

Характеристика основных видов медикаментозной терапии у лиц с фибрилляцией предсердий в популяции

Малютина С. К.¹, Шапкина М. Ю.¹, Рябиков А. Н.¹, Маздорова Е. В.¹, Авдеева Е. М.¹, Щербакова Л. В.¹, Bobak M.², Hubacek J. A.³, Никитин Ю. П.¹

¹Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины — филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН». Новосибирск, Россия; ²Университетский колледж Лондона. Лондон, Великобритания; ³Институт клинической и экспериментальной медицины. Прага, Чешская Республика

В течение последних лет фибрилляция предсердий (ФП) сохраняет свои лидирующие позиции среди аритмий. Несмотря на значительный прогресс в лечении, это нарушение ритма сердца до сих пор остается одной из основных причин мозгового инсульта (МИ) и сердечной недостаточности. Очевидно, это требует дополнительных мероприятий по контролю диагностики и качества лечения ФП.

Цель. Оценить частоту и основные группы медикаментозной терапии у лиц с ФП в российской популяционной выборке среднего, пожилого и старческого возрастов в кросс-секционном исследовании 2015–2016 гг.

Материал и методы. Случайная городская популяционная выборка мужчин и женщин 58–82 лет ($n=2339$) обследована в 2015–2016 гг. в Новосибирске. Сплошная подвыборка лиц с ФП составила 76 (3,2%) человек. Наличие ФП устанавливали по данным ЭКГ с оценкой по Миннесотскому коду. Сердечно-сосудистые заболевания и их факторы риска оценивали стандартными эпидемиологическими методами. Учитывали регулярный прием лекарственных средств в течение 2-х последних нед. с последующим кодированием по Анатомо-терапевтическо-химической классификационной системе. Использовали ANOVA и методы непараметрической статистики.

Результаты. В исследуемой сплошной подвыборке лиц с ФП 58–82 лет средняя оценка риска МИ по CHA_2DS_2VASc составила 4,7 балла у женщин и 3,2 балла у мужчин. Бета-блокаторы принимали 43,4% обследованных, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермен-

та (ИАПФ) — 38,2%, сердечные гликозиды — 25,0%, липид-снижающие препараты ~33% и гипогликемические — 14,5%. Антикоагулянты и антиагреганты — 42,1%, наиболее частым был аспирин (АСК) — 25%, прямые ингибиторы тромбина принимали 4% лиц с ФП. Около 16% не принимали никакие лекарственные препараты. В целом, частота приема анализируемых групп медикаментозной терапии в популяционной выборке была выше у женщин, чем у мужчин.

Заключение. В 2015–2016 гг. основной спектр принимаемой терапии у лиц с ФП в российской популяционной выборке 58–82 лет соответствует рекомендациям и стандартам лечения ФП, но частота терапии основными классами недостаточна (~40%). Наиболее распространенными были бета-адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, гиполипидемические средства, АСК и дигоксин. Каждый 4-й обследуемый с ФП для профилактики тромбоэмболий принимает АСК, и только 4% — прямые ингибиторы тромбина.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, лечение, кросс-секционное исследование, когорта HAPIEE.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2018; 17(1): 43–48
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-1-43-48>

Поступила 27/09-2017

Принята к публикации 25/01-2018

Characteristics of main drug therapy types in subjects with atrial fibrillation in population

Malyutina S. K.¹, Shapkina M. Yu.¹, Ryabikov A. N.¹, Mazdorova E. V.¹, Avdeeva E. M.¹, Shcherbakova L. V.¹, Bobak M.², Hubacek J. A.³, Nikitin Yu. P.¹

¹SRI of Therapy and Prevention Medicine — branch of FRC Institute of Cytology and Genetics of SD RAS. Novosibirsk, Russia; ²University College London. London, United Kingdom; ³Institute of Clinical and Experimental Medicine. Prague, Czech Republic

Nowadays atrial fibrillation (AF) retains its leading position among arrhythmias in the world. Despite significant progress in treatment, this rhythm disturbance remains one of the leading causes of stroke (Str) and heart failure. Obviously, more action is needed on the ascertainment and the quality control of treatment of AF.

Aim. To assess the frequency and main groups of drug therapy in patients with AF in the Russian population sample of middle, elderly and senile age in cross-sectional study, 2015–2016.

Material and methods. The random urban population sample of men and women of 58–82 y.o. ($n=2339$) was examined in 2015–2016 in

Novosibirsk. The entire subsample with AF included 76 people (3,2%). The presence of AF was defined by ECG with Minnesota coding. Cardiovascular diseases and their risk factors were assessed by standard epidemiological methods. We took into account the regular intake of drugs during the last two weeks, followed by coding with Anatomical therapeutic chemical classification system. ANOVA and nonparametric statistical methods were used.

Results. In studied entire subsample of subjects with AF aged 58–82 y.o., the average CHA_2DS_2VASc estimate of Str risk was of 4,7 in women and of 3,2 in men. Those with AF received beta-blockers (BB) in 43,4%

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (965) 990-73-31, +7 (383) 264-25-16

e-mail: marina-shapkina@bk.ru

[Малютина С. К. — д.м.н., профессор, зав. лабораторией эпидемиологии и клиники внутренних заболеваний, Шапкина М. Ю.* — м.н.с. лаборатории эпидемиологии и клиники внутренних заболеваний, Рябиков А. Н. — д.м.н., профессор, в.н.с. лаборатории эпидемиологии и клиники внутренних заболеваний, Маздорова Е. В. — к.м.н., с.н.с. лаборатории эпидемиологии и клиники внутренних заболеваний, Авдеева Е. М. — м.н.с. лаборатории эпидемиологии и клиники внутренних заболеваний, Щербакова Л. В. — к.м.н., с.н.с. лаборатории клинико-популяционных и профилактических исследований терапевтических и эндокринных заболеваний, Bobak M. — доктор философии, профессор, зам. зав. отделом эпидемиологии и общественного здоровья, Hubacek J. A. — доктор философии, Центр экспериментальной медицины, Никитин Ю. П. — д.м.н., профессор, академик РАН, г.н.с., рук. сектора лаборатории эпидемиологии и клиники внутренних заболеваний].

of, angiotensin-converting-enzyme inhibitors (ACEi) — in 38,2%, cardiac glycosides — in 25,0%, anti-atherosclerotic drugs — about 33% and antidiabetic — 14,5%. Anticoagulants and antiplatelet were received in 42,1%, the aspirin was most frequent (25%), direct inhibitors of thrombin (NOAC) were received in 4% of subjects with AF. About 16% were in a drug-free state. Overall, the frequency of the medication taking of the drug treatment groups analyzed in the population sample was higher in women than in men.

Conclusion. In 2015-2016, the general spectrum of drug treatment in subjects with AF in Russian population sample aged 58-82 was in line

with the recommended standards for AF treatment, but the coverage of treatment with main drug classes is insufficient (about 40%). The most common were BB, ACEi, lipid-lowering drugs, aspirin and digoxin. Every 4th subject with AF took an aspirin for the prevention of thromboembolism, and only 4% received NOAC.

Key words: atrial fibrillation, treatment, cross-sectional study, HAPIEE cohort.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2018; 17(1): 43–48

<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-1-43-48>

ABK — антагонисты витамина K, АГ — артериальная гипертензия, АГТ — антиагрегантная терапия, АКТ — антикоагулянтная терапия, АСК — ацетилсалициловая кислота, АССХ — Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, ВНОА — Всероссийское научное общество аритмологов, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ГТП — гамма-глутамил-транспептидаза, ДАД — диастолическое артериальное давление, ИАПФ — ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, МИ — мозговой инсульт, МК — Миннесотский код, МОАГ — Международное общество артериальной гипертензии, НПОАК — прямые ингибиторы тромбина, ОХС — общий холестерин, РКО — Российское кардиологическое общество, САД — систолическое артериальное давление, СГ — сердечные гликозиды, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТГ — триглицериды, ФП — фибрилляция предсердий, ХС ЛВП — холестерин липопротеидов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиография, CHA₂DS₂-VASc — Congestive Heart failure, Hypertension, Age (2 ball), Diabetes mellitus, Stroke (2 ball), Vascular disease, Age, Sex category (шкала для оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий), GFR — Graded Frequency Questionnaire, HAPIEE — Health, Alcohol and Psychosocial factors In Eastern Europe, β-АБ — бета-адреноблокаторы.

