

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

Больные с сочетанием хронической сердечной недостаточности, артериальной гипертонии и перенесенного ранее инфаркта миокарда: клиничко-анамнестические характеристики и практика назначения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина и β -адреноблокаторов, приверженность лечению (данные амбулаторного регистра РЕКВАЗА)

Михаил Михайлович Лукьянов^{1*}, Александр Николаевич Козминский²,
Сергей Юрьевич Марцевич¹, Сергей Степанович Якушин²,
Александр Николаевич Воробьев², Александр Васильевич Загребельный¹,
Роман Петрович Мясников¹, Кристина Геннадьевна Переверзева²,
Екатерина Алексеевна Правкина², Елена Юрьевна Андреевко¹,
Екатерина Николаевна Белова¹, Александр Дмитриевич Деев¹,
Кляшторный Владислав Георгиевич¹, Егор Викторович Кудряшов¹,
Сергей Анатольевич Бойцов¹

¹ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
Россия, 101990, Москва, Петроверигский пер., 10

² Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова
Россия, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, 9

Цель. Изучить клиничко-анамнестические характеристики, частоту назначения в амбулаторной практике ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)/блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) и β -адреноблокаторов (β -АБ), приверженность медикаментозной терапии у больных с сочетанием хронической сердечной недостаточности (ХСН), артериальной гипертонии (АГ) и инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе в Регистре кардиоВаскулярных Заболеваний (РЕКВАЗА).

Материал и методы. В рамках регистра РЕКВАЗА выполнен анализ данных в группах пациентов с сочетанием ХСН, АГ и перенесенного ИМ ($n=406$) и пациентов с сочетанием ХСН, АГ и ишемической болезни сердца (ИБС) без анамнеза ИМ ($n=1897$). В этих группах сопоставлены структура сочетанной сердечно-сосудистой патологии и сопутствующих некардиальных заболеваний, выраженность клинических проявлений ХСН, ИБС и АГ, частота назначения ИАПФ/БРА и β -АБ, приверженность медикаментозной терапии (по опроснику Мориски-Грина).

Результаты. Больные с сочетанием ХСН, АГ и ИБС с и без ИМ в анамнезе значительно различались по доле лиц мужского пола (47,8% против 24,9%, соответственно), частоте наличия фибрилляции предсердий (25,9% против 20,5%, соответственно), сахарного диабета (27,3% против 15,7%, соответственно) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе (17,2% против 10,7% соответственно). При этом в сравниваемых группах не было значимых различий среднего возраста ($69,9 \pm 11,0$ против $70,3 \pm 11,0$ лет, соответственно), а также частоты наличия в анамнезе болезней органов дыхания, хронической болезни почек, заболеваний органов пищеварения, ожирения и анемии. У больных с сочетанием ХСН, АГ и постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) по сравнению с пациентами без ПИКС значительно чаще диагностировались 3-4 функциональный класс ХСН (62% против 47,9%, соответственно), АГ 3 степени (92,5% против 84,2%, соответственно), стенокардия напряжения 3-4 функционального класса (84,4% против 66,4%, соответственно). У больных с ПИКС чаще ($p<0,05$) назначались β -АБ (56,7% против 42,2%, соответственно), комбинация ИАПФ/БРА с β -АБ (44,6% против 35,1%, соответственно), но реже – ИАПФ/БРА (73,7% против 77,6%, соответственно). Доля лиц, приверженных лечению (4 балла по шкале Мориски-Грина) была большей у больных с ПИКС (37,2% против 30,6%, соответственно; $p<0,05$).

Заключение. Больные с ХСН в сочетании с АГ и ПИКС по сравнению с пациентами без ПИКС характеризовались большей частотой наличия фибрилляции предсердий, сахарного диабета и перенесенного ОНМК, более тяжелым клиническим течением ХСН, АГ и ИБС, большей частотой назначения β -АБ, комбинации ИАПФ/БРА и β -АБ, меньшей частотой назначения ИАПФ/БРА, а также более высокой приверженностью медикаментозной терапии. У данной категории больных частота прогностически значимых назначений ИАПФ/БРА и β -АБ является совершенно недостаточной, при этом была привержена медикаментозному лечению лишь треть пациентов.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, перенесенный инфаркт миокарда, артериальная гипертония, амбулаторная практика, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, β -адреноблокаторы, регистр, оценка соответствия терапии клиническим рекомендациям, приверженность лечению.

