

Назначение медикаментозной терапии, влияющей на прогноз у больных с фибрилляцией предсердий в сочетании с артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью по данным регистра РЕКВАЗА-КЛИНИКА

Степина Е. В.¹, Лукьянов М. М.¹, Бичурина М. А.¹, Белова Е. Н.¹, Кудряшов Е. В.¹, Юзьков Ю. В.², Бойцов С. А.¹

¹ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. Москва; ²ООО “СБС Контакт”. Москва, Россия

Цель. Изучить частоту назначения пероральных антикоагулянтов (ПОАК), β-адреноблокаторов (β-АБ), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)/блокаторов рецепторов ангиотензина-II (БРА) и статинов больным с фибрилляцией предсердий (ФП) в сочетании с артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на госпитальном и амбулаторном этапах лечения в рамках регистра сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы. В регистр РЕКВАЗА-КЛИНИКА включены 3696 пациентов с ФП в сочетании с АГ, ИБС, ХСН и их сочетаниями, госпитализированных в ФГБУ “ГНИЦПМ” МЗ РФ за период с 01.04.2013г по 31.12.2014г, проживающих в Москве и Московской области. В настоящее исследование включены 285 (7,7%) больных с ФП в сочетании с АГ, ИБС и ХСН. Назначение на догоспитальном и госпитальных этапах ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статинов оценивали на основании данных историй болезни. После выписки из стационара через 24,1±5,9 мес. лекарственная терапия была оценена по результатам телефонного контакта с 250 пациентами, а также через 35,5±7,5 мес. на визите к кардиологу у 113 случайно отобранных больных.

Результаты. Средний возраст больных с ФП в сочетании с АГ, ИБС и ХСН составил 73,9±10,0 лет (мужчины — 52,6%). Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе перенесли 58,9% больных, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) — 21,7%. На госпитальном этапе, а также через 2 и 3 года наблюдения частота назначения ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА, статинов была достоверно выше, чем до госпитализации ($p < 0,05$). Через 2 и 3 года после выписки из стационара, назначение ИАПФ/БРА достоверно не снизилось, однако значительно реже, чем на госпитальном этапе, назначались статины (в 1,5 и 2,0 раза), ПОАК (в 1,2 и 1,4 раза) и β-АБ (в 1,1 раза через 3 года наблюдения). Комбинация 4 лекарственных препаратов

анализируемых классов наиболее часто назначалась в стационаре (68%), а наиболее редко — до госпитализации и через 3 года постгоспитального наблюдения — в 3,7 и 2,3 раза реже, чем на госпитальном этапе. Больным с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) чаще, чем пациентам без ПИКС, назначали ПОАК на догоспитальном этапе (в 1,4 раза) и β-АБ до госпитализации и в стационаре (в 1,2 раза) и через 2 года наблюдения (в 1,1 раза). Однако необоснованно реже назначали ИАПФ/БРА на догоспитальном и постгоспитальном этапах (в 1,2 и 1,1 раза), ПОАК на срок 3 года наблюдения (в 1,3 раза). При сравнении пациентов, переносивших и не переносивших ранее ОНМК, не выявлено статистически значимых различий частоты назначения анализируемых классов лекарственных препаратов.

Заключение. По данным госпитального проспективного регистра РЕКВАЗА-КЛИНИКА больным с ФП в сочетании с АГ, ИБС и ХСН на догоспитальном этапе недостаточно часто, особенно на амбулаторном этапе, назначали ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА, статины, оказывающие благоприятное влияние на прогноз. Необходимо повысить приверженность врачей амбулаторного звена назначению комбинации ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статинов у этой категории больных.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, регистр, соответствие медикаментозной терапии клиническим рекомендациям, этапы лечения.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(2): 33–38
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-2-33-38>

Поступила 17/02-2017

Принята к публикации 02/03-2017

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (929) 582-68-07

e-mail: estepina23@gmail.com

[Степина Е. В. — аспирант отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, Лукьянов М. М. — к. м. н., в. н. с. отдела, Бичурина М. А. — врач кардиолог-реаниматолог, Белова Е. Н. — программист лаборатории биостатистики, Кудряшов Е. В. — программист лаборатории биостатистики, Юзьков Ю. В. — инженер-программист, Бойцов С. А. — д. м. н., профессор, чл.-корр. РАН, руководитель отдела, директор].

