

ИЗУЧЕНИЕ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И ЕЕ СООТВЕТСТВИЯ СОВРЕМЕННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ В РАМКАХ ДВУХ АМБУЛАТОРНЫХ РЕГИСТРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

С.Ю. Марцевич¹, Н.А. Захарова^{1*}, Н.П. Кутишенко¹, А.В. Загребельный¹,
А.В. Захарова¹, М.М. Лукьянов¹, А.Н. Воробьев², К.А. Мосейчук², А.Н. Козминский²

¹ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
101000, Москва, Петроверигский пер., 10

² Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
390026 г. Рязань, ул. Высоковольная, д. 9

Цель. Оценить, насколько врач в реальной практике следует современным клиническим рекомендациям при назначении бета-блокаторов (ББ), используя данные амбулаторно-поликлинических регистров, проводимых в медицинских учреждениях разного уровня.

Материал и методы. Проанализированы данные двух амбулаторно-поликлинических регистров – РЕКВАЗА и ПРОФИЛЬ. Регистр РЕКВАЗА включал пациентов в возрасте ≥ 18 лет с артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), фибрилляцией предсердий (ФП), обратившиеся в 3 поликлиники г. Рязани в 2012–2013 гг. (n=3690). Регистр ПРОФИЛЬ включал пациентов в возрасте ≥ 18 лет с АГ, ИБС, ХСН, ФП, обратившиеся за консультацией в специализированное кардиологическое подразделение Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины в 2011–2015 гг. (n=1531).

Результаты. По основным характеристикам регистров отмечались различия: в регистре РЕКВАЗА средний возраст больных был выше, чаще отмечалась АГ, ИБС и ХСН; в регистре ПРОФИЛЬ было больше больных перенесших инфаркт миокарда. В регистре РЕКВАЗА ББ получали 41,5% (n=1533) больных, а в регистре ПРОФИЛЬ – 47,7% (n=731). Наиболее часто назначаемым ББ был бисопролол при любых сердечно-сосудистых заболеваниях.

Заключение. В специализированном медицинском учреждении ББ применяются чаще при тех состояниях, которые требуют их назначения. Выбор конкретного ББ внутри группы даже в специализированном медицинском учреждении не всегда соответствует клиническим рекомендациям и принципам доказательной медицины.

Ключевые слова: бета-адреноблокаторы, регистр, практика назначения бета-адреноблокаторов.

Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2016;12(3):260–264

DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-3-260-264>

Practice of prescribing beta-blockers and its compliance with clinical guidelines according to two registers of cardiovascular diseases

S.Yu. Martsevich¹, N.A. Zakharova^{1*}, N.P. Kutishenko¹, A.V. Zagrebelsky¹, A.V. Zakharova¹, M.M. Loukianov¹, A.N. Vorobyev², K.A. Moseichuk², A.N. Kozminsky²

¹ State Research Centre for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

² Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Visokovolnaya ul. 9, Ryazan, 390026 Russia

Aim. To assess real clinical practice of prescribing beta-blockers (BB) and its compliance with updated guidelines, using data from outpatient registers that are carried out in medical institutions of different levels.

Material and methods. We analyzed data from two outpatient registries - RECVASA and PROFILE. RECVASA register included patients aged ≥ 18 years with arterial hypertension (HT), ischemic heart disease (IHD), chronic heart failure (CHF) and atrial fibrillation (AF) that consulted in 3 outpatient clinics of Ryazan city in 2012–2013 (n=3690). PROFILE register included patients aged ≥ 18 years with HT, IHD, CHF, AF that consulted in specialized cardiac unit of the State Research Center for Preventive Medicine in 2011–2015 (n=1531).

Results. There were differences in the basic characteristics of the registers: in the RECVASA register average age of patients was higher, HT, IHD and CHF were more frequent; PROFILE register included more patients with the history of myocardial infarction. In the RECVASA register 41.5% (n=1533) of patients received BB, and in the PROFILE register – 47.7% (n=731). The most frequently prescribed BB was bisoprolol in all cardiovascular diseases.

Conclusion. In a specialized medical institution BB used more often under the conditions where they are necessary. The choice of a specific BB inside the pharmacological group, even in a specialized medical institution does not always correspond to clinical guidelines and evidence-based medicine.

Keywords: beta-blockers, register, practice of prescribing beta-blocker.

Ration Pharmacother Cardiol 2016;12(3):260–264

DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2016-12-3-260-264>

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): nadezda.a.zakharova@gmail.com

Сведения об авторах:

Марцевич Сергей Юрьевич – д.м.н., профессор,
руководитель отдела профилактической фармакотерапии
ГНИЦ ПМ

Захарова Надежда Алексеевна – м.н.с. лаборатории
фармакоэпидемиологических исследований
того же отдела

Кутишенко Наталья Петровна – д.м.н., руководитель
той же лаборатории

Загребельный Александр Васильевич – к.м.н., с.н.с. отдела
профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

Захарова Алла Витальевна – к.м.н., с.н.с. того же отдела
Лукьянов Михаил Михайлович – к.м.н., в.н.с. отдела
клинической кардиологии и молекулярной генетики
ГНИЦ ПМ

Воробьев Александр Николаевич – ассистент кафедры
госпитальной терапии РязГМУ им. И.П. Павлова

Мосейчук Ксения Анатольевна – аспирант той же кафедры
Козминский Александр Николаевич – ассистент центра
симуляционного обучения РязГМУ им. И.П. Павлова

Бета-адреноблокаторы (ББ) являются одной из основных групп препаратов, широко используемых для лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Их применяют для лечения почти всех форм ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ), нарушений ритма сердца, хронической сердечной недостаточности (ХСН). В ряде ситуаций ББ продемонстрировали не только свое симптоматическое действие (например, способность предупреждать приступы стенокардии), но и доказали свое отчетливое влияние на исходы болезни. Это касается в первую очередь больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ) [1], а также больных, страдающих ХСН [2].

ББ являются достаточно неоднородной группой препаратов. Они отличаются между собой по селективности действия в отношении определенных групп бета-адренорецепторов, наличию так называемых дополнительных свойств, периоду полувыведения и прочих признаков. Поэтому так называемое понятие «класс-эффект», утверждающее, что все свойства одного препарата можно переносить на всю в группу в целом, для ББ имеет весьма ограниченное применение [3,4]. Это находит отражение в том, что разные препараты из группы ББ имеют некоторые отличия в показаниях и противопоказаниях к применению [5,6].

К сожалению, в реальной клинической практике ББ назначаются далеко не всегда, когда этого требуют клинические рекомендации [7-9]. Кроме того, проблемой является не только сам факт не назначения ББ в ситуациях, когда их прием абсолютно показан согласно современным клиническим рекомендациям, но и неправильный (исходя из данных доказательной медицины и официальных инструкций по назначению) выбор ББ в конкретной клинической ситуации.

Целью данной работы было оценить реальную практику назначения ББ, включая частоту их использования у больных, которым они показаны, а также обоснованность выбора конкретного ББ у больных с ССЗ в рамках амбулаторных регистров, организованных в медицинских учреждениях разного уровня.

Материал и методы

В работе проанализированы данные двух амбулаторно-поликлинических регистров – РЕКВАЗА и ПРОФИЛЬ. В регистр РЕКВАЗА были включены пациенты в возрасте ≥ 18 лет с наличием ССЗ [АГ, ИБС, ХСН, фибрилляция предсердий (ФП), в том числе и различные их сочетания], постоянно проживающие на территории Рязани и Рязанской области, обратившиеся в одну из трех городских поликлиник по месту жительства в период с 2012 по 2013 гг. ($n=3690$) [10,11].

В регистр ПРОФИЛЬ вошли пациенты в возрасте ≥ 18 лет с наличием ССЗ (АГ, ИБС, ФП, ХСН, в том числе и различные их сочетания), обратившиеся за консульта-

цией в специализированное кардиологическое подразделение научно-исследовательского центра с 2011 по 2015 гг. ($n=1542$) [12-14].

В обоих регистрах четко фиксировались все данные о ССЗ и терапии, в том числе и о назначении ББ. В работе использована только ретроспективная часть регистров: информация о назначении ББ получена исключительно из амбулаторных карт, и в дальнейшем внесена в базу данных каждого из регистров.

Статистический анализ

Данные представлены в виде описательной статистики. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием MS Excel 2010 (Microsoft). Проведен расчет медианы (Me) и 25-75-й процентилей при распределении, отличном от нормального. Для сравнения частот наличия заболеваний в анамнезе и возраста больных пользовались критерием хи-квадрат (χ^2). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

В табл. 1 представлены основные демографические и клинические характеристики больных, включенных в регистры РЕКВАЗА и ПРОФИЛЬ. В целом можно отметить, что больные, включенные в регистр РЕКВАЗА, были более пожилыми, у них несколько чаще регистрировалась АГ. Пациентов с ИБС в регистре РЕКВАЗА было в 2 раза больше, чем в регистре ПРОФИЛЬ. Однако перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) в регистре ПРОФИЛЬ наблюдался чаще, при этом больные с ХСН в регистре ПРОФИЛЬ встречались значительно реже.

