

Регистр кардиоваскулярных заболеваний (РЕКВАЗА): диагностика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания и лечение в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики

Бойцов С. А.¹, Лукьянов М. М.¹, Якушин С. С.², Марцевич С. Ю.¹, Воробьев А. Н.², Загребельный А. В.¹, Переверзева К. Г.², Правкина Е. А.², Деев А. Д.¹, Андреев Е. Ю.¹, Ершова А. И.¹, Мешков А. Н.¹, Мясников Р. П.¹, Сердюк С. С.¹, Харлап М. С.¹, Базаева Е. В.¹, Козьминский А. Н.², Мосейчук К. А.², Кудряшов Е. Н.¹

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России.

Москва, Россия; ²Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова. Рязань, Россия

Цель. Изучить структуру сочетанной сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии, факторов риска у больных артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и с фибрилляцией предсердий (ФП), а также оценить качество диагностики и лечения в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики с помощью Регистра на территории Рязанской области – субъекта РФ с высоким уровнем сердечно-сосудистой смертности.

Материал и методы. В амбулаторно-поликлинический регистр РЕКВАЗА (РЕгистр КардиоВАСкулярных ЗАболеваний) включены 3690 больных АГ, ИБС, с ХСН, с ФП и их сочетаниями, обратившихся к терапевтам и кардиологам 3 поликлиник г. Рязани: 1047 (28%) мужчин и 2643 (72%) женщин, средний возраст пациентов 66,1±12,9 лет.

Результаты. Диагноз АГ был зафиксирован в амбулаторной карте у 3648 (98,9%) пациентов: ИБС – у 2548 (69,1%), ХСН – 2726 (73,9%), ФП – 530 (14,4%). В 79,5% случаев имела место сочетанная сердечно-сосудистая патология. В среднем у одного больного было 2,6 диагноза из 4 анализируемых. Инфаркт миокарда и мозговой инсульт имели в анамнезе 11,4% и 9,5% пациентов, сахарный диабет – 19,1%. Выявленный уровень обследования пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) не соответствовал должному объему обследования при имеющейся кардиальной патологии. Отмечена недостаточная частота необходимого назначения препаратов ряда классов, в частности ингибиторов ангиотен-

зин-превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина у больных с ХСН, статинов у больных ИБС, β-адреноблокаторов у лиц, перенесших инфаркт миокарда, антикоагулянтов у больных с ФП, несмотря на наличие показаний. На момент включения в Регистр льготными лекарствами по поводу ССЗ пользовались 16,7% больных vs 33,1% в предыдущие годы ($p<0,0001$).

Заключение. Результаты исследования РЕКВАЗА выявили у больных АГ, ИБС с ХСН и ФП высокую частоту сочетанной сердечно-сосудистой патологии и сопутствующих заболеваний, не полную оценку факторов кардиоваскулярного риска, недостаточное соответствие национальным и международным рекомендациям методов обследования и лечения. Повышение соответствия клиническим рекомендациям – важный и реальный резерв улучшения качества диагностики и лечения больных АГ, ИБС, с ХСН, с ФП и их сочетаниями в амбулаторно-поликлинической практике.

Ключевые слова: регистр, кардиоваскулярные заболевания, факторы риска, оценка качества диагностики и лечения, амбулаторно-поликлиническая практика, сочетанная сердечно-сосудистая патология, сопутствующие заболевания.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014; 13(6): 44–50
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-44-50>

Поступила 22/11-2014

Принята к публикации 25/11-2014

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел./факс: +8 (916) 702-21-11

e-mail: loukmed@gmail.com

[Бойцов С. А. — д.м.н., проф., руководитель отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, директор, Лукьянов М. М.* — к.м.н., в.н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, Якушин С. С. — д.м.н., проф., заведующий кафедрой госпитальной терапии, Марцевич С. Ю. — д.м.н., проф., руководитель отдела профилактической фармакотерапии, Воробьев А. Н. — к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии, Загребельный А. В. — к.м.н. с.н.с. отдела профилактической фармакотерапии, Переверзева К. Г. — аспирант кафедры госпитальной терапии, Правкина Е. А. — аспирант кафедры госпитальной терапии, Деев А. Д. — к.ф.-м.н., руководитель лаборатории медицинской биостатистики, Андреев Е. Ю. — к.м.н., с.н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, Ершова А. И. — к.м.н., с.н.с. лаборатории молекулярной генетики, Мешков А. Н. — к.м.н., руководитель лаборатории молекулярной генетики, Мясников Р. П. — к.м.н., н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, Сердюк С. С. — к.м.н., с.н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, Харлап М. С. — к.м.н., с.н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, Базаева Е. В. — к.м.н., лаборант-исследователь, научный сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, Козьминский А. Н. — аспирант кафедры госпитальной терапии, Мосейчук К. А. — аспирант кафедры госпитальной терапии, Кудряшов Е. Н. — программист лаборатории медицинской биостатистики].