Для цитирования: Лукьянов М.М., Козминский А.Н., Марцевич С.Ю., Якушин С.С., Воробьев А.Н., Загребельный А.В., Мясников Р.П., Переверзева К.Г., Правкина Е.А., Андреев Е.Ю., Белова Е.Н., Деев А.Д., Кляшторный В.Г., Кудряшов Е.Н., Бойцов С.А. Больные с сочетанием хронической сердечной недостаточности, артериальной гипертензии и перенесенного ранее инфаркта миокарда: клинико-анамнестические характеристики и практика назначения ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, блокаторов рецепторов ангиотензина и β-адреноблокаторов, приверженность лечению (данные амбулаторного регистра РЕКВАЗА). *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2017;13(2):207-212. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-2-207-212>

Patients with Combination of Chronic Heart Failure, Hypertension and History of Myocardial Infarction: Clinical and Anamnestic Characteristics, Administration of ACE Inhibitors, Angiotensin Receptor Blockers, β-Blockers and Adherence to the Drug Therapy (Data of Outpatient Registry RECVASA)

Mikhail M. Loukianov^{1*}, Alexander N. Kozminsky², Sergey Yu. Martsevich¹, Sergey S. Yakushin², Alexander N. Vorobyev², Alexander V. Zagrebennyi¹, Roman P. Myasnikov¹, Kristina G. Pereverzeva², Ekaterina A. Pravkina², Elena Yu. Andreenko¹, Ekaterina N. Belova¹, Alexander D. Deev¹, Vladislav G. Klyashtorny¹, Egor V. Kudryashov¹, Sergey A. Boytsov¹

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

² I.P. Pavlov Ryazan State Medical University. Vysokovoltnaya ul. 9, Ryazan, 390026 Russia

Aim. To assess the clinical and anamnestic characteristics, the prescription rate of angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI)/angiotensin receptor blockers (ARB) and β-blockers in the outpatient practice, adherence to drug therapy in patients with a combination of chronic heart failure (CHF), hypertension (HT) and history of myocardial infarction (MI) in the frame of Cardiovascular Disease Registry (RECVASA).

Material and methods. Data analysis in groups of patients with a combination of CHF, HT and the history of MI (n=406) and patients with a combination of CHF, HT and ischemic heart disease (IHD) without history of MI (n=1897) was performed in the frame of RECVASA registry. The structure of the associated cardiovascular and concomitant non-cardiac diseases, the severity of the clinical manifestations of CHF, IHD and HT, the prescription rate of the ACEI/ARB and β-blockers, the adherence to drug therapy (according to the Morisky-Green test) were studied in groups.

Results. Patients with a combination of CHF, HT and IHD with or without MI history significantly differed in the proportion of men (47.8% vs 24.9%, respectively), prevalence of atrial fibrillation (25.9% vs 20.5%, respectively), diabetes mellitus (27.3% vs 15.7%, respectively) and the stroke history (17.2% vs 10.7%, respectively). The mean age (69.9±11.0 vs 70.3±11.0 years, respectively), as well as the prevalence of the history of respiratory diseases, chronic kidney disease, digestive diseases, obesity and anemia, did not differ significantly. Patients with a combination of CHF, HT and post-infarction cardiosclerosis (PICS) compared with patients without PICS significantly more often had CHF class 3-4 NYHA (62% vs 47.9%, respectively), HT of degree 3 (92.5% vs 84.2%, respectively), stable angina class 3-4 (84.4% vs 66.4%, respectively). Patients with PICS significantly (p<0.05) more often received β-blockers (56.7% vs 42.2%, respectively), a combination of ACEI/ARB plus β-blockers (44.6% vs 35.1%, respectively), but less often – monotherapy with ACEI/ARB (73.7% vs 77.6%, respectively). The proportion of patients with adherence to treatment (4 points on the Morisky-Green scale) was greater in patients with PICS (37.2% vs 30.6%, respectively; p<0.05).