Анализ назначения ББ показал, что в регистре РЕКВАЗА ББ получали 41,5% ($n=1533$), а в регистре ПРОФИЛЬ – 47,7% ($n=731$). На рис. 1 представлена частота назначения ББ при различных ССЗ в обоих ре-

Table 1. Comparison of patients characteristics included in the RECVASA and PROFILE registers

Таблица 1. Сравнение характеристик больных, включенных в регистры РЕКВАЗА и ПРОФИЛЬ

Параметр	РЕКВАЗА ($n=3690$)	ПРОФИЛЬ ($n=1531$)
Возраст, лет	66 [57;76]	63 [54;71]
Мужчины, n (%)	1046 (28,3)	836 (54,2)**
АГ, n (%)	3648 (98,9)	1230 (80,2)**
ИБС, n (%)	2548 (69,1)	535 (34,7)**
ИМ, n (%)	421 (11,4)	276 (17,9)**
ХСН, n (%)	2726 (73,9)	466 (30,3)**
ФП, n (%)	530 (14,4)	225 (14,7)*
СД, n (%)	699 (18,9)	221 (14,4)**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ по сравнению с аналогичным показателем в противоположной группе
АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФП – фибрилляция предсердий, СД – сахарный диабет.

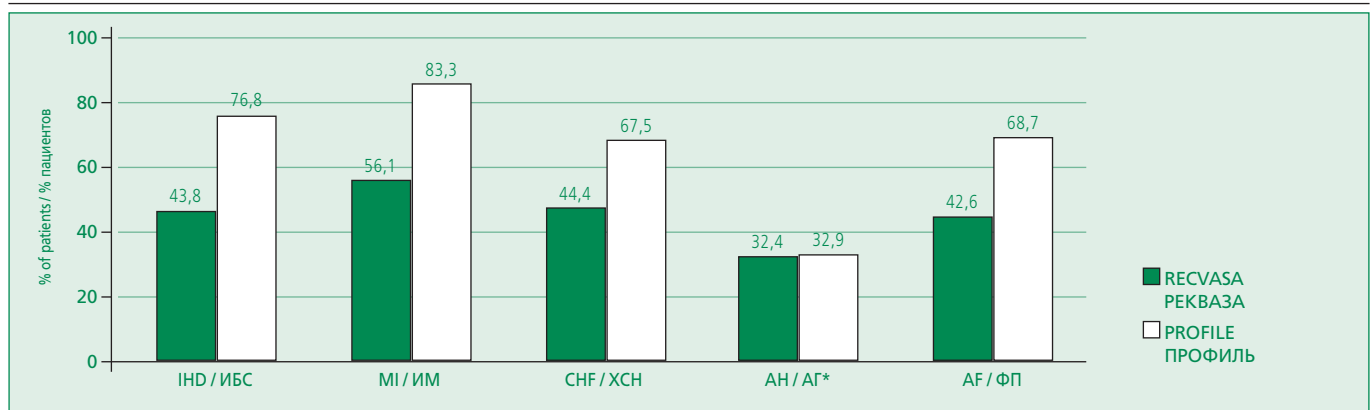


Figure 1. The rate prescription of beta-blockers in various diseases according to the RECVASA and PROFILE registers

Рисунок 1. Частота назначения ББ при различных заболеваниях по данным регистров РЕКВАЗА и ПРОФИЛЬ

* - hypertension without concomitant CVD. АН – arterial hypertension, ИБС – ischemic heart disease, ИМ – myocardial infarction, ХСН – chronic heart failure, АФ – atrial fibrillation

* - АГ без сопутствующих ССЗ. АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФП – фибрилляция предсердий

гистрах. Обращает внимание, что при ИБС, перенесенном ИМ, ХСН, фибрилляции предсердий частота назначения ББ в регистре ПРОФИЛЬ была существенно выше, чем в регистре РЕКВАЗА. Лишь при неосложненной АГ в обоих регистрах частота назначения ББ была практически одинаковой.

