-2-21-29

16. Kallistratos MS, Poulimenos LE, Manolis AJ. Atrial fibrillation and arterial hypertension. *Pharmacological Research*. 2018;(128):322-326. DOI: 10.1016/j.phrs.2017.10.007

Сведения об авторах

Ефимова Оксана Игоревна, соискатель кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии института профессионального образования Самарского Государственного Медицинского Университета, адрес: Российская Федерация, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89; врач - терапевт-кардиолог неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения Самарской областной клинической больницы имени В.Д. Середавина, адрес: Российская Федерация, 443095, г. Самара, ул. Ташкентская, 159; тел.: +79276563471; e-mail: kcycha5555@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7670-3568>

Павлова Татьяна Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования Самарского Государственного Медицинского Университета, доктор медицинских наук, доцент, адрес: Российская Федерация, 443099, г. Самара, ул. Чапаевская, 89; заведующая отделением клинических исследований Самарского областного клинического кардиологического диспансера им. В.П. Полякова, адрес: Российская Федерация, 443070, г. Самара, ул. Аэродромная, 43; тел.: +79272032183; e-mail: ptvsam63@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3301-1577>

Author information

Oksana I. Efimova, student of the Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery, Institute of post-graduate education Samara State Medical University, Address: 89, Chapaevskaya Str., Samara, Russian Federation, 443099; Physician of the neurological department for patients with acute disorders of cerebral circulation Samara Regional Clinical Hospital named after V.D. Seredavina, Address: 159, Tashkentskaya Str., Samara, Russian Federation 443095; Phone: +79276563471; e-mail: kcycha5555@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0002-7670-3568>

Tatiana V. Pavlova, Dr. Med. Sci., Professor of the Department of Cardiology and Cardiovascular Surgery Institute of post-graduate education Samara State Medical University, Doctor of Medical Sciences, Address: 89, Chapaevskaya Str., Samara, Russian Federation, 443099; head of the Department of Clinical Research of Samara Regional Clinical Cardiology Dispensary named after V.P. Polyakov, Address: 43, Aerodromnaya Str, Samara, Russian Federation 443070; Phone: +79272032183; e-mail: ptvsam63@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-3301-1577>

Дата поступления 15.04.2022

Дата рецензирования 29.10.2022

Принята к печати 03.11.2022

Received 15 April 2022

Revision Received 29 October 2022

Accepted 03 November 2022