Conclusion. Patients with CHF in combination with HT and PICS compared with patients without PICS had more prevalence of atrial fibrillation, diabetes mellitus and stroke history, more severe course of CHF, HT and IHD, greater prescription rate of β-blockers, combinations of ACEI/ARB plus β-blockers, but less prescription rate only ACEI/ARB, higher adherence to treatment. The prescription rate of prognostically significant ACEI/ARB and β-blockers in these patients is inadequate, and only one third of patients are adherent to treatment.

Keywords: chronic heart failure, history of myocardial infarction, hypertension, outpatient practice, angiotensin-converting enzyme inhibitors, angiotensin receptor blockers, β-adrenoblockers, registry, evaluation of compliance with clinical guidelines, adherence to treatment.

For citation: Loukianov M.M., Kozminsky A.N., Martsevich S.Yu., Yakushin S.S., Vorobyev A.N., Zagrebennyi A.V., Myasnikov R.P., Pereverzeva K.G., Pravkina E.A., Andreenko E.Yu., Belova E.N., Deev A.D., Klyashtorny V.G., Kudryashov E.V., Boytsov S.A. Patients with Combination of Chronic Heart Failure, Hypertension and History of Myocardial Infarction: Clinical and Anamnestic Characteristics, Administration of ACE Inhibitors, Angiotensin Receptor Blockers, β-Blockers and Adherence to the Drug Therapy (Data of Outpatient Registry RECVASA). *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2017;13(2):207-212. (In Russ). DOI: [10.20996/1819-6446-2017-13-2-207-212](http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-2-207-212)

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): loukmed@gmail.com

Received / Поступила: 04.04.2017

Accepted / Принята в печать: 10.04.2017

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) являются наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), основными причинами развития хронической сердечной недостаточности (ХСН), оказывающей дополнительное негативное влияние на прогноз, по сравнению с АГ и ИБС без развития данного осложнения [1-7]. По данным российского исследования ЭПОХА-ХСН основными причинами развития ХСН в Российской Федерации являются АГ (88% случаев) и ИБС (59% случаев), в т.ч. ИБС с перенесенным ИМ – 13%. Комбинация ИБС и АГ встречается у половины больных ХСН [2,3].

Сочетание ХСН, АГ и перенесенного ранее инфаркта миокарда (ИМ) является состоянием еще более высокого риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений, чем каждая из его составляющих в отдельности. В клинических рекомендациях по лечению ХСН, АГ и ИБС особо важное значение придается высокой эффективности и благоприятному действию на прогноз ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) и β-адреноблокаторов (β-АБ), особенно при сочетании АГ с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) [5-7, 12-14] и/или ХСН [1,4,8-11], что доказано многочисленными исследованиями

Вопрос о соответствии клиническим рекомендациям реальной медицинской практики лечения больных с тремя и более диагнозами ССЗ, в частности – в случае сочетания ИБС, АГ, ХСН и ПИКС почти не изучен в рамках рандомизированных клинических исследований, имеются лишь отдельные публикации по результатам создания регистров ССЗ [15, 16]. Кроме того, принципиально важное значение для достижения положительного результата назначения лекарственных препаратов по поводу ССЗ имеет приверженность пациентов лечению [17, 18]. В частности, по данным мета-анализа 44 проспективных исследований приверженность пациентов длительной терапии составляет не более 60%, что существенно снижает эффективность первичной и вторичной профилактики и не позволяет в должной мере снизить смертность от ССЗ [18].

В связи с вышеизложенным является актуальной целью исследования – оценить клинико-анамнестические характеристики, частоту назначения в амбулаторной практике ИАПФ/БРА и β-АБ, приверженность медикаментозной терапии у больных с сочетанием ХСН, АГ и перенесенного ИМ в рамках регистра кардиоваскулярных заболеваний РЕКВАЗА.