В табл. 2 представлены данные об использовании конкретных препаратов из группы ББ при различных ССЗ. Обращает на себя внимание тот факт, что в структуре выбора врачом определенного (т.е. международное непатентованное название) ББ между двумя регистрами не было практически никакой разницы: при всех заболеваниях по частоте назначения и в РЕКВАЗЕ, и в ПРОФИЛЕ однозначно доминировал бисопролол, на втором месте по частоте назначения, значительно уступая бисопрололу, шел метопролол, на третьем – карведилол. Остальные ББ занимали очень незначительную долю в структуре назначений этой группы препаратов.

Отдельно было оценено использование метопролола. Это объясняется тем, что данный препарат представлен разными лекарственными формами, в основе которых лежат две соли этого препарата: метопролола тартрат и метопролола сукцинат, имеющие определенные различия в показаниях к назначению. Как видно на рис. 2,

больным в регистре РЕКВАЗА метопролол назначался в подавляющем большинстве случаев в виде метопролола тартрата. В регистре ПРОФИЛЬ частота назначения метопролола тартрата также была выше, чем метопролола сукцината, однако это различие было значительно менее выраженным.

Обсуждение

Оценка реальной практики применения любого лекарственного препарата лучше всего может быть решена в рамках медицинских регистров, позволяющих сформировать относительно независимые выборки больных с конкретной патологией [15, 16]. Важно лишь знать, какую популяцию больных представляет конкретный регистр, и какие врачи лечат этих больных.

Для решения поставленной в работе задачи – оценки практики применения ББ – мы выбрали два амбулаторных регистра, существенно отличающихся между собой по демографическим и клиническим характеристикам больных, а также по квалификации лечащих их врачей. Регистр РЕКВАЗА включал больных ССЗ, обращающихся в поликлиники города Рязани к участковым терапевтам, регистр ПРОФИЛЬ – регистр специализированного научного центра, куда больные,

Table 2. The prescription of different beta-blockers in different CVD outpatient registers RECVASA and PROFILE

Таблица 2. Структура назначения различных ББ при различных ССЗ в амбулаторных регистрах РЕКВАЗА и ПРОФИЛЬ

Бета-адреноблокатор	РЕКВАЗА				ПРОФИЛЬ			
	ИБС (n=1115)	ИМ (n=236)	ХСН (n=1211)	АГ (n=240)	ИБС (n=411)	ИМ (n=230)	ХСН (n=315)	АГ (n=26)
Бисопролол, %	67,6	62,1	67,8	76,3	58,9	60	56,8	65,4
Метопролол, %	21,5	26,8	21	18,8	25,1	25,7	23,5	15,3
Карведилол, %	5,8	7,2	5,9	1,7	5,4	6,5	7,3	0
Атенолол, %	0,8	0,4	0,7	0	3,6	3,9	2,2	11,5
Прочие, %	4,2	3,4	4,5	3,3	7,1	3,9	10,2	7,8

АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность

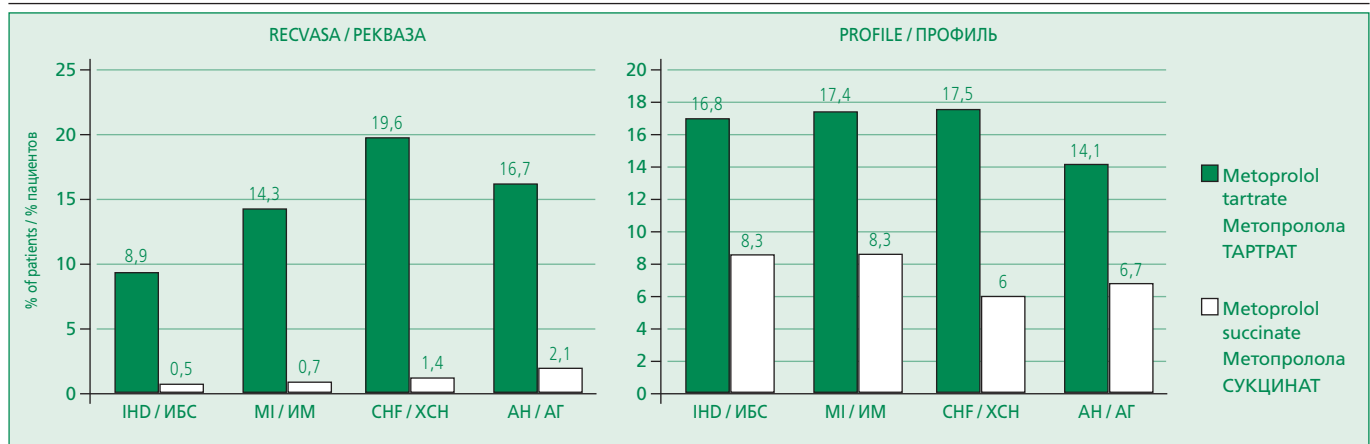


Figure 2. The metoprolol use in patients with various CVD included in RECVAZA and PROFILE registers