Cardiovascular diseases registry (RECVAZA): diagnostics, concomitant cardiovascular pathology, comorbidities and treatment in the real outpatient-polyclinic practice

Boytsov S. A.¹, Luk'yanov M. M.¹, Yakushin S. S.², Martsevich S. Yu.¹, Vorobyov A. N.², Zagrebelny A. V.¹, Pereverzeva K. G.², Pravkina E. A.², Deev A. D.¹, Andreenko E. Yu.¹, Ershova A. I.¹, Meshkov A. N.¹, Myasnikov R. P.¹, Serdyuk S. S.¹, Kharlap M. S.¹, Bazaeva E. V.¹, Kozminsky A. N.², Moseychuk K. A.², Kudryashov E. N.¹

¹State Scientific-Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health. Moscow, Russia; ²Ryazan State Medical University n.a. academician I. P. Pavlov. Ryazan, Russia

Aim. To study the structure of concomitant cardiovascular and comorbid pathology, risk factors in patients with arterial hypertension (AH), coronary heart disease (CHD), with congestive heart failure (CHF) and atrial fibrillation (AF), and to evaluate the quality of diagnostics and treatment in the conditions of real outpatient-polyclinic practice by the Registry in Ryazanskaya region – a RF region with high level of cardiovascular mortality.

Material and methods. Into the outpatient-polyclinic registry RECVAZA (Registry of cardiovascular diseases) totally 3690 patients included with AH, CHD, with CHF, AF and their comorbidity, who admitted physicians' offices in 3 outpatient institutions in Ryazan city: 1047 (28%) males and 2643 (72%) females, mean age 66,1±12,9 y.o.

Results. The AHG diagnosis was mentioned in 3648 (98,9%) patients: CHD – in 2548 (69,1%), CHF – 2726 (73,9%), AF – 530 (14,4%). In 79,5% cases there was comorbidity. In general each one patient had 2,6 diagnoses of 4 analyzed. Myocardial infarction and brain stroke were in 11,4% and 9,5% patients' anamnesis; diabetes – in 19,1%. The level of investigation of patients did not match the expected level with cardiologic

pathology. There was non-sufficient amount of investigations and drugs prescribed, especially ACE inhibitors and angiotensine receptor blockers in CHF patients, statins in CHD, beta-blockers in patients with myocardial infarction, anticoagulants in AF, though they had indications. At the moment of Registry, a discount rate of drug price had 16,7% patients vs. 33,1% in previous years ($p<0,0001$).

Conclusion. RECVAZA results revealed in AH, CHD, CHF and AF patients high prevalence of cardiovascular comorbidity, non-sufficient risk factors evaluation had accordance to national and international guidelines for treatment – important and real gap for diagnostics and treatment quality improvement in AH, CHD, CHF, AF and their concomitance.

Key words: registry, cardiovascular diseases, risk factors, diagnostics and treatment quality assessment, ambulatory-polyclinic practice, cardiovascular comorbidity, background diseases.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2014; 13(6): 44–50
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2014-6-44-50>

АГ – артериальная гипертония, АД – артериальное давление, БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина, ГХС – гиперхолестеринемия, ИАПФ – ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, МИ – мозговой инсульт, ОХС – общий холестерин, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, ФП – фибрилляция предсердий, ФР – факторы риска, ХСН – хроническая сердечная недостаточность.

Наиболее частой причиной смерти взрослого населения в большинстве развитых стран мира являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) [1-3]. Артериальная гипертония (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) – наиболее распространенные среди взрослого населения ССЗ, которые в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и фибрилляцией предсердий (ФП) являются причиной развития подавляющего большинства нефатальных и фатальных сердечно-сосудистых осложнений [1-4].

Эффективным способом изучения структуры факторов риска (ФР), сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии, оценки качества диагностики и лечения в реальной амбулаторно-поликлинической практике является организация регистров, в частности регистров больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП [5-13]. Однако в доступной медицинской литературе отсутствуют данные о создании регистров, комплексно включавших больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП, в рамках которых изучались сочетанные ССЗ, в т.ч. при проспективном наблюдении.

Из вышеизложенного следует актуальность и практическая значимость создания амбулаторно-поликлинического РЕгистра КардиоВАСкулярных ЗАболеваний в регионе РФ (РЕКВАЗА) с включе-

нием в него пациентов с диагнозами АГ, ИБС, ХСН и ФП в регионе РФ (Рязанская область) с высоким уровнем сердечно-сосудистой смертности. Смертность от болезней системы кровообращения составила в 2012г в Рязанской области и в РФ: 937,3 и 737,1 на 100 тыс. населения, т.е. была на 27,2% выше, чем в среднем в РФ [3]. Данные о пилотном этапе исследования, отдельных группах пациентов, включенных в Регистр, были опубликованы ранее [14, 15]. В настоящей работе представлен дизайн исследования, приводятся результаты включения в Регистр, оценки структуры сочетанных ССЗ и сопутствующих заболеваний, ФР, качества обследования и лечения пациентов, включенных в Регистр.