Prescription of medications influencing prognosis in atrial fibrillation with arterial hypertension, coronary heart disease, chronic heart failure, by the registry REKVAZA-CLINIC

Stepina E. V.¹, Lukyanov M. M.¹, Bichurina M. A.¹, Belova E. N.¹, Kudryashov E. V.¹, Yuzkov Yu. V.², Boytsov S. A.¹

¹National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health. Moscow; ²LLC "SBS Contact". Moscow, Russia

Aim. To investigate on the prevalence of oral anticoagulation prescription (OAC), of β -blockers (BAB), angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEi) or angiotensin receptor type II blockers (ARB), and statins in patients with atrial fibrillation (AF) comorbid with arterial hypertension (AH), coronary heart disease (CHD), chronic heart failure (CHF) at in-patient and out-patient stages of management, under framework of REKVAZA-CLINIC registry of cardiovascular diseases (CVD).

Material and methods. Into the REKVAZA-CLINIC study, 3696 patients included, with diagnoses of AF, AH, CHD, CHF and combinations, hospitalized to NRCPM from 01.04.2013 to 31.12.2014, living in Moscow and Moscow Region. Of those, in current study 285 patients included (7,7%) with combinations of AF, AH, CHD, CHF. Prescription at out-patient stage of the OAC, BAB, ARB/ACEi and statins was assessed by case histories review. After the discharge, in 24,1 \pm 5,9 months, drug treatment was assessed by phone calls in 250 patients, and in 35,5 \pm 7,5 months — during office cardiologist visit in 113 randomly selected patients.

Results. Mean age of the patients with combination of AF, AH, CHD and CHF was 73,9 \pm 10,0 y.o. (52,6% males). Myocardial infarction (MI) in anamnesis had 58,9% patients, stroke — 21,7%. At hospital stage, and in 2 and 3 years of follow-up, the prevalence of ACEi/ARB prescription did not decrease significantly, but statins were prescribed less comparing to in-patient stage (1,5 and 2,0 times), as OAC (1,2 and 1,4 times) and BAB (1,1 times in 3 years of follow-up). Combination of

4 drugs of the included classes, was the most commonly prescribed in-patient (68%) and most rare — before admission and in 3 years of post-discharge follow-up — 3,7 and 2,3 times more rare, than in in-patient stage. Postinfarction atherosclerosis patients were less commonly prescribed the OAC at pre-admission stage (1,4 times) and BAB before admission and in hospital (1,2 times), as 2 years later (1,1 times). The ACEi/ARB were prescribed too rare at pre-admission and post-discharge stages (1,2 and 1,1 times), OAC for the period of 3 years (1,3 times). If comparing the patients with anamnesis of stroke, and with none, there were no significant differences of the drugs prescription frequency.

Conclusion. By the data from in-hospital prospective registry REKVAZA-CLINIC, in patients with AF, AH, CHD, CHF at pre-admission stage, especially out-patient, the following drugs prescribed too rarely: OAC, BAB, ACEi/ARB, statins, that have beneficial impact on prognosis. It is important to increase outpatient physicians adherence to the combinations prescription for OAC, BAB, ACEi/ARB, statins in this category of patients.

Key words: atrial fibrillation, arterial hypertension, coronary heart disease, chronic heart failure, registry, the relevance of therapy to guidelines, management stages.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(2): 33–38

<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-2-33-38>

АГ — артериальная гипертензия, БРА — блокаторы рецепторов ангиотензина II, ИАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ЛП — лекарственные препараты, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ПОАК — пероральные антикоагулянты, ПИКС — постинфарктный кардиосклероз, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФП — фибрилляция предсердий, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, β -АБ — β -адреноблокаторы, РЕКВАЗА-КЛИНИКА — госпитальный Регистр Кардиоваскулярных Заболеваний.