Рисунок 2. Назначение метопролола больным с различными ССЗ, включенных в регистры РЕКВАЗА и ПРОФИЛЬ

AH – arterial hypertension, IHD - ischemic heart disease, MI - myocardial infarction, CHF - chronic heart failure

АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ИМ – инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность

как правило, обращаются за консультацией или направляются лечащими их врачами. Консультируют и наблюдают этих больных врачи, имеющие ученые степени и активно занимающиеся научной работой.

Сравнивая когорты больных, вошедших в упомянутые выше регистры, нельзя не обратить внимание на демографические различия: в регистре РЕКВАЗА было больше пожилых больных, причем женщины составили более 2/3 от общего числа больных, что отражает в определенной степени характеристику пациентов, обращающихся в районные поликлиники. В регистре ПРОФИЛЬ доли женщин и мужчин были практически одинаковы. Упомянутые различия, по-видимому, отражают специфику оказания лечебно-профилактической помощи в двух принципиально отличающихся по характеру оказания лечебных услуг учреждениях и свидетельствуют том, что пациенты ни одного из них не отражают в полной мере всю популяцию больных ССЗ.

Как следует из клинической характеристики больных, включенных в оба регистра, большинство из них имели показания к назначению ББ. В целом в регистре РЕКВАЗА были представлены более тяжелые больные, чем в регистре ПРОФИЛЬ, о чем в первую очередь свидетельствует значительно большая распространенность ИБС и ХСН. Поэтому можно было бы предположить, что и частота назначения ББ в регистре РЕКВАЗА будет большей, чем в регистре ПРОФИЛЬ. Однако в реальности при всех заболеваниях, кроме АГ, в регистре ПРОФИЛЬ ББ использовались существенно чаще, чем в регистре РЕКВАЗА. Это свидетельствует о более высоком качестве лечения больных, включенных в регистр ПРОФИЛЬ, так как назначение ББ у больных, перенесших ИМ, и у больных с ХСН является обязательным, так как способно существенно улучшить прогноз их жизни [17]. Не назначение же ББ в подобной ситуации (при

отсутствии противопоказаний) заведомо свидетельствует о невысоком качестве терапии.

Относительно невысокая частота использования ББ при АГ в регистре ПРОФИЛЬ, по-видимому, объяснялась более глубоким знанием врачей специализированного кардиологического центра современных клинических рекомендаций по лечению АГ, существенно ограничивающих роль ББ при ряде сопутствующих заболеваний и состояний [18]. Ранее нами было показано, что в регистре РЕКВАЗА врачи нередко пренебрегали наличием противопоказаний, особенно относительных, к назначению ББ в определенных клинических ситуациях [19]. В дальнейших публикациях будет проведено детальное сравнение между двумя упомянутыми регистрами в плане использования ББ при наличии противопоказаний к ним.

Не менее важные данные были получены в отношении выбора ББ. Как уже упоминалось, в регистре РЕКВАЗА, в сравнении с регистром ПРОФИЛЬ, врачи использовали ББ менее активно, далеко не всегда назначая их в тех случаях, когда их прием абсолютно необходим с позиций современных клинических рекомендаций. В отношении же адекватности выбора ББ, как ни странно, существенных различий между регистрами выявлено не было. При всех заболеваниях в обоих регистрах однозначно лидировал бисопролол. Если при лечении ХСН и АГ его выбор можно признать вполне адекватным, то при лечении больных с ИБС доказательная база этого препарата явно уступает другим ББ, в первую очередь, метопрололу [20], и его никак нельзя признать оптимальным. Это особенно касается больных, перенесших ИМ, где метопролола тартрат по степени доказанности влияния на отдаленные исходы болезни занимает лидирующие позиции [20]; бисопролол же вообще не изучался у больных, перенесших ИМ, и вполне обоснованно вообще не имеет показаний к назначению у та-

ких больных [5]. К сожалению, этот факт совершенно не учитывался врачами в регистре РЕКВАЗА, и что еще более странно, врачами регистра ПРОФИЛЬ, представлявшими специализированный кардиологический научный центр.

