

---

*ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ*

---

© Коллектив авторов, 2015  
УДК 616.12-07

**АНАЛИЗ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ  
В РЕАЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

К.Г. ПЕРЕВЕРЗЕВА<sup>1</sup>, А.Н. ВОРОБЬЕВ<sup>1</sup>, С.Ю. МАРЦЕВИЧ<sup>2</sup>, М.М. ЛУКЬЯНОВ<sup>2</sup>,  
К.А. МОСЕЙЧУК<sup>1</sup>

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,  
г. Рязань (1)  
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины,  
г. Москва (2)

---

**ANALYSIS OF MANAGEMENT TACTICS IN PATIENTS  
WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND ATRIAL FIBRILLATION  
IN REAL OUTPATIENT PRACTICES**

K.G. PEREVERZEVA<sup>1</sup>, A.N. VOROBYEV<sup>1</sup>, S.YU. MARTSEVICH<sup>2</sup>,  
M.M. LOUKIANOV<sup>2</sup>, K.A. MOSEICHUK<sup>1</sup>

Ryazan State Medical University, Ryazan (1)  
State Research Center for Preventive Medicine, Moscow (2)

**В статье проанализирована тактика ведения пациентов с ИБС и ФП в условиях реальной поликлинической практики на основании регистрового исследования. В исследование было включено 243 пациента (168 [30,9%] мужчин и 75 [69,1%] женщин) с установленными диагнозами ФП и ИБС. Большинство пациентов имели сочетанную сердечно-сосудистую патологию, а также ряд сопутствующих не сердечно-сосудистых заболеваний. Выявлены**

**основные недочеты в оказании амбулаторной помощи пациентам с ФП и ИБС: недостаточная частота наблюдений данных пациентов врачом-кардиологом, недостаточная частота использования обязательных инструментальных и лабораторных методов обследования таких пациентов, несоответствие назначаемой болезнью- и симптом-модифицирующей лекарственной терапии современным клиническими рекомендациями.**

*Ключевые слова: регистровое исследование, фибрилляция предсердий, ИБС, тактика ведения, поликлиническая практика.*

---

**The article analyses management tactics in patients with coronary artery disease and atrial fibrillation in real outpatient practices basing on a registry study. The study included 243 patients (168 [30,9%] men and 75 [69,1%] women) with diagnoses of AF and CAD. Most of the patients had combined cardiovascular pathology, and a number of concomitant non-cardiovascular diseases. Main defects in providing outpatient care to the AF and CAD patients were revealed: insufficient rate of follow-up by cardiologist, insufficient rate of obligate instrumental and laboratory assessments, inconsistency of prescribed disease- and symptom-modifying pharmaceutical treatment with current clinical guidelines.**

*Keywords: registry study, atrial fibrillation, CAD, management tactics, outpatient practice.*

---

### **Введение**

Фибрилляция предсердий (ФП) – одно из наиболее часто встречающихся нарушений сердечного ритма, являющееся независимым фактором риска развития тромбоэмболических осложнений, в частности, ишемического инсульта [8], и смерти [6, 9, 10]. ФП усугубляет имеющуюся у пациента сердечную недостаточность, снижает толерантность к физическим нагрузкам, увеличивает частоту ежегодных госпитализаций и этим негативно влияет на качество жизни пациента [3].

Основная нагрузка по профилактике тромбоэмболических осложнений и преждевременной смерти у пациентов с ФП падает не на врачей кардиологических стационаров и, в большом проценте случаев, даже не на врачей-кардиологов в поликлинике, а на участковых (семейных) врачей [5].

### **Цель исследования**

Анализ тактики ведения пациентов с ФП, полученные непосредственно при оказании им амбулаторной медицинской помощи. Оптимальным

методом для сбора данных и последующего анализа качества оказания амбулаторной помощи пациентам с ФП нам представляется регистровое исследование [1, 2, 7].