Цель исследования – изучить структуру сочетанной сердечно-сосудистой и сопутствующей патологии, ФР у больных АГ, ИБС с ХСН и ФП, а также оценить качество диагностики и лечения в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики с помощью Регистра на территории Рязанской области – субъекта РФ с высоким уровнем сердечно-сосудистой смертности.

Материал и методы

В амбулаторно-поликлинический Регистр включены 3690 больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП и их сочетаниями, обратившихся к терапевтам и кардиологам 3 поликлиник

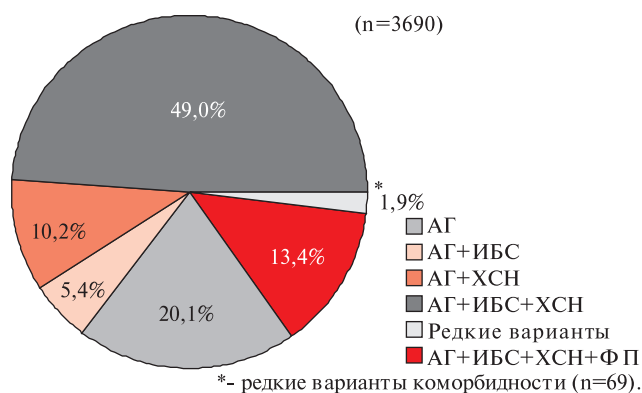


Рис. 1 Различные варианты сочетанной сердечно-сосудистой патологии у больных, обратившихся в поликлиники г. Рязани.

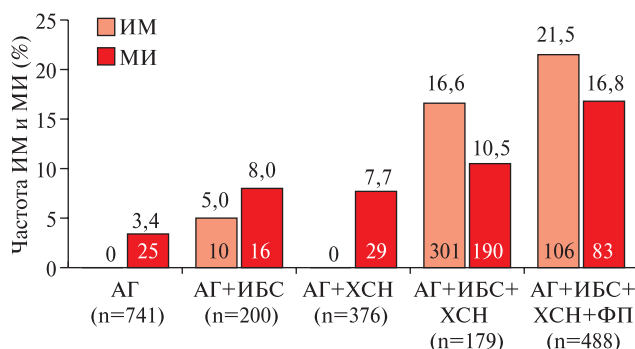


Рис. 2 Частота ИМ и МИ в анамнезе у больных АГ при отсутствии и наличии сочетания с ИБС, ХСН и ФП.

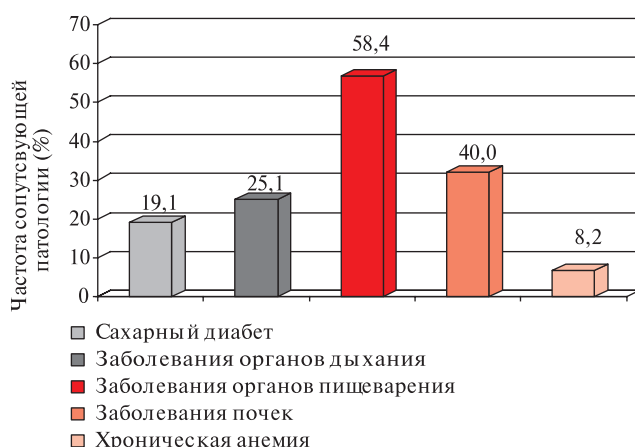


Рис. 3 Сопутствующая патология у больных (n=3690) ССЗ – АГ, ИБС, ХСН, ФП.

г. Рязани в марте-мае 2012г, сентябре-ноябре 2012г и январе-феврале 2013г, соответственно. Среди включенных в регистр были 1047 (28%) мужчин и 2643 (72%) женщин. Средний возраст пациентов – 66,1±12,9 лет. Данные амбулаторной карты вносились в специально созданную карту пациента, включенного в Регистр, а затем в электронную базу.

Критерии включения в Регистр.

• Наличие у обратившегося в поликлинику диагнозов АГ, ИБС, ХСН, ФП, в т.ч. различных их сочетаний.

• Возраст ≥18 лет.

• Постоянное проживание на территории г. Рязани и Рязанской области.

В рамках выборочного исследования у 450 случайно отобранных пациентов при визите в поликлинику проводилась валидизация диагнозов АГ, ИБС, ХСН и ФП по алгоритмам, соответствующим российским и международным клиническим рекомендациям.