Анализ назначения различных лекарственных форм метопролола показал, что врачи обоих регистров не учитывали основного преимущества лекарственной формы метопролола сукцината: ее доказанную эффективность при ХСН [2]. В регистре РЕКВАЗА метопролола сукцинат назначался крайне редко, в том числе и при ХСН (несмотря на то, что в настоящее время существуют доступные дженерики этого препарата). В регистре ПРОФИЛЬ метопролола сукцинат назначался значительно чаще, но именно в тех случаях, когда он должен был бы быть «препаратом выбора» (при ХСН), он по частоте назначения существенно уступал метопролола тартрату.

References / Литература

- 2012 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal (2012) 33, 2569-2619
- 2012 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Acute and Chronic Heart Failure. European Heart Journal (2012) 33, 1787-1847
- National Guidelines on Rational Cardiovascular Pharmacotherapy. First edition 2009. Cardiovascular therapy and prevention 2009; 8(6), Appendix 4. Национальные рекомендации по рациональной фармакотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Первое издание 2009. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2009; 8(6), Приложение 4.
- The choice of drug from the standpoint of evidence-based medicine: case study of beta-blockers. S.Yu. Martsevich, N.P. Kutishenko, Yu.V. Lukina. Rational pharmacotherapy in cardiology 2010; 6(6): 876-881. Проблема выбора лекарственного препарата с позиций доказательной медицины на примере бета-адреноблокаторов. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Лукина Ю.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2010; 6(6): 876-881.
- Federal guidance on the use of medicines. Issue XV. Moscow: EHO; 2014: 131-37. Российское Федеральное руководство по использованию лекарственных средств. Выпуск XVII.-М.:Видокс, 2016: 131-37
- Expert consensus document on β -adrenergic receptor blockers. López-Sendón J, Swedberg K, McMurray J, Tamargo J, Maggioni AP, Dargie H, Tendera M, Waagstein F, Kjekshus J, Lechat P, Torp-Pedersen C; Task Force On Beta-Blockers of the European Society of Cardiology. European Heart Journal (2004) 25, 1341-1362
- 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. Martsevich S.Y., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., Deev A.D., Smirnov V.P., Drozdova L.Y., Daniil's E.V., Fokina A.V. Rational pharmacotherapy in cardiology 2012; 8(5): 681-684. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый ИМ). Оценка лекарственной терапии. Часть 1. Как лечатся больные перед инфарктом миокарда, и как это влияет на смертность в стационаре. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., Деев А.Д., Смирнов В.П., Дроздова Л.Ю., Даниэль Е.В., Фокина А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2012; 8(5): 681-684.
- The LIS study (Lyubertsy study of mortality in patients with acute myocardial infarction). Evaluation of the drug therapy. Part 2. Influence of previous drug treatment on long-term life prognosis. Martsevich S.Yu., Ginzburg M.L., Kutishenko N.P., Deev A.D., Smirnov V.P., Drozdova L.Y., Daniels E.V., Fokina A.V. Rational pharmacotherapy in cardiology 2012; 8(6): 738-745. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда). Оценка лекарственной терапии. Часть 2. Влияние предшествующей лекарственной терапии на отдаленный прогноз жизни больных. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П., Деев А.Д., Смирнов В.П., Дроздова Л.Ю., Даниэль Е.В., Фокина А.В. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2012; 8(6): 738-745.
- Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. Yusuf S, Islam S, Chow CK, Rangarajan S, Dagenais G, Diaz R, Gupta R, Kelishadi R, Iqbal R, Avezum A, Krueger A, Kutty R, Lanas F, Lisheng L, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Oguz A, Rahman O, Swidan H, Yusuf K, Zatonski W, Rosengren A, Teo KK; Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study Investigators. Lancet. 2011 Oct 1; 378(9798):1231-43. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61215-4. Epub 2011 Aug 26.
- Boytsov S.A., Yakushin S.S., Martsevich S.Yu. et al. In-patient and outpatient register of cardiovascular diseases in Ryazan Region (RECVASA): major tasks, formation experience, and first outcomes. Rationalnaya farmakoterapiya v kardiologii = Rational pharmacotherapy in cardiology 2013; 9(1): 4-14. (In Russ.) 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.