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смерти на территории РФ и во всем мире. Фибрилляция предсердий (ФП) вносит большой вклад в увеличение частоты инсультов, а также инвалидизации и смертности населения [1-3]. Наиболее частыми причинами развития неклапанной ФП являются артериальная гипертензия (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), ишемическая болезнь сердца (ИБС). В течение последних 30-40 лет в развитых странах происходит старение населения с высокой долей пациентов, имеющих сочетание нескольких ССЗ, что требует применения современных алгоритмов комбинированной медикаментозной терапии [1-6].

Клинические рекомендации и многочисленные клинические исследования указывают, что в силу доказанного благоприятного влияния на прогноз, больным с ФП необходимо назначать пероральные антикоагулянты (ПОАК) [1, 2], больным с ИБС — статины [4], пациентам с ХСН — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)/блокаторы рецепторов ангиотензина-II

(БРА) и β -адреноблокаторы (β -АБ) [5, 7]. Важность назначения лекарственных препаратов (ЛП), улучшающих прогноз, находит свое подтверждение в том, что они называются рядом авторов “лекарствами, спасающими жизнь” (life-saving drugs) [8].

Соответственно, пациентам с ФП в сочетании с АГ, ИБС и ХСН показано комбинированное назначение всех четырех вышеуказанных классов препаратов, каждый из которых улучшает прогноз. Тем не менее, рядом исследований показано, что в реальной клинической практике частота назначения ПОАК, β -АБ, ИАПФ/БРА и статинов у этой категории больных, не в полной мере соответствует клиническим рекомендациям. На амбулаторном этапе лечения ИАПФ/БРА при ХСН получают 40,7-69,0% пациентов, β -АБ при ХСН — 35,0-79,0% пациентов, статины при ИБС — 30,0-37,0% пациентов, ПОАК при ФП — 4,1-62,7% [9-12].

Проблема назначения ЛП с доказанным благоприятным действием на прогноз является еще более практически значимой у больных с ФП в сочетании с АГ, ИБС и ХСН, которым должна назначаться комбинация четырех препаратов этих классов, однако этот вопрос пока недостаточно изучен.

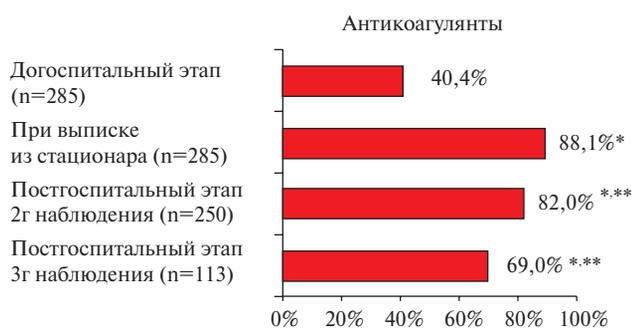


Рис. 1 Назначение антикоагулянтов пациентам с сочетанием ФП, АГ, ИБС и ХСН на различных этапах оказания медицинской помощи.

Примечание: * — достоверные различия, по сравнению с догоспитальным этапом ($p < 0,05$), ** — достоверные различия на постгоспитальном этапе, по сравнению с госпитальным ($p < 0,05$).

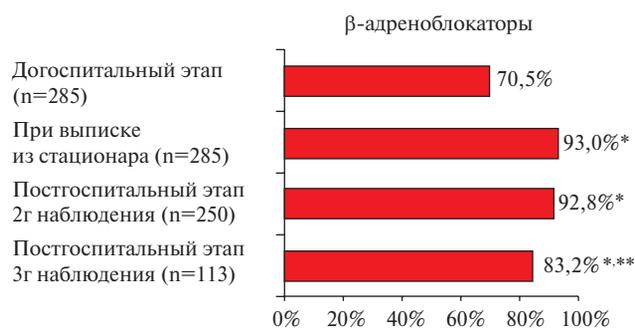


Рис. 2 Назначение β-АБ пациентам с сочетанием ФП, АГ, ИБС и ХСН на различных этапах оказания медицинской помощи.