Материал и методы

В рамках амбулаторного регистра РЕКВАЗА проведен анализ данных в группах пациентов с сочетанием ХСН, АГ и перенесенного ИМ (406 человек) и пациентов с сочетанием ХСН, АГ и ИБС, не переносивших ИМ (1897 человек). На основании данных амбулаторных карт в этих группах пациентов сопоставлены структура сочетанной сердечно-сосудистой патологии и сопутствующих некардиальных заболеваний, выраженность клинических проявлений ХСН, ИБС и АГ, частота назначения ИАПФ/БРА и β-АБ, приверженность медикаментозной

терапии. Оценено соответствие клиническим рекомендациям частоты назначения ИАПФ/БРА, β-АБ и их комбинации. Приверженность медикаментозному лечению оценивали по опроснику Мориски-Грина [19]. Подробное описание дизайна исследования РЕКВАЗА, результаты валидации диагнозов ИБС, АГ, ХСН и общий сравнительный анализ частоты назначения основных групп лекарственных препаратов были представлены нами в предшествующих публикациях [15, 16].

Для статистической обработки данных использовались методы описательной статистики. Достоверность различий средних величин оценивалась с помощью критерия Стьюдента, статистическую значимость различий частоты наличия признаков в группах сравнения – непараметрическим методом с применением критерия хи-квадрат. Статистическую обработку данных проводили с помощью аналитического модуля GLM программы SAS.

Результаты

Возрастные, гендерные характеристики и сопутствующая патология у больных с сочетанием ХСН, АГ и ИБС при наличии/отсутствии ПИКС представлены в табл. 1. Из этих данных следует, что больные с сочетанием ХСН, АГ и ИБС, переносившие и не переносившие ранее ИМ, значимо различались по доле лиц мужского пола, частоте наличия фибрилляции предсердий, сахарного диабета и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе. Не было значимых различий среднего возраста ($69,9 \pm 11,0$ и $70,3 \pm 11,0$ лет), а также частоты наличия в анамнезе болезней органов дыхания, хронической болезни почек, заболеваний органов пищеварения, ожирения и анемии ($p < 0,05$).

Характеристики клинического течения ХСН, АГ, ИБС у больных с наличием/отсутствием ПИКС приведены в

Table 1. Age, gender characteristics and concomitant diseases in patients with a combination of chronic heart failure, hypertension and coronary heart disease with/without postinfarction cardiosclerosis

Таблица 1. Возрастные, гендерные характеристики и сопутствующая патология у больных с сочетанием ХСН, АГ и ИБС при наличии/отсутствии ПИКС

Возрастно-половые характеристики, сопутствующая патология	ХСН, АГ, ИБС без ПИКС (n = 1897)	ХСН, АГ, ИБС с ПИКС (n = 406)	p
Возраст, лет	70,3±10,7	69,9±11,0	>0,05
Мужчины, %	24,9	47,8	0,0001
Фибрилляция предсердий, %	20,5%	25,9%	0,02
ОНМК в анамнезе, %	10,7%	17,2%	0,0002
Сахарный диабет, %	15,7%	27,3%	0,003
Болезни органов дыхания, %	29,7%	29,6%	0,94
Хроническая болезнь почек, %	43,8%	49,0%	0,12
Болезни органов пищеварения, %	64,7%	63,3%	0,60
Ожирение, %	15,6%	12,6%	0,12
Анемия, %	8,4%	7,4%	0,39

ХСН – хроническая сердечная недостаточность, АГ – артериальная гипертония, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения

Table 2. Characteristics of clinical course of chronic heart failure, hypertension and ischemic heart disease in patients with/without postinfarction cardiosclerosis

Таблица 2. Характеристики клинического течения ХСН, АГ, ИБС у больных с наличием/отсутствием ПИКС

Параметр	ХСН, АГ, ИБС без ПИКС (n = 1897)	ХСН, АГ, ИБС с ПИКС (n = 406)	p
ХСН 1-2 ФК (НУНА), %	52,1%	38%	0,0001
ХСН 3-4 ФК (НУНА), %	47,9%	62%	0,0001
АГ 1-2 степени, %	15,8%	7,5%	0,001
АГ 3 степени, %	84,2%	92,5%	0,001
Стенокардия напряжения 1-2 ФК, %	33,6%	15,6%	0,0001
Стенокардия напряжения 3-4 ФК, %	66,4%	84,4%	0,0001