Закключение

Таким образом, в целом врачи специализированного кардиологического научного центра были значительно более привержены данным доказательной медицины при назначении ББ при ССЗ, в отличие от практических врачей поликлиник. В вопросе же выбора конкретного ББ внутри группы врачи специализированного кардиологического научного центра (как и врачи поликлиники), как правило, пренебрегали доказательной базой конкретных ББ, и, более того, часто выходили за рамки официальных инструкций по назначению конкретного ББ.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Disclosures. All authors have not disclosed potential conflicts of interest regarding the content of this paper.

- Boytsov S.A., Lukyanov M.M., Yakushin S.S. et al. Register of cardiovascular diseases (RECVASA): diagnostics, concomitant cardiovascular pathology, comorbidity and treatment in conditions of actual in-patient and outpatient Practice. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika = Cardiovascular Therapy and Prevention 2014; 13(6): 44-50. (In Russ.) Бойцов С.А., Лукьянов М.М., 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.
- Martsevich S.Yu., Gaysenok O.V., Tripkosh S.G. Medical supervision in specialized center and the quality of lipid lowering therapy in patients with cardiovascular diseases (according to the PROFIL register). Ration Pharmacother Cardiol 2013; 9(2): 1337. Russian (Марцевич С.Ю., Гайсенок О.В., Трипкош С.Г. Наблюдение в специализированном медицинском центре и качество гиплипидемической терапии у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (по данным регистра ПРОФИЛЬ). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2013; 9(2): 133-7).
- Martsevich S.Yu., Kutishenko N. P., Gaysenok O.V., Tripkosh S.G. Original Medicines and Generics: an Analysis of Efficacy and Safety via Controlled Studies and Using the Register on the Example of Amlodipine. Kardiologiya 2013; 5: 83-6. Russian (Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Гайсенок О.В., Трипкош С.Г. Оригинальные препараты и дженерики: анализ эффективности и безопасности с помощью контролируемых исследований и с использованием регистра на примере амлодипина. Кардиология 2013; 5: 83-6).
- Martsevich S.Yu., Navasardian A.R., Kutishenko N.P., et al. Studying atrial fibrillation on the basis of the «PROFILE» registry. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika 2014; 13(2): 35-39. Russian (Марцевич С.Ю., Навасардян А.Р., Кутишенко Н.П. и др. Опыт изучения фибрилляции предсердий на базе регистра ПРОФИЛЬ. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика 2014; 13(2): 35-9).
- Boytsov SA, Martsevich SYu, Kutishenko NP, Ginzburg ML. Registers in cardiology. Basic rules of conduct and a real opportunity. Cardiovascular Therapy and Prevention 2013; 12: 4-9. Russian (Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. и др. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности. Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика 2013; 12: 4-9).
- Martsevich SYu, Drozdova LY, Kutishenko NP, Ginzburg ML. Registers as a way to study the effectiveness and safety of drugs. Clinician 2012; 3-4: 4-9. Russian (Марцевич С.Ю., Дроздова Л.Ю., Кутишенко Н.П., Гинзбург М.Л. Регистры как способ изучения эффективности и безопасности лекарственных препаратов. Клиницист 2012; 3-4: 4-9).
- National Guidelines on Cardiovascular Prevention. First edition 2011. Cardiovascular therapy and prevention 2011; 10 (6) Appendix 2. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Первое издание 2011. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6) Приложение 2
- 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. European Heart Journal 2013; 34: 2159-2219
- Quality assessment of antihypertensive therapy in patients with arterial hypertension without concomitant cardiovascular diseases as a part of outpatient RECVASA register. Zagrebelyny A.V., Martsevich S.Yu., Loukianov M.M., Pravkina E.A., Vorobeyev A.N., Yakushin S.S., Boytsov S.A. Rational pharmacotherapy in cardiology. 2014. T. 10. № 4. С. 378-383. Оценка качества назначения антигипертензивных препаратов больным АГ, не имеющих сочетанной сердечно-сосудистой патологии, в рамках амбулаторно-поликлинического регистра РЕКВАЗА. Загребельный А.В., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М., Правкина Е.А., Воробьев А.Н., Якушин С.С., Бойцов С.А. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. Т. 10. № 4. С. 378-383.
- Beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. BMJ. 1999 Jun 26; 318(7200): 1730-7.

Поступила: 25.05.2016

Принята в печать: 14.06.2016