### **Материалы и методы**

В регистровое исследование пациентов с ФП и ИБС включались пациенты с установленным диагнозом ФП в сочетании с ИБС, обратившиеся за медицинской помощью в одну из поликлиник города Рязани в период с 1 марта по 27 мая 2012 года включительно. Критериев исключения в исследовании предусмотрено не было. На данном этапе исследования источником информации о пациентах являлись амбулаторные карты и все имеющиеся в них медицинские документы (выписки из стационаров, результаты обследований проведенных в других лечебно-профилактических учреждениях), сведения из которых вносились в специально разработанную для этого бумажную карту пациента, а затем в электронную базу данных. В дальнейшем в ходе исследования был предусмотрен сбор конечных точек, при котором оценивались общая, сердечно-сосудистая смертность, частота развития инсультов и инфарктов, госпитализаций по поводу сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), применения высокотехнологичных методов лечения ССЗ. В настоящей статье представлены данные, касаю-

щиеся качества амбулаторного ведения пациентов с ФП и ИБС.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью Statsoft Statistica 10.0, Microsoft Office Excel 2007. Для принятия решения о виде распределения признаков применялись критерии Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и Шапиро-Уилка. Распределение исследуемого признака приравнивалось к нормальному, если полученное значение  $p$  для данного статистического критерия было больше критического уровня статистической значимости (0,05).

Описание количественных признаков, имеющих нормальное распределение, осуществлялось при помощи среднего значения и стандартного отклонения, что было представлено как  $M \pm SD$ . Если распределение изучаемого признака отличалось от нормального, значения количественных признаков были описаны медианой, нижним и верхним квартилями (25-й и 75-й процентиля), что представлялось в виде  $Me (Q1; Q3)$ . При проведении сравнительного анализа использовались  $t$ -критерий Стьюдента и  $\chi^2$ . За статистически значимые принимались различия при  $p < 0,05$  [4].

### **Результаты и их обсуждение**

В исследование было включено 243 пациента с установленными диагнозами ФП и ИБС, из них 168 (30,9%) мужчин и 75 (69,1%) женщин. Сред-

ний возраст больных с диагнозом ФП составил 73,4 (65,2;80,2) года, при этом средний возраст мужчин 70,2 (59,8; 76,1) года, а женщин 74,8 (69,4; 80,8) года ( $p < 0,001$ ).

У 66 (27,2%) пациентов по данным амбулаторной карты регистрировалась пароксизмальная форма ФП, у 81 (33,3%) – персистирующая форма, у 91 (37,4%) – постоянная, в 5 (2,1%) случаях форма ФП в амбулаторной карте указана не была. Обращает на себя внимание тот факт, что из 243 пациентов с ФП 173 пациента (71,2%) обращались к кардиологу в срок ранее, чем 12 месяцев до индексного визита, а 31 (12,8%) пациент по данным амбулаторной карты не обращался к кардиологу вовсе. Нозологические формы ИБС у пациентов с ФП были представлены стенокардией напряжения разных функциональных классов в 233 случаях (95,9%), постинфарктным кардиосклерозом – в 46 случаях (18,9%), у 11 (4,5%) пациентов единственным проявлением ИБС являлась ФП.

Включенные в исследование пациенты в подавляющем большинстве случаев имели сочетанную сердечно-сосудистую патологию. По данным амбулаторной карты у 239 (98,4%) пациентов был установлен диагноз артериальной гипертензии, у 233 (95,9%) – хронической сердечной недостаточности (ХСН), у 49 (20,2%) – сахарного диабета (СД). Мозговой инсульт в прошлом перенесли 35 пациентов (14,4%).

Профиль сопутствующих не сердечно-сосудистых заболеваний был представлен заболеваниями органов пищеварения в 130 случаях (53,5%), в том числе язвенной болезнью и эрозивным гастритом в 26 случаях (10,7%), хроническими заболеваниями почек в 94 случаях (38,7%), органов дыхания в 73 случаях (30,0%), в том числе – ХОБЛ в 34 случаях (14,0%), ожирением в 32 случаях (13,2%), анемиями и массивными кровотечениями в 22 (9,1 %) и 4 (1,7%) случаях соответственно. Указанная патология вносилась в карту пациента вне зависимости от сроков давности по отношению к индексному визиту. Наличие гипертиреоза и гипотиреоза у пациентов оценивалось в срок 12 месяцев до включения пациента в исследование по уровню тиреотропного гормона, и было зарегистрировано в 5 (2,1%) и 3 (1,2%) случаях соответственно. Субклиническая дисфункция щитовидной железы в рамках первого этапа нашего исследования не оценивалась.