Примечание: * — достоверные различия, по сравнению с догоспитальным этапом ($p < 0,05$), ** — достоверные различия на постгоспитальном этапе, по сравнению с госпитальным ($p < 0,05$).

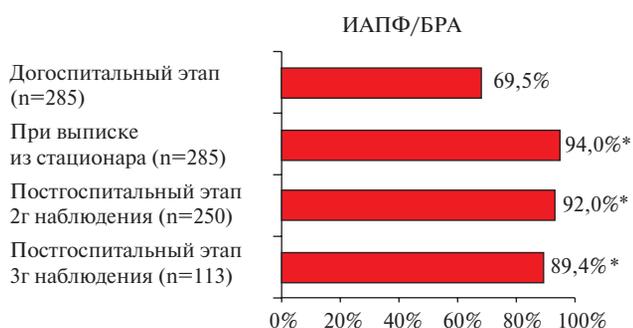


Рис. 3 Назначение ИАПФ/БРА пациентам с сочетанием ФП, АГ, ИБС и ХСН на различных этапах оказания медицинской помощи.

Примечание: * — достоверные различия, по сравнению с догоспитальным этапом ($p < 0,05$).

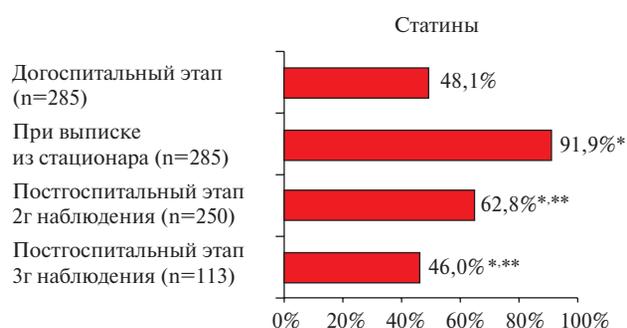


Рис. 4 Назначение статинов пациентам с сочетанием ФП, АГ, ИБС и ХСН на различных этапах оказания медицинской помощи.

Примечание: * — достоверные различия, по сравнению с догоспитальным этапом ($p < 0,05$), ** — достоверные различия на постгоспитальном этапе, по сравнению с госпитальным ($p < 0,05$).

Таким образом, актуальной является цель настоящей работы — изучение частоты назначения ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА, статинов у больных с ФП в сочетании с АГ, ИБС, ХСН на госпитальном и амбулаторном этапах лечения в рамках регистра ССЗ.

Материал и методы

В регистр РЕКВАЗА-КЛИНИКА (госпитальный Регистр КардиоВаскулярных Заболеваний) включены 3696 пациентов, с диагнозами ФП, АГ, ИБС, ХСН и их сочетаниями, госпитализированных в ФГБУ «ГНИЦПМ» МЗ РФ за период с 01.04.2013 по 31.12.2014г, проживающих в Москве либо Московской области. В изучаемую когорту вошли 285 (7,7%) больных, имеющих сочетание ФП с АГ, ИБС и ХСН в заключительном диагнозе истории болезни. Сбор информации осуществлялся посредством анализа историй болезни пациентов с последующей регистрацией в электронной базе данных. На амбулаторном этапе на срок от 12 мес. после выписки из стационара (в среднем через $24,1 \pm 5,9$ мес.) осуществлялся телефонный контакт с пациентом (либо родственниками в случае смерти), в ходе которого повторно регистрировались данные о принимаемых ЛП. Из случайно выбранных 143 (50,2%) пациентов от числа включенных в исследование был составлен список для приглашения на визит к кардиологу в ГНИЦПМ на срок

от 24 мес. после выписки из стационара. Цель визита: получение информации о принимаемых ЛП, оценка клинического состояния, проведение анкетирования. Клинические данные и результаты анкетирования будут представлены в последующей публикации.