ХСН – хроническая сердечная недостаточность, АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз, ФК – функциональный класс. Функциональный класс ХСН указан у 1166 (50,6%) пациентов, степень АГ – у 1857 (80,6%), функциональный класс стенокардии – у 1483 (64,4%). В таблице приведена доля пациентов от числа лиц с наличием данных по указанной клинической характеристике

Table 3. Prescription rate of ACE inhibitors/angiotensin receptor blockers and beta-blockers in patients with a combination of chronic heart failure, hypertension and coronary heart disease with/without postinfarction cardiosclerosis

Таблица 3. Частота назначения ИАПФ/БРА и β-АБ больным с сочетанием ХСН, АГ и ИБС при наличии/отсутствии ПИКС

Препараты	ХСН, АГ, ИБС без ПИКС (n = 1897)	ХСН, АГ, ИБС с ПИКС (n = 406)
ИАПФ/БРА	77,6	73,7*
β-АБ	42,2	56,7*
ИАПФ/БРА + β-АБ	35,1	44,6*

*p<0,05 по сравнению с аналогичным показателем в противоположной группе
 ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина, β-АБ – бета-адреноблокаторы, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, АГ – артериальная гипертензия, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз

табл. 2. У больных с сочетанием ХСН, АГ и ПИКС по сравнению с пациентами с сочетанием ХСН, АГ и ИБС без ПИКС чаще диагностировались 3-4 функциональный класс ХСН, АГ 3 степени, стенокардия напряжения 3-4 функционального класса. Целевой уровень АД (<140/90 мм рт.ст.) чаще регистрировался у больных с ПИКС (34,7%) по сравнению с больными без ПИКС (28,6%; p=0,02).

Из данных табл. 3 следует, что у больных с ПИКС чаще (p<0,05) назначались β-АБ, комбинация ИАПФ/БРА и β-АБ, но реже – ИАПФ/БРА. У больных с ПИКС, несмотря на более выраженные клинические проявления ХСН, доля лиц с ЧСС более 90/мин (3,3%) существенно не отличалась от таковой у больных без ПИКС (3,7%; p=0,71). При этом имела тенденция к меньшей частоте наличия ЧСС более 80/мин у лиц с ПИКС (10,2% против 13,7%; p=0,07), что, возможно, было отчасти связано с большей частотой назначения β-АБ больным, перенесшим ИМ.

Сопоставление результатов оценки приверженности к медикаментозной терапии по данным опросника Мориски-Грина у больных с сочетанием ХСН, АГ и ИБС при наличии/отсутствии ПИКС представлено в табл. 4. Было выявлено, что доля лиц, приверженных лечению (4 балла по шкале опросника Мориски-Грина), была больше у больных с ПИКС по сравнению с больными без ПИКС (p=0,03). У больных с ПИКС по сравнению с больными без ПИКС доля лиц с низкой приверженностью медикаментозному лечению (0-2 балла) была меньше

(39,4% и 45,2%; p=0,07), а с неполной приверженностью (3 балла) почти не различалась (p=0,84).

Обсуждение

Результаты исследования показали, что у больных с сочетанием ХСН, АГ и ИБС наличие перенесенного ИМ в значительном количестве случаев сочетается с более тяжелым клиническим течением не только ИБС, но и ХСН, АГ. Кроме того, у больных с ПИКС была выше частота наличия фибрилляции предсердий, сахарного диабета и ОНМК в анамнезе, что дополнительно повышало риск сердечно-сосудистых осложнений. Недостаточная частота назначения в реальной практике ИАПФ/БРА, β-АБ по поводу как ХСН, так и перенесенного ИМ, выявлена и в данной работе, и в исследованиях других авторов [2, 12]. Однако в настоящем исследовании показано, что при наличии двух и более прогностически значимых показаний, несмотря на существенное нарастание тяжести состояния пациентов, частота назначения врачами поликлиник лекарственных препаратов в этих группах оставалась недостаточной, а должное назначение комбинации ИАПФ/БРА и β-АБ у больных с ПИКС осуществлялось в 2,7 раза реже должного.

Более высокая частота наличия целевого АД у больных сочетанием АГ, ХСН и ПИКС, возможно, связана не только с большей частотой назначения этим пациентам β-АБ и ИАПФ/БРА, но и с дополнительным снижением уровня АД под воздействием таких факторов, как бо-

Table 4. Adherence to drug therapy according to the Morisky-Green test in patients with a combination of chronic heart failure, hypertension and coronary heart disease with/without postinfarction atherosclerosis

Таблица 4. Приверженность к медикаментозной терапии по данным опросника Мориски-Грина у больных с сочетанием ХСН, АГ и ИБС при наличии/отсутствии ПИКС

Число баллов ^а	ХСН, АГ, ИБС без ПИКС (n = 1897)	ХСН, АГ, ИБС с ПИКС (n = 406)
0	6,4%	4,8%
1	7,6%	7,2%
2	31,2%	27,4%
3	24,2%	23,6%
4	30,6%	37,0%*

*p<0,05 по сравнению с аналогичным показателем в противоположной группе
^аГрадации приверженности: низкая (0-2 балла); неполная (3 балла), высокая (4 балла)
 ХСН – хроническая сердечная недостаточность, АГ – артериальная гипертония,
 ИБС – ишемическая болезнь сердца, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз

более значительная выраженность ХСН и более высокая частота наличия фибрилляции предсердий.

Таким образом, у больных с ХСН наличие второго обязательного показания к назначению β-АБ и ИАПФ/БРА (ИМ в анамнезе) приводило в амбулаторной практике к достоверному повышению частоты назначения лишь β-АБ, но терапия ИАПФ/БРА у больных с ПИКС назначалась даже реже, чем при его отсутствии. Тем не менее, частота назначения комбинации ИАПФ/БРА и β-АБ, а следовательно, и частота полного соответствия назначения этих групп лекарственных препаратов клиническим рекомендациям была выше у пациентов, переносивших ранее ИМ.

Важно отметить, что назначение комбинации ИАПФ/БРА и β-АБ полностью соответствует клиническим рекомендациям по лечению больных ХСН, а также пациентов с ИБС и ПИКС, или с сочетанием АГ и ХСН. Тем более, что при сочетании всех трех вышеперечисленных показаний назначение данной комбинации лекарственных препаратов является обязательным (при отсутствии абсолютных противопоказаний).

Важно подчеркнуть, что в условиях реальной амбулаторной практики приверженность медикаментозному лечению у больных с ХСН, АГ и ИБС как при наличии, так и при отсутствии ПИКС, т.е. при сочетании нескольких диагнозов ССЗ и высоком риске сердечно-сосудистых осложнений была совершенно недостаточной. В соответствии с результатами опросника Мориски-Грина почти в 70% случаев имели место низкая

или неполная приверженность пациентов лекарственной терапии. Низкая частота комбинированного назначения ИАПФ/БРА и β-АБ, обладающих доказанным благоприятным действием на прогноз, составившая у больных с ПИКС и без ПИКС 44,6% и 35,1%, указывает на недостаточную приверженность врачей поликлиник выполнению клинических рекомендаций. При этом дополнительным негативным фактором является низкая приверженность пациентов назначенной медикаментозной терапии (полностью выполнялись только 37% и 30,6% назначений). Таким образом, путем умножения данных показателей определяется доля пациентов с ПИКС и без ПИКС, у которых в амбулаторной практике полностью была реализована должная комбинированная терапия, т.е. 17% и 11%, соответственно.

Из вышеизложенного следует, что резерв повышения качества прогностически значимого медикаментозного лечения и приверженности к нему врачей и пациентов, а, соответственно, и резерв снижения риска фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых событий у больных ССЗ на амбулаторном этапе является весьма значительным, и означает возможность увеличения частоты проведения надлежащей терапии комбинацией ИАПФ/БРА и β-АБ до 6 раз у больных с ПИКС и до 9 раз при отсутствии ПИКС.

Заключение.

По данным амбулаторного регистра РЕКВАЗА больные с ХСН в сочетании с АГ и перенесенным ранее ИМ по сравнению с пациентами с сочетанием ХСН, АГ и ИБС без ИМ в анамнезе характеризовались большей частотой наличия фибрилляции предсердий, сахарного диабета и перенесенного ОНМК, более выраженной тяжестью клинического течения ХСН, АГ и ИБС, большей частотой назначения β-АБ, комбинации ИАПФ/БРА и β-АБ, меньшей частотой назначения ИАПФ/БРА, более высокой приверженностью медикаментозной терапии. Однако в амбулаторной практике частота прогностически значимых лекарственных назначений данным категориям больных в виде ИАПФ/БРА, β-АБ и их комбинации является совершенно недостаточной даже при наличии двух и более обязательных показаний, и не соответствует клиническим рекомендациям, при этом была привержена медикаментозному лечению лишь треть пациентов.

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.

References / Литература

1. Mareev V.Yu., Ageev F.T., Arutyunov G.P. And others. National recommendations on diagnosis and treatment of CHF (fourth revision). Serdechnaya Nedostatochnost'. 2013; 14 (7): 407-10 (In Russ.) [Мареєв В.Ю., Агєєв Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр). Сердечная Недостаточность. 2013;14(7):407-10].

2. Ageev F.T., Danielyan M.O., Mareyev V.Yu. Patients with chronic heart failure in Russian outpatient practice: features of the contingent, diagnosis and treatment (based on the EPOCHА-O-CHF study). Serdechnaya Nedostatochnost'. 2004;5(1):4-7 (In Russ.) [Агєєв Ф.Т., Даниєлян М.О., Мареєв В.Ю. и др. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН). Сердечная Недостаточность. 2004;5(1):4-7].

3. Fomin I.V. Epidemiology of chronic heart failure in the Russian Federation. In: Ageev F.T., ed. Chronic heart failure. Moscow: GEOTAR-Media; 2010: 7-77 (In Russ.) [Фомин И.В. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. В: Агеев Ф.Т., ред. Хроническая сердечная недостаточность. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2010: 7-77].
4. Ponikowski P., Voors A.A., Anker S.D. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016; 37(27):2129-200.
5. Diagnosis and treatment of hypertension. Russian recommendations (the fourth revision). Systemic Hypertension. 2010;3:5-26 (In Russ.) [Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). Системные гипертензии. 2010;3:5-26].
6. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 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). Eur Heart J. 2013;34:2159-219.
7. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. Eur Heart J. 2013;34:2949-3003.
8. Flather M.D., Yusuf S., Khyber L. et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients: ACE-Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. Lancet. 2000;355:1575-81.
9. Garg R., Yusuf S. Overview of randomized trials of angiotensin-converting enzyme inhibitors on mortality and morbidity in patients with heart failure. JAMA 1995;273:1450-6.
10. Granger C.B., McMurray J.J.V., Yusuf S. et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial. Lancet. 2003;362:772-6.
11. Vantrimpont P., Rouleau J.L., Wun C.C., et al. Additive beneficial effects of beta-blockers to angiotensin-converting enzyme inhibitors in the Survival and Ventricular Enlargement (SAVE) Study: SAVE Investigators. J Am Coll Cardiol. 1997;29:229-36.
12. Henderson R.A., O'Flynn N. Management of stable angina: summary of NICE guidance. Heart. 2012;98:500-7.
13. Yusuf S., Wittes J., Friedman L. et al. Overview of results of randomized clinical trials in heart disease. I. Treatments following myocardial infarction. JAMA. 1988;260:2088-93.
14. Ford E.S., Ajani U.A., Croft J.B. et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med. 2007;356(23):2388-98.
15. Boytsov S.A., Loukianov M.M., Yakushin S.S., et al. The registry of cardiovascular diseases (RECVASA): diagnostics, combined cardiovascular pathology, concomitant diseases and treatment in conditions of real outpatient and polyclinic practice. Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika. 2014, 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;6:44-50].
16. Loukianov M.M., Boytsov S.A., Yakushin S.S., et al. Combined cardiovascular diseases and antihypertensive treatment in patients with arterial hypertension in outpatient clinic practice (according to the data of the registry RECVASA). Rational Pharmacotherapy in Cardiology. 2016;(1):4-5 (In Russ.) [Лукьянов М.М., Бойцов С.А., Якушин С.С., и др. Сочетанные сердечно-сосудистые заболевания и антигипертензивное лечение у больных артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинической практике (по данным регистра РЕКВАЗА). Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2016;(1):4-5].
17. Bosworth H.B., Granger B.B., Mendys P., et al. Medication adherence: a call for action. Am Heart J. 2011;162(3):412-24.
18. Chowdhury R., Khan H., Heydon E., et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. Eur Heart J. 2013;34(38):2940-8.
19. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986;24(1):67-74.

About the Authors:

Mikhail M. Loukianov – MD, PhD, Leading Researcher, Department of Clinical Cardiology and Molecular Genetics, State Research Centre for Preventive Medicine

Alexander N. Kozminsky – Assistant, Simulation Training Center, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Sergey Yu. Martsevich – MD, PhD, Professor, Head of Department of Preventive Pharmacotherapy, State Research Centre for Preventive Medicine

Sergey S. Yakushin – MD, PhD, Professor, Head of Chair of Hospital Therapy, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Alexander N. Vorobyev – MD, PhD, Assistant, Chair of Hospital Therapy, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Alexander V. Zagrebelsky – MD, PhD, Senior Researcher, Department of Preventive Pharmacotherapy, State Research Centre for Preventive Medicine

Roman P. Myasnikov – MD, PhD, Researcher, Department of Clinical Cardiology and Molecular Genetics, State Research Centre for Preventive Medicine

Kristina G. Pereverzeva – MD, Assistant, Chair of Hospital Therapy, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Ekaterina A. Pravkina – MD, Assistant, Chair of Hospital Therapy, I.P. Pavlov Ryazan State Medical University

Elena Yu. Andreenko – MD, PhD, Senior Researcher, Department of Clinical Cardiology and Molecular Genetics, State Research Centre for Preventive Medicine

Ekaterina N. Belova – Programmer, Laboratory of Biostatistics, Department of Epidemiology of Chronic Non-Communicable Diseases, State Research Centre for Preventive Medicine

Alexander D. Deev – PhD (in Physics and Mathematics), Head of Laboratory of Biostatistics, Department of Epidemiology of Chronic Non-Communicable Diseases, State Research Centre for Preventive Medicine

Vladislav G. Klyashtorny – PhD (in Biology), Researcher, Laboratory of Biostatistics, Department of Epidemiology of Chronic Non-Communicable Diseases, State Research Centre for Preventive Medicine

Egor V. Kudryashov – Programmer, Laboratory of Biostatistics, Department of Epidemiology of Chronic Non-Communicable Diseases, State Research Centre for Preventive Medicine

Sergey A. Boytsov – MD, PhD, Professor, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Head of Department of Clinical Cardiology and Molecular Genetics, State Research Centre for Preventive Medicine

Сведения об авторах:

Лукьянов Михаил Михайлович – к.м.н., в.н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ГНИЦПМ
Козминский Александр Николаевич – ассистент центра симуляционного обучения РязГМУ

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

Якушин Сергей Степанович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии РязГМУ

Воробьев Александр Николаевич – к.м.н., ассистент кафедры госпитальной терапии РязГМУ

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

Мясников Роман Петрович – к.м.н., н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ГНИЦПМ

Переверзева Кристина Геннадьевна – ассистент кафедры госпитальной терапии РязГМУ

Правкина Екатерина Алексеевна – ассистент кафедры госпитальной терапии РязГМУ

Андреев Елена Юрьевна – к.м.н., с.н.с. отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики ГНИЦПМ

Белова Екатерина Николаевна – программист лаборатории биostatистики ГНИЦПМ

Деев Александр Дмитриевич – к.ф.м.н., руководитель лаборатории биostatистики ГНИЦПМ

Кляшторный Владислав Георгиевич – к.б.н., н.с. лаборатории биostatистики ГНИЦПМ

Кудряшов Евгений Викторович – программист лаборатории биostatистики ГНИЦПМ

Бойцов Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, руководитель отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики, директор ГНИЦПМ