Для статистической обработки данных использовались методы описательной статистики. Достоверность различий средних величин оценивалась с помощью критерия Стьюдента, достоверность различий частоты наличия признаков в группах сравнения – непараметрического метода с применением критерия χ^2 . Для статистической обработки данных применяли компьютерную программу GLM системы SAS.

Результаты

Общая характеристика больных, включенных в Регистр. Диагноз АГ был зафиксирован в амбулаторной карте у 3648 (98,9%) пациентов, ИБС – у 2548 (69,1%), ХСН – у 2726 (73,9%), ФП – у 530 (14,4%). Средний возраст мужчин составил 63,1±13,4 лет, женщин – 67,3±12,5 лет, т.е. женщины были в среднем на 4,2 года старше мужчин ($p<0,001$). Из 3690 больных, включенных в Регистр, большинство (52,3%) обратившихся относились к возрастной группе 55-74 года, в то время как к группам ≥75 лет и ≤55 лет относились 29,2% и 18,6%, соответственно, от общего числа пациентов.

Сочетанная сердечно-сосудистая патология. Установлено, что у 756 (20,5%) больных в амбулаторной карте был указан только один из четырех, анализируемых диагнозов ССЗ, в т.ч. 741 пациент с АГ без сочетания с ИБС, ХСН, ФП. У остальных 79,5%, включенных в Регистр (рисунок 1), имела место сочетанная сердечно-сосудистая патология, причем наиболее частым было сочетание АГ, ИБС и ХСН (49% случаев), более редкими были сочетания: АГ и ИБС (5,4%), АГ и ХСН (10,2%), а также АГ, ИБС, ХСН и ФП (13,4%). Другие редкие сочетания составили всего 1,5% случаев, в т.ч.: АГ, ИБС и ФП – 0,4%; ИБС и ХСН – 0,5%; АГ, ХСН и ФП – 0,3%; ИБС, ХСН и ФП – 0,1%; ФП и ХСН – 0,1%; АГ и ФП, ИБС и ФП – по 0,05%.

Инфаркт миокарда (ИМ) и мозговой инсульт (МИ) перенесли в прошлом: 421 (11,4%) и 352 (9,5%) больных, соответственно (рисунок 2). С ростом числа диагнозов ССЗ увеличивалась доля больных ИБС, перенесших в прошлом ИМ – от 8,0% до 16,8% ($p=0,0001$). С увеличением числа диагнозов у больных АГ возрастала доля лиц, переносивших в прошлом МИ – от 3,4% до 16,8% ($p=0,0001$). У 97,4% больных, перенесших ИМ в анамнезе, и у 77,6% лиц, перенесших в прошлом МИ, имело место сочетание 3-4 диагнозов, относящихся к сердечно-сосудистой патологии.

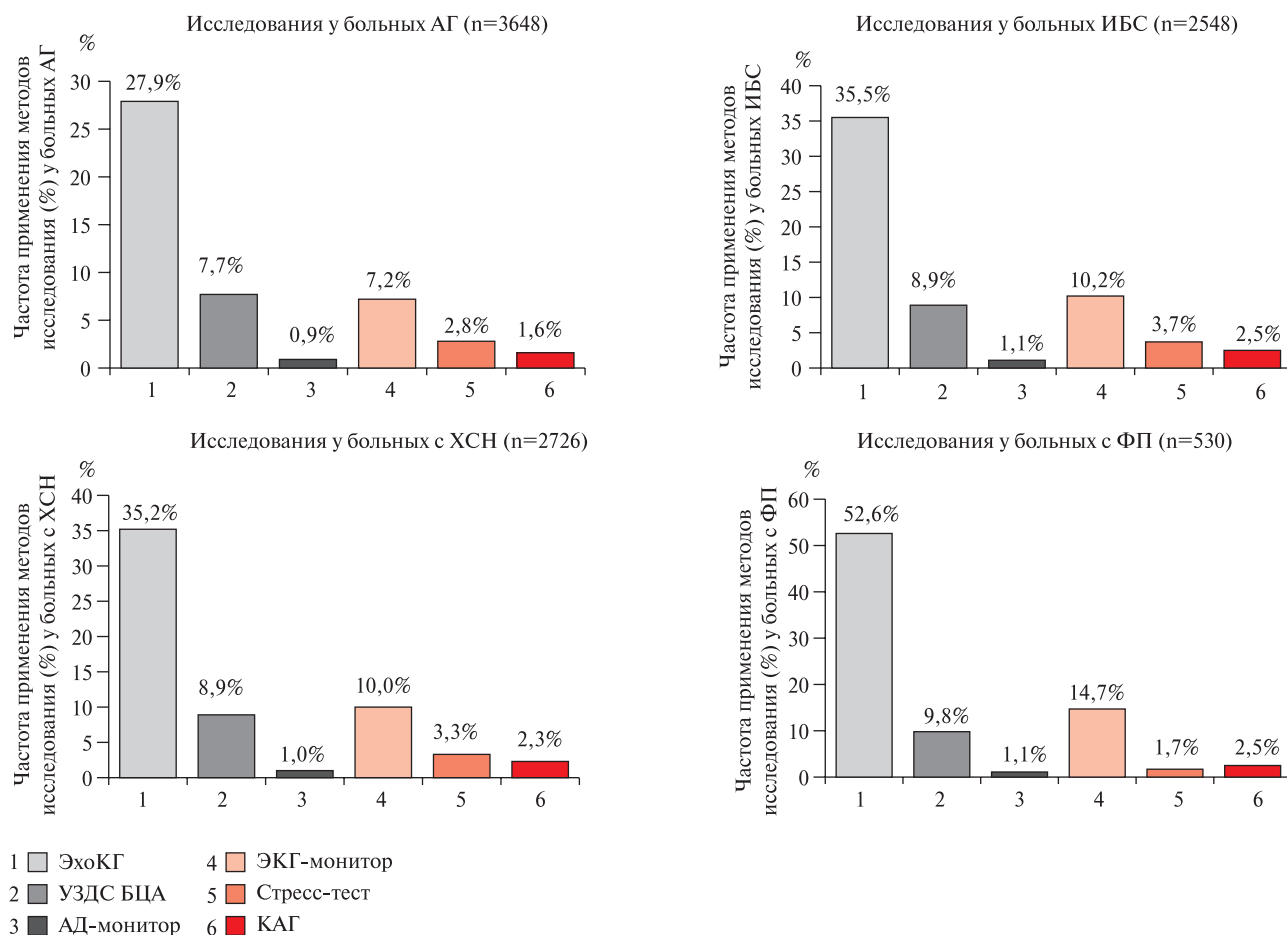


Рис. 4 Применение некоторых диагностических методов исследования у больных ССЗ, включенных в Регистр.

Примечание: УЗДС – ультразвуковое дуплексное сканирование, БЦА – брахиоцефальные артерии, КАГ – коронароангиография, ЭхоКГ – эхокардиография.

Сопутствующие заболевания. На рисунке 3 представлены данные о частоте наличия сопутствующих заболеваний у больных, включенных в Регистр. Наиболее часто регистрировались заболевания системы органов пищеварения (58,4%), в частности язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки диагностирована у 9,0%, эрозивный гастрит – у 4,1% пациентов. Диагноз заболевания почек был выставлен в амбулаторной карте в 40% случаев, заболеваний органов дыхания – в 25%, сахарный диабет – 19,1%, хроническая анемия – 8,2% случаев. Важно подчеркнуть, что в среднем у каждого из 3690 больных было 1,5 сопутствующих заболеваний, поэтому при суммировании со средним числом диагнозов сердечной патологии (2,6) совокупное число диагнозов в среднем составляло уже 4,1 на одного пациента, включенного в Регистр. В целом доля больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП с сочетанием 3-4 из этих диагнозов составила 63,3% от общего числа включенных в Регистр.

Оценка факторов сердечно-сосудистого риска. Данные о возрасте имелись у всех больных, об уровне артериального давления (АД) – у 3608 (97,8%) больных, включенных в Регистр. Мужчин

в возрасте >55 лет было 843 (76,8% от их числа), а женщин >65 лет – 1516 (57,6% от их числа). Уровень общего холестерина (ОХС) в крови был определен у 2883 (78,1%) пациентов, из них у 2106 (73,0%) выявлена гиперхолестеринемия (ГХС), т.е. уровень ОХС в крови был >5,0 ммоль/л. Выраженная ГХС (ОХС>6,2 ммоль/л) имела место в 36,6% случаев исследования этого показателя. Уровень в крови холестерина липопротеинов низкой плотности определялся лишь у 221 (6%) человек, а холестерина липопротеинов высокой плотности – в 258 (7%) случаях. Следует отметить, что в амбулаторных картах очень редко отмечались статус курения (141 случай, 3,8%) и наследственность по ССЗ (154 случая, 4,2%). Уровень глюкозы в крови 5,6–6,9 ммоль/л был определен у 18,8% пациентов без сахарного диабета. Указание в амбулаторной карте на наличие избыточной массы тела/ожирения зафиксировано у 11,2% пациентов.

Диагностика и лечение. Из диагностических методов у больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП (рисунок 4) наиболее часто, хотя и недостаточно, применялись ультразвуковые исследования: эхокардиография – 28,2% (от 27,9% при АГ до 52,6% при ФП);

Таблица 1

Валидизация диагнозов АГ, ФП и ИБС у больных, включенных в регистр РЕКВАЗА (по данным выборочного исследования)

Диагноз	Число больных	Диагноз подтвержден (высокая вероятность)	Дообследование/недостаточно данных	Диагноз не подтвержден (низкая вероятность)
АГ	269	268 (99,6%)	0	1 (0,4%)
ФП	64	61 (95,3%)	1 (1,6%)	2 (3,1%)
ИБС	174	67 (38,5%)	99 (56,9%)	8 (4,6%)



Рис. 5 Частота назначения различных классов лекарственных препаратов больным ССЗ, включенным в регистр “РЕКВАЗА” (n=3690).



Рис. 6 Использование льготных лекарств больными, включенными в регистр “РЕКВАЗА” (n=3690).

дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий — 7,8% (от 7,7% при АГ до 9,8% при ФП). У больных с диагнозом ИБС обращает внимание низкая частота выполнения нагрузочных проб (2,8%) и коронароангиографии (1,7%). Совершенно недостаточно использовались суточное мониторирование АД при АГ (0,9%) и суточное мониторирование электрокардиограммы при ФП (14,7%). Данные электрокардиограммы в 12 стандартных отведениях были отмечены только в 56,4% амбулаторных карт. Таким образом, выполненный объем диагностических исследований с помощью указанных на рисунке 5 инструментальных методов у включенных в Регистр больных не соответствует в должной степени указанной кардиальной патологии, существующим клиническим рекомендациям.

В таблице 1 приведены предварительные данные выборочного исследования по валидизации диагнозов АГ, ФП и ИБС у включенных в Регистр пациентов (случайным образом были выбраны 450 пациентов, у части из которых в настоящее время процесс валидизации диагнозов завершен). Валидизация диагнозов проводилась на основании соответствующих каждому из них национальных клинических рекомендаций. Окончательные данные валидизации, а также подробное описание ее этапов и алгоритма будут представлены в последующих публикациях. Диагноз АГ был подтвержден в 99,6% случаев, а диагноз ФП в 95,3% случаев, что дает

основание предполагать высокий процент подтверждения диагноза и после окончания валидизации у намеченного числа пациентов. Диагноз ИБС был подтвержден с высокой вероятностью лишь у 38,5%, однако низкая вероятность ИБС была констатирована только в 4,6% случаев, т.е. отношение числа случаев подтвержденного и не подтвержденного диагноза составило 8,4:1. Этот факт также дает основание предполагать высокий процент подтверждения ИБС после завершения выборочного исследования. Данные по валидизации диагноза ХСН в настоящей публикации не приводятся, т.к. в настоящее время у значительного большинства пациентов валидизация этого диагноза не завершена, в т.ч. по причине отсутствия результатов определения содержания мозгового натрийуретического пептида в крови, определения значения фракции выброса левого желудочка.

Частота назначения пациентам различных классов лекарственных препаратов отражена на рисунке 5. Из лекарственных средств наиболее часто больным ССЗ назначали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) — 49,8% случаев, антиагреганты — 47,7%, β-адреноблокаторы — 41,8% и диуретики — 40,0%. Необходимо отметить, что лекарственные препараты, воздействующие на ренин-ангиотензиновую систему, назначали при диагнозе ХСН 2077 из 2726 больных (76,2%), в т.ч. ИАПФ в 1357 (49,8%) и блокаторы

рецепторов ангиотензина (БРА) в 720 (26,4%) случаях. Антиагреганты были назначены только 56,9% больных ИБС без сочетания с ФП (в 1157 из 2033 случаев); β -адреноблокаторы — 235 из 421 (55,8%) больных, перенесших ИМ; антикоагулянты — лишь 22 из 530 (4,2%) больным с ФП. Явно с недостаточной частотой назначались статины — 21,9% от общего числа пациентов, в т.ч. в 28,7% в случае ИБС, а у лиц, перенесших ИМ и МИ — в 42,3% и в 22,26% случаев, соответственно.

У больных АГ антигипертензивная терапия была назначена в 95,6% случаев. Среднее число лекарственных препаратов из классов, указанных на рисунке 5, назначенных по поводу АГ и сочетанных ССЗ составило $3,3 \pm 1,8$, и было различным при следующих сочетаниях: АГ и ИБС — $2,8 \pm 1,7$; АГ и ХСН — $2,7 \pm 1,6$; АГ, ИБС, ХСН — $3,6 \pm 1,7$; АГ, ИБС, ХСН, ФП — $4,2 \pm 1,8$. Наименьшее число лекарственных препаратов ($2,2 \pm 1,3$) назначалось больным АГ без сочетания с ИБС, ХСН и ФП. Интервенционные, хирургические методы лечения ИБС у больных, включенных в Регистр, применялись очень редко: транслюминальная баллонная коронароангиопластика — 27 пациентам (1,1%), операция коронарного шунтирования — 17 пациентам (0,7%).

Таким образом, отмечена недостаточная частота необходимого назначения препаратов ряда классов, в частности ИАПФ и БРА у больных с ХСН, статинов у больных ИБС, β -адреноблокаторов у лиц, перенесших ИМ, антикоагулянтов у больных с ФП, несмотря на наличие показаний.

Согласно рисунку 6 следует, что льготными лекарствами при ССЗ на момент включения в Регистр пользовались 16,7% больных vs 33,1% в предыдущие годы ($p < 0,0001$), т.е. доля пациентов, пользующихся системой льготного лекарственного обеспечения, уменьшилась в 2 раза. Причины не использования льготных лекарств по информации амбулаторной карты: отказ — (2,4%); другое — 7 (0,2%); нет данных — 2941 (97,4%).

Оценка эффективности лечения больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией. Частота достижения целевого уровня АД у больных АГ составила 19,9% — от 17,3% в возрастной группе 75-84 лет до 28% у пациентов 25-44 лет. Частота достижения уровня ОХС крови < 5 ммоль/л на фоне назначения статинов составила 29,6%, причем у лиц с выраженной ГХС — 24,1% случаев. Частота достижения частоты сердечных сокращений в пределах 60-89 уд/мин у больных с постоянной формой ФП была 84% случаев, а в пределах 60-99 уд/мин — 91,1% случаев.

Обсуждение

Полученные данные регистра РЕКВАЗА показали насколько у больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП

значима в реальной амбулаторно-поликлинической практике проблема сочетанных ССЗ и сопутствующих заболеваний. В клинических рекомендациях, регистрах ССЗ, рандомизированных, клинических исследованиях, как правило, не анализируются данные об особенностях диагностики и лечения больных, имеющих > 2 диагнозов ССЗ. Однако у больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП, включенных в Регистр, среднее число анализируемых диагнозов составило 2,6, а доля пациентов с 3-4 диагнозами — 63,3%. В совокупности со средним числом сопутствующих заболеваний (1,5) сумма составила 4,1 диагноза в среднем на одного пациента, включенного в Регистр.

Важным является также тот факт, что с ростом числа диагнозов ССЗ достоверно увеличивается доля пациентов, переносивших в анамнезе ИМ либо МИ ($p = 0,0001$), что еще в большей степени увеличивает суммарный риск сердечно-сосудистых осложнений. Данные проспективного наблюдения в рамках регистра РЕКВАЗА получены и будут представлены в последующих публикациях.

Выявление серьезных недостатков в диагностике и лечении больных АГ, ИБС, с ХСН, ФП и их сочетаниями: совершенно недостаточная частота использования необходимых диагностических методов и назначения лекарственных средств с доказанным позитивным влиянием на прогноз, безусловно, является негативным фактом. В то же время эти данные четко указывают на реально осуществимую в амбулаторной практике возможность значительного повышения качества лечебно-диагностической помощи, улучшения прогноза у больных ССЗ.

Заключение

Данные исследования РЕКВАЗА позволили выявить у больных АГ, ИБС, с ХСН и ФП высокую частоту наличия сочетанной сердечно-сосудистой патологии (79,5%) и сопутствующих заболеваний, недостаточную частоту оценки факторов кардиоваскулярного риска, осуществления соответствующих национальным и международным рекомендациям должных методов обследования и назначения лекарственных препаратов ряда классов. Показано снижение в 2 раза частоты использования больными АГ, ИБС, ХСН и ФП системы льготного лекарственного обеспечения. Важным резервом повышения качества диагностики и лечения является повышение их соответствия национальным, клиническим рекомендациям с учетом фактора сочетанной сердечно-сосудистой патологии и сопутствующих заболеваний. Существенный вклад в улучшение качества лечебной помощи больным ССЗ может внести оптимизация работы системы льготного лекарственного обеспечения в амбулаторно-поликлинической практике.

Литература

- WHO Global InfoBase. Available at: <https://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx>. Accessed by 12.11.2014.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al. Heart Disease and Stroke Statistics -2013 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation* 2013;127:e6-245.
- Health and demographic indicators of the Russian Federation (2012). Statistical materials. Moscow: Russian Ministry of Health; 2013. Russian (Медико-демографические показатели Российской Федерации (2012). Статистические материалы. М.: Минздрав России; 2013).
- Shal'nova SA, Deev AD. Coronary heart disease in Russia: prevalence and treatment (according to clinical and epidemiological studies). *Ter Arkhiv* 2012; 83(1): 7-12. Russian (Шальнова С.А., Деев А.Д. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований). *Тер архив* 2012; 83(1):7-12).
- Martsevich SYu, Ginzburg ML, Kutishenko NP, et al. The LIS study (Lubertsy mortality study of patients with acute myocardial infarction): a portrait of the patient. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2011;10(6):89-93. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2011;10(6):89-93).
- Martsevich SYu, Ginzburg ML, Kutishenko NP, et al. The LIS study (Lyubertsy study of mortality in patients with acute myocardial infarction). Evaluation of the pharmacotherapy. Part 1. Treatment of patients before myocardial infarction and its influence on hospital mortality rate. *Rational Pharmacother Card* 2012;8(5):681-4. Russian (Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., Деев А.Д. и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда, и как это влияет на смертность в стационаре. *РФК* 2012;8(5):681-4).
- Tang EW, Wong CK, Herbison P. Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) hospital discharge risk score accurately predicts long-term mortality post acute coronary syndrome. *Am Heart J* 2007;153(1):29-35.
- Kakkar AK, Mueller I, Bassand JP, et al. International longitudinal registry of patients with atrial fibrillation at risk of stroke: Global Anticoagulant Registry in the FIELD (GARFIELD). *Am Heart J* 2012;163(1):13-9.e1.
- Oshchepkova EV, Dovgalevskiy PYa, Gridnev VI. Register hypertension. *Ter Arkhiv* 2007;79(1):46-8. Russian (Ощепкова Е.В., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И. Регистр артериальной гипертензии. *Тер архив* 2007;79(1):46-8).
- Boytsov SA, Krivonos OV, Oshchepkova EV, et al. Evaluation of the measures aimed at reducing the death rate from cardiovascular disease in the regions included in the program in 2008, according to the monitoring of the Health Ministry and the Russian Register of ACS. *Menedzher Zdravookhraneniya* 2010;(5):19-29. Russian (Бойцов С.А., Кривонос О.В., Ощепкова Е.В. и др. Оценка эффективности реализации мероприятий, направленных на снижение смертности от сосудистых заболеваний в регионах, включенных в программу в 2008 году, по данным мониторинга Минздравсоцразвития России и Регистра ОКС. *Менеджер Здравоохранения* 2010;(5):19-29).
- The WHO program "Register of acute myocardial infarction": 25-year epidemiological study of myocardial infarction in Russia (1977-2001). *Kardiologiya* 2005; (8):48-50. Russian (Гафаров В.В., Гафарова А.В., Благинина М.Ю. Программа ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда": 25-летнее эпидемиологическое исследование инфаркта миокарда в России (1977-2001). *Кардиология* 2005; (8):48-50).
- Erlikh AD, Gratsianskiy NA. Acute coronary syndrome without ST elevation in the real practice of Russian hospitals. Comparative data registers "RECORD-2" and "RECORD". *Kardiologiya* 2012;(10):9-16. Russian (Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. Острый коронарный синдром без подъемов ST в реальной практике российских стационаров. Сравнительные данные регистров "РЕКОРД-2" и "РЕКОРД". *Кардиология* 2012;(10):9-16).
- Belenkov YuN, Mareev VYu, Ageev FT, et al. The true prevalence of heart failure in the European part of the Russian Federation (the study of the era, the hospital stage. *Serdechnaya Nedostatochnost'* 2011;12(2):63-8. Russian (Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. и др. Истинная распространенность ХСН в Европейской части Российской Федерации (исследование ЭПОХА, госпитальный этап. *Сердечная Недостаточность* 2011;12(2):63-8).
- Boytsov SA, Yakushin SS, Martsevich SYu, et al. Outpatient polyclinic case of cardiovascular diseases in the Ryazan region (RECVASA): key challenges, the experience of creating and first results. *Ration Pharmacother Cardiol* 2013; 9 (1):4-14. Russian (Бойцов С.А., Якушин С.С., Марцевич С.Ю. и др. Амбулаторно-поликлинический регистр кардиоваскулярных заболеваний в Рязанской области (РЕКВАЗА): основные задачи, опыт создания и первые результаты. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2013; 9(1):4-14).
- Loukyanov MM, Boytsov SA, Yakushin CC, et al. Diagnosis, treatment, concomitant cardiovascular disease and comorbidities in patients with a "atrial fibrillation" diagnosis in an actual outpatient practice (according to the register of cardiovascular disease RECVASA). *Ration Pharmacother Cardiol* 2014;10 (4):366-77. Russian (Лукьянов М.М., Бойцов С.А., Якушин С.С. и др. Диагностика, лечение, сочетанная сердечно-сосудистая патология и сопутствующие заболевания у больных с диагнозом "фибрилляция предсердий" в условиях реальной амбулаторно-поликлинической практики (по данным Регистра Кардиоваскулярных Заболеваний РЕКВАЗА). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2014;10(4): 366-77).