Для статистической обработки результатов использовались методы описательной статистики. Количественные данные представлены в виде: среднее значение \pm стандартное отклонение. Достоверность различий средних величин оценивались с помощью критерия Стьюдента, достоверность различий частоты наличия признаков в группах сравнения — непараметрическим методом с применением критерия χ^2 .

Результаты

У больных с сочетанием ФП с АГ, ИБС и ХСН средний возраст составил $73,9 \pm 10,0$ лет (мужчины — 52,6%). В изучаемой группе инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе перенесли 168 (58,9%) больных, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) — 62 (21,7%). Риск тромбоемболических осложнений по шкале CHA₂DS₂-VASc (Congestive Heart failure, Hypertension, Age (2 ball), Diabetes mellitus, Stroke (2 ball), Vascular disease, Age, Sex

Таблица 1

Частота назначения комбинации ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статинов больным с сочетанием ФП, АГ, ИБС, ХСН на различных этапах лечения (%)

Догоспитальный n=285	Госпитальный n=285	Этапы лечения	
		Постгоспитальный (2г) n=250	Постгоспитальный (3г) n=113
18,2	68,1*	46,4*.**	30,1*.**

Примечание: * — достоверные различия, по сравнению с догоспитальным этапом (p<0,05), ** — достоверные различия на постгоспитальном этапе, по сравнению с госпитальным (p<0,05).

Таблица 2

Частота назначения ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статинов больным с сочетанием ФП, АГ, ИБС, ХСН на различных этапах лечения при наличии/отсутствии ИМ в анамнезе (%)

Классы лекарственных препаратов		Этапы лечения			
		Догоспитальный n ₁ =168 n ₂ =117	Госпитальный n ₁ =168 n ₂ =117	Постгоспитальный (2г) n ₁ =140 n ₂ =110	Постгоспитальный (3г) n ₁ =62 n ₂ =51
		ПОАК	ПИКС (+)	45,2***	88,1*
	ПИКС (-)	33,3	88,0*	83,6*	78,4*
β-АБ	ПИКС (+)	76,8***	95,8*.*.*.*	96,4*.*.*.*	85,5*.*.*
	ПИКС (-)	61,5	88,9*	88,2*	80,4*.*.*
ИАПФ/БРА	ПИКС (+)	64,9***	92,9*	87,1*.*.*.*	85,5*
	ПИКС (-)	76,1	95,7*	98,2*	94,1*
Статины	ПИКС (+)	54,2***	89,9*	61,4**	41,9**
	ПИКС (-)	39,3	94,9*	64,5*.*.*	51,0**

Примечание: * — достоверные различия, по сравнению с догоспитальным этапом (p<0,05), ** — достоверные различия на постгоспитальном этапе, по сравнению с госпитальным (p<0,05), *** — достоверные различия, по сравнению с больными без ПИКС (p<0,05).

category) составил $5,14 \pm 1,50$ баллов, риск геморрагических осложнений 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) — $1,59 \pm 0,79$ баллов. Через $24,1 \pm 5,9$ мес. наблюдения (~2,0 года) умерли 25 (8,8%) пациентов, выбыли из-под наблюдения — 10 (3,5%), контакт был установлен с 250 пациентами (96,2% от числа выживших). Через $35,5 \pm 7,5$ мес. (~3,0 года) наблюдения, на визите были получены результаты у 113 (79,0%) из 143 случайно отобранных пациентов, из них 105 (73,4%) больных были на приеме у кардиолога и 8 (5,6%) осмотрены врачом на дому.