Введение

В течение последних лет распространенность фибрилляции предсердий (ФП) составляет ~2% и сохраняет свои лидирующие позиции среди аритмий в мире, в т.ч. в России. К 2030г в странах Евросоюза ожидается увеличения количества пациентов с ФП до 14-17 млн, и до 120-215 тыс. пациентов в год с впервые диагностированной ФП [1, 2].

Современная терапия ФП в России достаточно четко определена рекомендациями Европейского общества кардиологов 2016г [3] и национальными рекомендациями Российского кардиологического общества (РКО), Всероссийского научного общества аритмологов (ВНОА), Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России (АССХ) 2012г [4]. Несмотря на значительный прогресс в лечении пациентов с ФП, эта аритмия до сих пор остается одной из основных причин мозгового инсульта (МИ) [5], сосудистой деменции [6], сердечной недостаточности [7], внезапной сердечной и общей смертности [8, 9].

Очевидно, это требует дополнительных мероприятий, в частности, по контролю выявления и качества лечения у лиц с ФП в общей популяции.

Цель — оценить частоту и основные группы медикаментозной терапии у пациентов с ФП в российской популяционной выборке среднего, пожилого и старческого возрастов по данным кросс-секционного исследования 2015-2016гг.

Материал и методы

Дизайн работы — кросс-секционное исследование.

Объектом исследования является случайная популяционная выборка мужчин и женщин 58-82 лет, обследованная в г. Новосибирске в 2015-2016гг, в рамках третьего скрининга международного проекта “Детерминанты сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе: когортное исследование” (проект HAPIEE); n=2339 человек. Из данной популяционной выборки отобраны все лица с ФП на момент обследования по данным ЭКГ покоя — сплошная подвыборка с ФП составила 76 (3,2%)

человек. В этой подвыборке проанализирована частота принимаемой терапии для включенных в анализ классов препаратов.

Протокол исследования включал эпидемиологическую оценку сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их факторов риска [10] с использованием стандартизованных опросников — медицинская история артериальной гипертензии (АГ), ССЗ, сахарного диабета (СД) и других хронических заболеваний, самооценка здоровья, привычки курения, потребление алкоголя, социально-демографические характеристики, и объективных измерений — антропометрия, измерение артериального давления, электрокардиография (ЭКГ), биохимические параметры.

ЭКГ в покое была выполнена в 12-ти стандартных отведениях на цифровом электрокардиографе Cardiax (Венгрия). Изменения ЭКГ оценивали по Миннесотскому коду (МК) [11] двумя кодировщиками. Наличие ФП устанавливали при МК 8-3-1, 8-3-2.

Принимаемую терапию оценивали по регулярному приему лекарственных средств в течение 2-х последних нед. без учета дозировки лекарственного вещества. Кодирование лекарственных средств проводили по Анатомо-терапевтической-химической классификационной системе (АТХ/АТС) [12]. Использовали три уровня этой классификации, где уровень 1 указывает на анатомический орган или систему органов (коды А-V), уровень 2 — подгруппа по терапевтическому эффекту, уровень 3 — фармакологическая подгруппа. В анализ включали классы препаратов, ограниченные интересами исследования, — кардиоваскулярные препараты с классами: антиаритмические, кардиотонические, влияющие на систему гемостаза, антигипертензивные, в т.ч. диуретики, и гиполипидемические. Также учитывали гипогликемические, тиреоидные средства, восполняющие дефицит калия и магния и ингибиторы протонного насоса. Рассчитывали частоту приема каждого класса изучаемых лекарственных препаратов в подвыборке с ФП.

Артериальное давление измеряли трехкратно тонометром Omron M-5. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Куращим считали человека, выкуривающего хотя бы 1 сигарету в сут.

Потребление алкоголя оценивали с помощью опросника градуированной частоты “Graded Frequency

Таблица 1

Характеристика изучаемой популяционной подвыборки с ФП (мужчины, женщины 58-82 лет, n=76)

Факторы	Мужчины, n=47	Женщины, n=29	p*
	Mean (SD)/n (%)		
Возраст, лет	72,0 (6,23)	74,5 (5,01)	0,126
САД, мм рт.ст.	145,9 (20,44)	153,1 (24,07)	0,321
ДАД, мм рт.ст.	90,1 (12,90)	91,1 (10,84)	0,630
ЧСС, уд./мин	78,4 (15,20)	83,6 (9,59)	0,036
ИМТ, кг/м ²	28,8 (4,94)	32,4 (7,08)	0,017
ОХС, ммоль/л	4,6 (0,96)	4,8 (1,34)	0,807
ХС ЛНП, ммоль/л	2,8 (0,80)	2,9 (1,14)	0,862
ХС ЛВП, ммоль/л	1,2 (0,26)	1,3 (0,32)	0,126
ТГ, ммоль/л	1,3 (0,77)	1,3 (0,79)	0,671
Глюкоза плазмы, ммоль/л	7,0 (2,45)	7,0 (1,77)	0,748
ГГТП, ед./л	50,1 (34,27)	50,4 (38,68)	0,935
АГ, %	38 (82,6)	26 (92,9)	0,186
ИБС, %	36 (48,1)	19 (65,0)	0,251
СД, %	15 (32,6)	11 (37,9)	0,410
МИ, %	4 (8,7)	2 (7,1)	0,957
Курение			<0,001
Курящие, %	6 (13,3)	0,0	
Бывшие курильщики, %	23 (51,1)	3 (10,7)	
Некурящие, %	16 (35,6)	25 (89,3)	
Алкоголь, %			0,426
≥5 раза/нед.	2 (4,5)	1 (3,6)	
1-4 раза/нед.	3 (6,8)	0,0	
1-3 раза/мес.	13 (29,5)	5 (17,9)	
<1 раза/мес.	13 (29,5)	11 (39,3)	
Непьющие	13 (29,5)	11 (39,3)	
Оценка по CHA ₂ DS ₂ -VASc	3,2 (1,3)	4,7 (1,0)	0,001
Самооценка здоровья			0,132
Хорошее	6 (13,0)	0,0	
Среднее	34 (73,9)	22 (78,6)	
Плохое	6 (13,0)	6 (21,5)	

Примечание: * — p для средних показателей — непараметрический критерий Манна-Уитни, для относительных — значение χ^2 .

Questionnaire” (GFR) [13]. По данным GFR формировали несколько вариантов категоризации потребления алкоголя. В настоящем исследовании выделяли 5 групп по частоте потребления алкоголя: непьющие, <1 раз в мес., 1-3 раз в мес., 1-4 раз в нед., ≥5 раз в нед.

Анализировали уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), гамма-глутамил-транспептидазы (ГГТП) сыворотки крови и глюкозы плазмы крови; измерения проводили на анализаторе LabSystems (Финляндия). Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) рассчитывали по формуле Фридвальда.

Ишемическую болезнь сердца (ИБС) по эпидемиологическим критериям устанавливали на скрининге при наличии одного из нижеперечисленных критериев:

- положительный ответ на опросник Rose на выявление стенокардии напряжения и/или
- изменения на ЭКГ ишемического характера по классам Миннесотского кода (МК 1-1 — 1-2-7; МК 4-1, 4-2, 5-1, 5-2 при отсутствии 3-1, 3-3; МК 1-2-8 — 1-3; МК 4-3, 5-3; МК 6-1, 6-2, 7-1, 8-3 при отсутствии порока сердца и тиреотоксикоза для последнего; МК 4-1, 4-2, 5-1, 5-2 в присутствии 3-1, 3-3) [11] и/или

- медицинская история инфаркта миокарда, или острого коронарного синдрома, или аортокоронарного шунтирования, или чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (подтвержденных госпитализацией). Наличие МИ устанавливали по данным медицинской истории (подтвержденное госпитализированное событие). СД определяли при указании на историю СД с лечением и/или при уровне глюкозы плазмы крови натощак ≥7 ммоль/л. АГ — по критериям ВОЗ (МОАГ, 2003) при уровнях систолического (САД) или диастолического (ДАД) артериального давления ≥140/90 мм рт.ст. и/или при приеме антигипертензивных препаратов в течение 2-х последних нед.

Статистический анализ полученных результатов выполнен с помощью пакета SPSS v.13.0. Использовали ANOVA и непараметрические критерии сравнения выборок. Проверку гипотез считали статистически значимой при p<0,05.

Результаты

В российской популяционной выборке 58-82 лет распространенность ФП составила 3,2% (n=76), 2,5% для женщин и 4,0% для мужчин (p<0,001). Эти

участники вошли в сплошную подвыборку ФП для анализа. При характеристике изучаемой сплошной подвыборки с ФП (таблица 1) выявлено, что женщины с ФП имели более высокие значения ИМТ ($p=0,017$) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) ($p=0,036$), чем мужчины. Частота МИ была близка



Рис. 1 Количество принимаемых препаратов у лиц с ФП в популяционной выборке 58-82 лет (сплошная подвыборка, $n=76$).

у мужчин и женщин — 8,7 и 7,1%, соответственно. Средняя оценка риска МИ по шкале CHA₂DS₂-VASc (шкала для оценки риска тромбоэмболических осложнений у больных с ФП) у женщин составила 4,7 балла и была выше, чем у мужчин с ФП — 3,2 балла ($p=0,001$).

Среди лиц с ФП только 13% мужчин оценили состояние своего здоровья как хорошее, 74% мужчин и ~80% женщин — как среднее, и 13% мужчин и 20% женщин — как плохое.

Не получали какой-либо медикаментозной коррекции ~16%. Максимальное количество принимаемых препаратов составило 6 для женщин (3,4%) и 5 для мужчин (8,5%) (рисунок 1).

Что касается спектра принимаемой терапии, антикоагулянтную (АКТ) и антиагрегантную (АГТ) терапию получали 42,1%, антигипертензивную — 72,4%, сердечные гликозиды (СГ) — 25,0%, липидснижающую — 32,9% и гипогликемическую — 14,5% обследованных. Тиреоидные препараты (по показаниям) были отмечены только у женщин (10,3%) с ФП. В целом, частота приема анализируемых групп медикаментозной терапии в популяци-

Таблица 2

Частота основных классов медикаментозной терапии у лиц с ФП в популяционной выборке 58-82 лет (сплошная подвыборка, $n=76$)

Подгруппа препарата	Мужчины	Женщины	Всего	p^*
	n (%)			
Сердечные гликозиды	10 (21,3)	9 (31,0)	19 (25,0)	0,246
Антикоагулянты/антиагреганты	20 (42,6)	12 (41,4)	32 (42,1)	0,556
АВК	5 (10,6)	5 (17,2)	10 (13,2)	0,311
НПОАК	2 (4,3)	1 (3,4)	3 (3,9)	0,677
АСК	12 (25,5)	7 (24,1)	19 (25,0)	0,558
дипиридамо	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,3)	-
Антигипертензивные	33 (70,2)	22 (75,9)	55 (72,4)	0,397
β-АБ	20 (42,6)	13 (44,8)	33 (43,4)	0,516
блокаторы Са-каналов	4 (8,5)	3 (10,3)	7 (9,2)	0,544
ИАПФ	19 (40,4)	10 (34,5)	29 (38,2)	0,393
АРА-П	4 (8,5)	8 (27,6)	12 (15,8)	0,031
диуретики:	7 (14,9)	9 (31,0)	16 (21,1)	0,084
тиазидные/тиазидоподобные	2 (4,3)	6 (20,7)	8 (10,5)	0,031
петлевые	2 (4,3)	1 (3,4)	3 (3,9)	0,677
калийсберегающие	4 (8,5)	3 (10,3)	7 (9,2)	0,544
Корректоры микроциркуляции	3 (6,4)	1 (3,4)	4 (5,3)	0,506
Гипогликемические	7 (14,9)	4 (13,8)	11 (14,5)	0,587
Гиполипидемические	12 (25,5)	13 (44,8)	25 (32,9)	0,069
статины	7 (14,9)	7 (24,1)	14 (18,4)	0,238
недифференцированная терапия	5 (10,6)	6 (20,7)	11 (14,5)	0,190
Тиреоидные средства	0,0	3 (10,3)	3 (3,9)	-
Восполняющие дефицит К и Mg	1 (2,1)	4 (13,8)	5 (6,6)	0,067
Ингибиторы протонового насоса	2 (4,3)	1 (3,4)	3 (3,9)	0,677
Противосудорожные	1 (2,1)	0 (0,0)	1 (1,3)	-
Без медикаментозной терапии	9 (19,1)	3 (10,3)	12 (15,8)	0,246

Примечание: * — p по значению χ^2 . АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II.

онной выборке была выше у женщин, чем у мужчин (таблица 2).

Антигипертензивная терапия включала преимущественно бета-адреноблокаторы (β -АБ) — 43,4%, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) — 38,2% и диуретики — 21,1%. Из диуретических препаратов наиболее распространенными (10,5%) были тиазидные и тиазидоподобные, при этом частота их применения была выше у женщин ($p=0,031$).

Среди АКТ и АГТ у лиц с ФП наиболее частой была ацетилсалициловая кислота (АСК) — 25,0%, ~13% принимали антагонисты витамина К (АВК), 4% — прямые ингибиторы тромбина (НПОАК) и 2,1% — дипиридамол. При этом только одна треть обследованных с ФП и историей МИ принимали АВК и одна треть — АСК. Комбинированная терапия из АСК и АВК имела место у 1,3% обследованных.

Гиполипидемическая терапия у 18,4% лиц с ФП представлена статинами и 14,5% респондентов не указали конкретного препарата. Целевые значения для ХС ЛНП $<2,6$ ммоль/л [14] были достигнуты у 58% мужчин и 53% женщин, из них ~72% имели, в т.ч., рекомендованные показатели для ХС ЛВП и ТГ.

Обсуждение

На территории РФ наблюдение и лечение пациентов с ФП регламентируется согласно европейским и национальным рекомендациям с учетом стандарта специализированной медицинской помощи при ФП (приказ Минздрава России № 1622н от 2012г). По данным настоящего кросс-секционного исследования спектр принимаемой терапии у лиц популяционной подвыборки с ФП в возрасте 58-82 лет включает перечень рекомендованных препаратов, но частота терапии основными классами недостаточна. Можно считать, что только прием β -АБ ($>40\%$) приближается к уровню рекомендаций, в качестве основной терапии для стабилизации гемодинамики и контроля ЧСС.

Антигипертензивная терапия среди лиц с ФП была самой распространенной (72%). Но и она требует коррекции, т.к. целевые значения САД и ДАД $<140/90$ мм рт.ст. [15] были достигнуты только у 17% мужчин и 14% женщин с ФП.

Из современной АКТ/АГТ в рекомендациях предпочтение отдается НПОАК, как основному препарату для профилактики тромбоэмболических

осложнений всем мужчинам с ≥ 2 баллами и женщинам с ≥ 3 баллами по шкале CHA₂DS₂-VASc (класс рекомендаций 1А).

В исследованной выборке НПОАК принимали только 4% лиц с ФП, в то время как по шкале CHA₂DS₂-VASc ~40% мужчин имели >2 и 95% женщин >3 баллов, а лидирующие позиции среди АКТ/АГТ занимали препараты группы АСК — каждый 4-й обследуемый с ФП.

Вопрос о применении статинов у лиц с ФП нуждается в дальнейшем рассмотрении. Например, в исследуемой выборке и по данным раннего кросс-секционного, популяционного исследования в Новосибирске (2003-2005гг) у лиц с ФП средние уровни ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП и ТГ были в пределах рекомендованных нормативов [16]. Однако целевые значения для ХС ЛНП $<2,6$ ммоль чаще встречались на фоне приема липидснижающей терапии ($p=0,026$).

Заключение

Распространенность ФП в российской популяционной выборке 58-82 лет составила 3,2% и была выше у мужчин (4,0%), чем у женщин (2,5%) ($p<0,001$). Средняя оценка риска МИ по шкале CHA₂DS₂-VASc составила 3,2 балла для мужчин с ФП, и была выше у женщин с ФП — 4,7 балла ($p=0,001$).

Оценена частота основных классов медикаментозной терапии у лиц с ФП в российской популяционной выборке в период 2015-2016гг.

Среди лиц с ФП наиболее распространенными были β -АБ (40%), ИАПФ (38%), гиполипидемические препараты (33%), АСК и СГ (по 25%) и диуретики (20%).

Частота лечения АКТ/АГТ среди лиц с ФП в исследуемой популяции недостаточна. Основным препаратом для профилактики тромбоэмболических осложнений остается АСК, принимает каждый 4-й обследуемый, а НПОАК принимают только ~4% лиц с ФП.

Благодарности. Исследование поддержано грантом РНФ (14-45-00030).

Авторы выражают благодарность с.н.с. Вережкину Е. Г. за участие в формировании базы данных, а также Dr. Pikhart H., Dr. Peasey A., Dr. Holmes M. V., Dr. Stefler D., Dr. Tillaman T. за ценные советы при планировании исследования и рекомендации по оформлению статьи.

Литература

1. Krijthe BP, Kunst A, Benjamin EJ, et al. Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. Eur Heart J 2013; 34: 2746-51. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz280.
2. Zoni-Berisso M, Lercari F, Carazza T, et al. Epidemiology of atrial fibrillation: European perspective. Clin Epidemiol 2014; 6: 213-20. DOI: 10.2147/CLEP.S47385.
3. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016; 37: 2893-962. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw210.
4. Sulimov VA, Yavelov IS, Panchenko EP, et al. Diagnosis and treatment of atrial fibrillation. Recommendations of RSC, VNOA, RACVS. Russian Journal of Cardiology

- 2013; 4, Suppl. 3: 1-100. (in Russ.) Сулимов В.А., Явелов И.С., Панченко Е.П. и др. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации РКО, ВНОА, АССХ. Российский кардиологический журнал 2013; 4, Приложение 3: 1-100.
5. Marini C, De Santis F, Sacco S, et al. Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke: results from a population-based study. *Stroke* 2005; 36: 1115-9. DOI: 10.1161/01.STR.0000166053.83476.4a.
6. Ott A, Breteler MM, de Bruyne MC, et al. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study. *Stroke* 1997; 28: 316-21. DOI: 10.1161/01.STR.28.2.316.
7. Wang TJ, Larson MG, Levy D, et al. Temporal relations of atrial fibrillation and congestive heart failure and their joint influence on mortality: the Framingham Heart Study. *Circulation* 2003; 107: 2920-5. DOI: 10.1161/01.CIR.0000072767.89944.6E.
8. Stewart S, Hart CL, Hole DJ, et al. A population-based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. *Am J Med* 2002; 113: 359-64. DOI: 10.1016/S0002-9343(02)01236-6.
9. Miyasaka Y, Barnes ME, Bailey KR, et al. Mortality trends in patients diagnosed with first atrial fibrillation: a 21-year community-based study. *JACC* 2007; 49: 986-92. DOI: 10.1016/j.jacc.2006.10.062.
10. Peasey A, Bobak M, Kubinova R, et al. Determinants of cardiovascular disease and other non-communicable diseases in Central and Eastern Europe: Rationale and design of the HAPIEE study. *BMC Public Health* 2006; 6: 255-65. DOI: 10.1186/1471-2458-6-255.
11. Rose GA, Blackburn H, Gillim RF, et al. *Cardiovascular Survey Methods*. 2th ed. Geneva: WHO, 1984. p. 223. ISBN: 9242400564.
12. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2017. Oslo, 2016. p. 291. [Internet] https://www.whocc.no/atc_ddd_index_and_guidelines/atc_ddd_index/ (21.04.2017).
13. Rehm J. Measuring quantity, frequency, and volume of drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1998; 2: 4-14. DOI: 10.1111/j.1530-0277.1998.tb04368.x.
14. Catapano AL, Graham I, Backer GD, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Atherosclerosis* 2016; 253:281-344. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.08.018.
15. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J* 2013; 34: 2159-219. DOI: 10.1093/eurheartj/ehf151.
16. Shapkina MYu, Ryabikov AN, Voronina EV, et al. Atrial fibrillation: prevalence and cross-sectional determinants in Novosibirsk population (HAPIEE cohort). *Atherosclerosis* 2016; 3: 22-7. (in Russ.) Шапкина М.Ю., Рябиков А.Н., Воронина Е.В. и др. Фибрилляция предсердий: распространенность и кросс-секционные детерминанты в популяции Новосибирска (когорта HAPIEE). *Атеросклероз* 2016; 3: 22-7.