У амбулаторных больных с ФП и ИБС уровень общего холестерина определялся в 207 случаях (85,2%), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) в 25 случаях (10,9%), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) в 32 случаях (13,2%) и триглицеридов (ТГ) в 75 случаях (30,9%). Уровень ОХС составил 5,03 (4,39; 5,98) ммоль/л, ХСЛПНП  $3,07 \pm 1,19$  ммоль/л,

ХСЛПВП – 1,26 (1,14;1,52) ммоль/л, ТГ – 1,18 (0,87;1,46) ммоль/л. Уровень глюкозы крови определялся у 157 (64,6%) пациентов и составил 5,50 (4,95;6,40) ммоль/л, причем среди пациентов с СД уровень глюкозы крови определялся статистически достоверно чаще, нежели у пациентов без СД, частота определения уровня глюкозы крови для этих групп составила 83,7% и 59,8% соответственно. Уровень глюкозы крови у пациентов без установленного диагноза СД составил 5,21 (4,75;5,90) ммоль/л, с установленным диагнозом СД – 7,52±2,13 ммоль/л. Данные об уровне содержания креатинина в сыворотке крови имелись у 115 (47,3%) пациентов, он составил 84 (72;101) мкмоль/л, данные об уровне гемоглобина имелись у 184 (75,7%) пациентов, их уровень гемоглобина составил 139,35±18,95 г/л.

Из диагностических методов обследования у больных с ФП и ИБС применялись следующие: электрокардиография (ЭКГ) в течение предыдущих 12 месяцев – в 155 (63,8%) случаях, суточное мониторирование электрокардиографии (ХМ-ЭКГ) – в 29 (11,9%) случаях, эхокардиография (ЭХО-КГ) – в 119 (49,0%) случаях, проба с физической нагрузкой (ПФН) – в 4 (1,7%) случаях, коронароангиография (КАГ) – в 6 (2,5%) случаях.

Медикаментозная терапия на индексном визите была назначена 231 (95,1%) пациенту. При этом антикоа-

гулянты (в 100% случаев варфарин) были назначены 7 (2,9%) пациентам с ФП и ИБС, в том числе в 1 (0,4%) случае совместно с аспирином. Целевые значения МНО были достигнуты у 2 (0,8%) пациентов принимавших варфарин. Антиагреганты (препараты аспирина) были назначены 165 (67,9%) пациентам, в том числе аспирин и клопидогрель совместно были назначены 5 (2,1%) пациентам.

Обращает на себя внимание тот факт, что при оценке риска тромботических осложнений по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc средний балл для всех больных с ФП и ИБС составил 4 (3;5) балла. Число пациентов с числом баллов 0 и 1 по данной шкале было 0 (0%) и 9 (3,7%), соответственно. Таким образом, практически всем больным с ФП было показано назначение антикоагулянтной терапии.

При оценке риска геморрагических осложнений в течение года при приеме антикоагулянтной терапии по шкале HAS-BLED средний балл для всех случаев ФП и ИБС был равен 3(2;4). Низкий или средний риск развития геморрагических осложнений имели 77 (31,7%) пациентов, высокий – 166 (68,3%).

Статины были назначены 100 (41,2%) пациентам, антиаритмические препараты – 66 пациентам (27,2%), в том числе совместно с сердечными гликозидами 5 пациентам (2,1%), совместно с бета-адреноблокаторами-

11 (4,5%). Бета-адреноблокаторы были назначены 87 (35,8%) пациентам, в том числе с сердечными гликозидами 37 (15,2%) пациентам. Совместно бета-адреноблокаторы, сердечные гликозиды и антиаритмические препараты получали 2 (0,8%) пациента. Только сердечные гликозиды получали 37 (15,2%) пациентов. Из лиц перенесших ранее инфаркт миокарда (n=46) бета-адреноблокаторы были назначены 22 (47,8%), пациентам, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА) 27 (58,7%) и 9 (19,6%) пациентам соответственно. Среди лиц перенесших ранее мозговой инсульт (n=35) ИАПФ были назначены в 21 (60,0%) случае и БРА в 7 (20,0%) случаях.

При наличии у пациента ХСН II-IV функциональных классов (n=204) диуретики назначались в 92 (45,1%) случаях, ИАПФ в 99 (48,5%) случаях, БРА в 69 (33,8%), бета-адреноблокаторы в 73 (35,8%) случаях, антагонисты альдостероновых рецепторов в 17 (8,3%) случаях.

Коронарное шунтирование и стентирование коронарных артерий проводились в 2 (0,8%) случаях.

При анализе группы пациентов с установленными диагнозами ИБС и ФП было выявлена недостаточная частота наблюдений этих пациентов врачами кардиологами поликлиники. Так, несмотря на то, что практически

у всех пациентов (98,4%) наблюдалась сочетанная сердечно-сосудистая патология, в срок 12 месяцев до индексного визита на приеме у кардиолога был только каждый 4 пациент.