На рисунках 1-4 отражена динамика назначения ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статинов на догоспитальном этапе, а также через 2 и 3 года после выписки из стационара. На госпитальном этапе, по сравнению с догоспитальным, частота назначения вышеуказанных 4 классов ЛП была достоверно выше (p<0,05). В наибольшей степени в стационаре возросла частота назначения ПОАК — в 2,2 раза, статинов — в 1,9 раза, в меньшей степени — ИАПФ/БРА — в 1,4 раза и β-АБ — в 1,3 раза. На амбулаторном этапе достоверно не снижалась частота назначения ИАПФ/БРА через 2 и 3 года наблюдения и β-АБ — через 2 года после выписки. Однако значительно уменьшилась частота назначения стати-

нов — в 1,5 раза и 2,0 раза, соответственно, ПОАК — в 1,2 раза и в 1,4 раза. Тем не менее, частота назначения для всех четырех анализируемых классов ЛП оставалась на сроки 2 и 3 года наблюдения достоверно выше (p<0,05), чем на догоспитальном этапе.

Назначение комбинации ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статинов было наиболее частым на госпитальном этапе — 68,1% (в 3,7 раза больше чем до госпитализации), таблица 1. Однако, в постгоспитальном периоде на сроки 2 и 3 года наблюдения назначение этой комбинации ЛП, соответствующей клиническим рекомендациям, осуществлялась значительно реже — в 1,5 и 2,3 раза, соответственно (p<0,05).

Таким образом, несмотря на сочетание диагноза ФП с АГ, ИБС и ХСН, наличие высокого риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений, назначение препаратов с доказанным благоприятным влиянием на прогноз, в соответствии с национальными и международными клиническими рекомендациями, являлось недостаточным, преимущественно на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения.

Медикаментозная терапия у больных в сочетании ФП с АГ, ИБС и ХСН на различных этапах лечения при наличии/отсутствии ИМ в анамнезе

На госпитальном этапе у больных с ИМ в анамнезе и без перенесенного ИМ, частота назначения ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА, статинов достоверно

Таблица 3

Частота назначения ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статинов больным с сочетанием ФП, АГ, ИБС, ХСН на различных этапах лечения при наличии/отсутствии ОНМК в анамнезе (%)

Классы лекарственных препаратов		Этапы лечения			
		Догоспитальный n ₁ =62 n ₂ =223	Госпитальный n ₁ =62 n ₂ =223	Постгоспитальный (2г) n ₁ =50 n ₂ =200	Постгоспитальный (3г) n ₁ =25 n ₂ =88
ПОАК	ОНМК (+)	49,0	92,5*	83,7*	56,0**
	ОНМК (-)	38,1	87,0*	81,5*	72,7***
β-АБ	ОНМК (+)	74,2	96,8*	96,0*	92,0*
	ОНМК (-)	69,5	91,0*	92,0*	80,7***
ИАПФ/БРА	ОНМК (+)	73,6	92,5*	90,0*	92,0*
	ОНМК (-)	68,6	94,6*	92,5*	88,6*
Статины	ОНМК (+)	54,7	90,6*	62,0**	44,0**
	ОНМК (-)	46,2	92,4*	63,0***	46,6**

Примечание: нет достоверных различий между больными с ОНМК и без ОНМК в анамнезе (p>0,05), * — достоверные различия по сравнению с догоспитальным этапом (p<0,05), ** — достоверные различия на постгоспитальном этапе по сравнению с госпитальным (p<0,05).

возросла в 1,2-1,9 раза (p<0,05), чем на догоспитальном (таблица 2). После выписки из стационара (в среднем на сроки 2 и 3 года наблюдения) частота назначения этих классов ЛП оставалась достоверно выше, чем до госпитализации (p<0,05), за исключением статинов (p>0,05).

На догоспитальном этапе у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), по сравнению с больными без ПИКС, чаще назначались ПОАК, β-АБ и статины, но ИАПФ/БРА, прогностически значимые ЛП для перенесших ИМ пациентов, назначались реже. В стационаре единственным значимым различием между этими группами пациентов была более высокая частота назначения β-АБ при наличии ИМ в анамнезе. В постгоспитальном периоде достоверные различия выявлены только в виде более высокой частоты назначения β-АБ при наличии ПИКС и ИАПФ/БРА при отсутствии ПИКС — на срок 2 года наблюдения, и ПОАК — через 3 года после выписки из стационара.

Медикаментозная терапия у больных с ФП в сочетании с АГ, ИБС и ХСН на различных этапах лечения при наличии/отсутствии ОНМК в анамнезе

На госпитальном этапе, по сравнению с догоспитальным, частота назначения всех четырех анализируемых классов ЛП возросла (p<0,05) (таблица 3). В наибольшей степени у больных с ОНМК в анамнезе возросла частота назначения ПОАК и статинов — в 1,9 и 1,7 раза, соответственно, в меньшей степени — ИАПФ/БРА и β-АБ — в 1,3 и 1,3 раз, соответственно. На амбулаторном этапе наблюдения после выписки из стационара частота назначения β-АБ и ИАПФ/БРА значительно не изменилась, однако достоверно меньше оставалась частота приема статинов — в 1,5 раза через 2 и 3 года постгоспитального периода, а также ПОАК — в 1,3 раза только через 3 года постгоспитального периода.

У пациентов, переносивших и не переносивших ОНМК ранее, не было статистически значимых различий приема препаратов с доказанным благоприятным влиянием на прогноз на всех этапах лечения.

Обсуждение

Результаты выполненного исследования показали недостаточное соответствие клиническим рекомендациям медикаментозного лечения больных с ФП в сочетании с АГ, ИБС, ХСН на амбулаторно-поликлиническом этапе лечения. Наиболее низкой оставалась частота применения ПОАК и статинов на догоспитальном этапе. У больных с ИМ в анамнезе, по сравнению с пациентами без ИМ в анамнезе, имелись значительные различия схемы лечения на догоспитальном этапе — чаще назначались ПОАК, β-АБ, статины и реже — ИАПФ/БРА, в стационаре была выше частота назначения β-АБ, при постгоспитальном наблюдении чаще назначались ПОАК, β-АБ и реже — ИАПФ/БРА. Напротив, у пациентов с ОНМК и без ОНМК в анамнезе, частота назначения ЛП всех четырех анализируемых классов существенно не различалась. Это свидетельствует о том, что наличие ИМ в анамнезе, в отличие от ОНМК, в большей степени служит основанием для врачей амбулаторного звена назначить прогностически важную терапию, которая должна проводиться согласно клиническим рекомендациям. Тем не менее, в большинстве случаев частота приема ЛП с доказанным благоприятным влиянием на прогноз через 2 и 3 года наблюдения снизилась незначительно и оставалась более высокой, чем до госпитализации.

Сходные результаты получены в российском регистре РЕКВАЗА, в который включены 3690 больных, а также в международном регистре PURE (The Prospective Urban Rural Epidemiology), обобщившем данные 7519 пациентов, проживающих в 17 странах с различным уровнем дохода [9, 10]. В этих исследо-

ваниях была показана недостаточная частота назначения прогноз-модифицирующей терапии больным ССЗ, в т.ч. при сочетанной сердечно-сосудистой патологии.

Принципиально важно учитывать обозначенные выше проблемы при лечении больных с сочетанием трех и более ССЗ [13]. Значимость более высокого качества медицинского наблюдения больных с ФП была показана в исследовании [14], по результатам которого эффективность наблюдения пациентов с ФП кардиологом совместно с медицинской сестрой превосходит наблюдение одного врача поликлиники по критериям более низкой частоты сердечно-сосудистых госпитализаций и сердечно-сосудистой смертности.

Важными резервами являются повышение приверженности врачей соблюдению клинических рекомендаций и расширение охвата диспансерным наблюдением больных с ФП в сочетании с АГ, ИБС, ХСН, при этом каждый из четырех диагнозов является основанием для такого наблюдения на амбулаторном этапе [15].

Литература

1. Diagnosis and treatment of atrial fibrillation. 2012 RSC/RSSA/RACVS guideline. Russian (Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК, ВНОА, АССХ (2012). http://scardio.ru/content/Guidelines/FP_rkj_13.pdf).
2. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eurpace* 2016; 18(11): 1609-78.
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014; 129: e28-292.
4. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary disease. The Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013; 34: 2949-3003.
5. National guidelines on the diagnosis and treatment of chronic heart failure (fourth revision). *Serdechnaya Nedostatochnost'* 2013; 14 (7): 1-25. Russian (Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (четвертый пересмотр). *Сердечная Недостаточность* 2013; 14(7): 1-25).
6. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2013; 31 (7): 1281-357.
7. Ageev FT, Belenkov Yu, Fomin IV, et al. Prevalence of chronic heart failure v Evropeyskoy part of the Russian Federation — Data AGE-CHF. *Serdechnaya Nedostatochnost'* 2006; 7 (1): 112-5. Russian (Ageev Ф.Т., Беленков Ю.Н., Фомин И.В. и др. Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации — данные ЭПОХА-ХСН. *Сердечная Недостаточность* 2006; 7 (1): 112-5).
8. Martsevich SY, Kutishenko NP, Tolpygina SN, et al. Efficacy and safety of drug therapy for primary and secondary prevention of cardiovascular diseases. *Guideline. Ration Pharmacother Cardiol* 2011; 7(5S): 2-72. Russian (Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н. и др. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2011; 7(5S): 2-72).
9. Rodríguez-Mañero M, Bertomeu-González V, Cordero A, et al. Trends in clinical profile and medical treatments of atrial fibrillation patients over the last 10 years. *Rev Port Cardiol* 2013 Feb; 32(2): 103-9.
10. Loukianov MM, Boytsov SA, Yakushin SS, et al. 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. Russian (Лукьянов М.М., Бойцов С.А., Якушин С.С. и др. 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).
11. Teo K, Lear S, Islam S, et al. PURE Investigators. Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle- and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *JAMA* 2013; 309: 1613-21.
12. Tereshchenko SN, Zhiron IV, Romanova NV, et al. The first Russian register of patients with chronic heart failure and atrial fibrillation (RIF-CHF): study design. *Ration Pharmacother Cardiol* 2015; 11(6): 577-81. Russian (Терещенко С.Н., Жиров И.В., Романова Н.В. и др. Первый российский регистр больных хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий (РИФ-ХСН): дизайн исследования. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 2015; 11(6): 577-81).
13. Loukianov MM, Boytsov SA, Yakushin SS, et al. The outpatient based registry RECVASA: prospective follow-up data, risk evaluation and outcomes in cardiovascular patients. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2015; 14(1): 53-62. Russian (Лукьянов М.М., Бойцов С.А., Якушин С.С. и др. Амбулаторно-поликлинический регистр РЕКВАЗА: данные проспективного наблюдения, оценка риска и исходы у больных с кардиоваскулярными заболеваниями. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2015; 14(1): 53-62).
14. Hendriks JM, de Wit R, Crijns HJGM, et al. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2012; 33: 2692-9.
15. Dispensary observation of patients with chronic non-infectious diseases and at-risk population. *Clinical guidelines*. Edited by Boytsov S. A. and Chuchalina A. G. M.: 2014; 112 p. Russian (Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и с высоким риском их развития. Методические рекомендации. Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. М.: 2014; 112 с).

Заключение

По данным госпитального проспективного регистра РЕКВАЗА-КЛИНИКА у пациентов с ФП в сочетании с АГ, ИБС и ХСН на догоспитальном этапе недостаточно использовали ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА и статины, оказывающие благоприятное влияние на прогноз. На госпитальном этапе имело место выраженное увеличение частоты назначения этих классов препаратов (в 1,2-2,2 раза), в наибольшей степени увеличилась частота назначения комбинации 4-х ЛП этих классов (в 3,7 раза). После выписки из стационара как при наличии, так и при отсутствии ИМ, ОНМК в анамнезе, частота этих назначений, а, следовательно, и соответствие клиническим рекомендациям, значительно снижалась, при этом в наибольшей степени ПОАК и статинов — в 1,4-2,0 раза, хотя и оставалась выше, чем на догоспитальном этапе. Таким образом, необходимо повышение приверженности врачей амбулаторного этапа к назначению комбинации ПОАК, β-АБ, ИАПФ/БРА, статинов у такой категории больных.