В ходе исследования была выявлена недостаточная частота использования инструментальных и лабораторных методов исследования, обязательных к применению у лиц с указанными диагнозами, в том числе, необходимых для их подтверждения (ЭКГ, ХМ-ЭКГ, ЭХО-КГ, ПФН, КАГ).

При анализе необходимости назначения антикоагулянтов было выявлено следующее: в 100% случаев больным было показано назначение оральные антикоагулянтов и только в 3,7% случаев пациентам могли быть назначены антиагреганты, при безусловном преимуществе назначения антикоагулянтов; тогда как в реальной клинической практике оральные антикоагулянты назначались в 2,9% случаев, а антиагреганты в 67,9%, что явно недостаточно, как с позиции профилактики тромбоэмболических осложнений при ФП, так и с позиции вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений при ИБС. В 31,7% случаев назначение антикоагулянтов сопровождалось бы низким или средним риском развития геморрагических осложнений.

При анализе медикаментозной терапии, назначенной больным с ИБС и ФП следует подчеркнуть низкую час-

тоту назначения и других обязательных к приему лекарственных средств: статинов (41,2%); диуретиков (45,1%), бета-адреноблокаторов (35,8%), ИАПФ (48,5%) и БРА (33,8%), антагонистов альдостероновых рецепторов (8,3%) при сочетании с ХСН; бета-адреноблокаторов (47,8%) и ИАПФ (58,7%) при наличии в анамнезе перенесенного ранее инфаркта миокарда; ИАПФ (60,0%) при наличии в анамнезе перенесенного ранее мозгового инсульта.

### Выводы

В ходе настоящего исследования были выявлены основные недочеты в оказании амбулаторной помощи пациентам с ФП и ИБС: большая часть пациентов наблюдается в поликлинике по месту жительства не у врача-кардиолога, а у участкового (семейного) врача; инструментальные и лабораторные методы обследования применяются у таких пациентов недостаточно часто; болезнь и симптом модифицирующая лекарственная терапия не всегда назначается в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

На наш взгляд, основной путь улучшения качества ведения амбулаторных пациентов с ФП и ИБС состоит в повышении соответствия частоты использования обязательных инструментальных и лабораторных методов обследования современным клиническим рекомендациям и оптимизации медикаментозной терапии в соответствии с ними.

### Литература

1. Бойцов С.А. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности / С.А. Бойцов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – №1. – С. 4-9.
2. Марцевич С.Ю. Регистры как способ изучения эффективности и безопасности лекарственных препаратов / С.Ю. Марцевич [и др.] // Клиницист. – 2012. – №3-4. – С. 4-10.
3. Петрова Г.А. Качество жизни пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами фибрилляции предсердий / Г.А. Петрова [и др.] // Вестник аритмологии. – 2012. – № 69. – С. 53-56.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2006. – 312 с.
5. Якушин С.С. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний в Рязанской области (по данным исследования МЕРИДИАН-РО) / С.С. Якушин, Е.В. Филиппов // Наука молодых – ERUDITIO JUVENIUM. – 2013. – №5. – С. 89-103.
6. Feinberg W.M. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators Relationship between prothrombin activation fragment F1.2 and international normalized ratio in patients with atrial fibrillation / W.M. Feinberg [et al.] // Stroke. – 1997. – Vol. 28. – P. 1101-1106.

7. Gliklich RE. Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide / RE. Gliklich. – Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.

8. Hughes M. Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation: a systematic review of stroke risk factors, risk stratification schema and cost effectiveness data / M. Hughes, G.Y. Lip // J. Thromb. Haemost. – 2008. – Vol. 99. – P. 295-304.

9. Kirchhof P. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive

summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA) / P. Kirchhof, A. Auricchio, J. Baxetal // Eur Heart J. – 2007. – Vol. 28. – P. 2803-2817.

10. Lip G.Y. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation / G.Y. Lip [et al.] // Chest. – 2010. – Vol. 137. – P. 263.

---

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Переверзева Кристина Геннадьевна – аспирант кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.

Тел.: 89209945558.

E-mail: jucunde-@mail.ru

Воробьев Александр Николаевич – ассист. кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.

Марцевич Сергей Юрьевич – д-р мед. наук, рук-ль отдела профилактической фармакологии Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, г. Москва.

Лукьянов Михаил Михайлович – канд. мед. наук, вед. науч. сотрудник отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, г. Москва.

Мосейчук Ксения Анатольевна – аспирант кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань.