

**В.П. Михин<sup>1</sup>, Ю.В. Масленникова\*<sup>1</sup>, М.М. Лукьянов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, кафедра внутренних болезней № 2, Курск, Россия

<sup>2</sup> — ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

## СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И АНТИ-ТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ДАННЫЕ РЕГИСТРА РЕКВАЗА ФП-КУРСК)

**V.P. Mikhin<sup>1</sup>, Yu.V. Maslennikova\*<sup>1</sup>, M.M. Loukianov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> — Kursk state medical university, Kursk, Russia

<sup>2</sup> — Federal State Institution National Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

## PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND ISCHEMIC HEART DISEASE: HOSPITALIZATION STRUCTURE AND ANTITHROMBOTIC THERAPY (RECVASA AF-KURSK REGISTRY)

### Резюме

**Цель исследования** оценить особенности госпитализации больных ФП в сочетании с ИБС в отделения общетерапевтического профиля многопрофильного стационара, частоту осложнений различных форм ФП, проанализировать терапию антикоагулянтами и дезагрегантами на догоспитальном, госпитальном и постгоспитальном этапах на основе регистра. **Материал и методы.** В проспективный госпитальный регистр РЕКВАЗА ФП-Курск включено 502 пациента, из них исследовано 480 пациентов, госпитализированных в Больницу скорой медицинской помощи г. Курска за период с 01.06.2013 по 31.05.2014 с диагнозом ФП в сочетании с ИБС в отделения общетерапевтического профиля. Через 2-3 года после референсной госпитализации, у выживших пациентов (n=293) проводился сбор сведений о принимаемых препаратах после телефонного или очного контакта с больными, а также их родственниками, лечащими врачами. **Результаты.** В исследование включено 480 человек, из них 261 женщина и 219 мужчин, средний возраст — 70,4 ± 10,3 лет. Наибольшее число пациентов с ФП находилось на лечении в отделениях кардиологии и терапии. Во всех отделениях преобладали больные с постоянной ФП, за исключением кардиологии, где наибольшей была доля пациентов с персистирующей ФП. Доля МИ и ИМ составила 39,4% и 29,8% случаев, соответственно. Случаев экстренной госпитализации зафиксировано 56,8%, из них в 28,6% — по поводу ФП. Среди больных с разными формами ФП различий в частоте экстренных госпитализаций не выявлено (p>0,05). По направлению поликлиники госпитализировано 38% пациентов, из них 41% по поводу ФП (p=0,007). Во всех блоках основная причина госпитализации — сердечно-сосудистые заболевания. У больных с ФП и ИБС прогностически значимая терапия антикоагулянтами на амбулаторном этапе назначалась в 5,3%. К моменту выписки из стационара частота применения антикоагулянтов увеличилась до 26,5% (p=0,0001); среди больных с постоянной ФП антикоагулянты применяются значимо чаще — в 30% случаев, в сравнении с другими формами ФП. На постгоспитальном этапе сохраняется низкая доля применения антикоагулянтов (20%). При этом в 20% на догоспитальном этапе, 74,2% на момент выписки и 64,5% случаев на постгоспитальном этапе вместо антикоагулянтов необоснованно назначались дезагреганты. **Заключение.** По данным проспективного регистра РЕКВАЗА ФП-Курск больные с ФП в сочетании с ИБС госпитализируются в стационар, в основном, по причине ССЗ, половина из них по экстренным показаниям. МИ и ИМ у этой категории пациентов достигает трети случаев. Отмечается низкая частота назначения антикоагулянтов на всех этапах лечения (5,3% на догоспитальном, 26,5% на момент выписки и 20,2% на постгоспитальном этапах), необоснованно заменяемая терапией дезагрегантами. На госпитальном и постгоспитальном этапах отмечается достоверно более частое применение как антикоагулянтов, так и дезагрегантов в сравнении с догоспитальным этапом.

**Ключевые слова:** фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, структура госпитализации, антитромботическая терапия, антикоагулянты, антиагреганты, регистр

\*Контакты/Contacts. E-mail: U\_maslennikova@mail.ru

**Для цитирования:** Михин В.П., Масленникова Ю.В., Лукьянов М.М. СТРУКТУРА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ДАННЫЕ РЕГИСТРА РЕКВАЗА ФП-КУРСК). Архив внутренней медицины. 2017; 7(3): 217-223. DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-3-217-223

## Abstract

**Study objective.** To assess the peculiarities of hospitalization of patients with AF in combination with CHD in the departments of the general therapeutic profile of a multidisciplinary hospital, the frequency of complications of various forms of AF, to analyze anticoagulant (AC) and antiplatelet (AP) therapy in prehospital (PreH), hospital and post-hospital (PostH) stages of treatment based on the register. **Material and methods.** 502 patients were included in the prospective hospital registry RECVASA AF-Kursk, 480 of which with the diagnosis of AF in combination with ischemic heart disease were hospitalized in the therapeutical departments of Kursk Emergency Hospital during the period from 01.06.2013 to 31.05.2014. 2-3 years after the referral hospitalization, information about the drugs taken was collected after telephone or face-to-face contact with survived patients ( $n = 293$ ), as well as their relatives, treating doctors. **Results.** The study included 261 women and 219 men, with an average age of  $70.4 \pm 10.3$  years. The greatest number of patients with AF was treated in the departments of cardiology and therapy. In all departments, patients with a permanent AF prevailed, with the exception of cardiology, where the proportion of patients with persistent AF was the greatest. The share of stroke and MI was 39.4% and 29.8%, respectively. The cases of emergent hospitalizations recorded 56.8%, 28.6% of them — because of the AF. Among patients with different forms of AF, there were no differences in the frequency of emergent hospitalizations ( $p > 0.05$ ). The polyclinic directed 38% of patients, 41% of AF ( $p = 0.007$ ). In all cases, the main cause of the hospitalization was cardiovascular disease (CVD). In patients with AF and IHD, prognostically significant AC therapy at the outpatient stage was assigned in 5.3%. By the time of discharge from hospital, the frequency of application of AC increased to 26.5% ( $p = 0.0001$ ); Among patients with a permanent AF, AC are used significantly more often — in 30% of cases, in comparison with other forms of AF. At the PH stage, there remains a low share of AC (20%). At the same time in 20% of the PreH stage, 74.2% at the time of discharge and 64.5% of the cases at the PostH stage, instead of AC, AP were unreasonably prescribed. **Conclusion.** According to the prospective registry RECVASA AF-Kursk patients with AF in combination with IHD are hospitalized in the hospital, mainly because of CVD, half of them for emergent indications. Stroke and MI in this category of patients reaches a third of cases. There is a low frequency of prescribing AC at all stages of treatment (5.3% in PreH, 26.5% at discharge and 20.2% in PostH stages), unjustifiably replaced with AP therapy. At the hospital and PostH stages, significantly more frequent use of both AC and AP is observed in comparison with the PreH stage.

**Key words:** atrial fibrillation, ischemic heart disease, hospitalization structure, antithrombotic therapy, anticoagulants, antiplatelets, registry

**For citation:** Mikhin V.P., Maslennikova Yu.V., Loukianov M.M. PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND ISCHEMIC HEART DISEASE: HOSPITALIZATION STRUCTURE AND ANTITHROMBOTIC THERAPY (RECVASA AF-KURSK REGISTRY). Archive of internal medicine. 2017; 7(3): 217-223. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-3-217-223

DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-3-217-223

АК — антикоагулянты, ДА — дезагреганты, ДГ — догоспитальный этап, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, КБ — кардиологический блок, МИ — мозговой инсульт, НБ — неврологический блок, НС — нестабильная стенокардия, ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения, ПГ — постгоспитальный этап, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТБ — терапевтический блок, ТЭО — тромбоэмболические осложнения, ФК — функциональный класс, ФП — фибрилляция предсердий, ХСН — хроническая сердечная недостаточность

Фибрилляция предсердий (ФП) является самой распространенной хронической суправентрикулярной аритмией, достигающей 2% в популяции, и ассоциируется с высоким риском тромбоэмболических осложнений (ТЭО) [4], оказывает негативное влияние на течение сочетанной сердечно-сосудистой патологии, особенно ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) [11]. ФП превалирует среди лиц пожилого возраста, при этом лица, перенесшие мозговой инсульт (МИ) на фоне ФП имеют удвоенный риск смерти [5]. Кроме того, в связи с неуклонным, прогрессирующим течением, возрастает и частота госпитализаций среди больных ФП, что также является негативным прогностическим признаком и показателем ухудшения качества жизни пациентов [14]. Однако в Российской Федерации в настоящее время отсутствуют официальные данные о распространенности ФП [2], и остается неясной частота встречаемости ФП в сочетании с ИБС. Одним из актуальных методов исследования ФП является создание регистров, что позволяет оценивать состояние проблемы в реальной клинической практике [7], в том числе демонстрирует соответствие применяемой терапии клиническим

национальным и международным рекомендациям, согласно которым препаратами, оказывающими непосредственное положительное влияние на прогноз и профилактику тромбоэмболических осложнений, являются антикоагулянты (АК) [17, 18, 19]. При этом, по результатам многочисленных исследований [1, 3, 6], отмечается недостаточная частота назначения данной группы препаратов.

В этой связи представляется актуальной цель данной работы: оценить особенности госпитализации больных ФП в сочетании с ИБС в отделения общетерапевтического профиля многопрофильного стационара, частоту осложнений различных форм ФП, проанализировать терапию АК и дезагрегантами (ДА) на догоспитальном (ДГ), госпитальном и постгоспитальном (ПГ) этапах на основе регистра.

## Материалы и методы

Исследование проведено на основе проспективного госпитального регистра РЕКВАЗА-ФП в Курске. Из 502 больных с ФП, включенных в Регистр,

в настоящее исследование включены 480 пациентов с сочетанием ФП и ИБС, госпитализированные в Курскую городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи за период с июня 2013 по май 2014 года в отделения общетерапевтического профиля: кардиологии, неотложной кардиологии, терапии, неврологии, эндокринологии (для описания объединены в блоки — кардиологический (КБ), терапевтический (ТБ), неврологический (НБ)). Определены следующие критерии включения: наличие в диагнозе ФП, территориальное прикрепление пациентов к 4 поликлиникам, ближайшим к стационару.

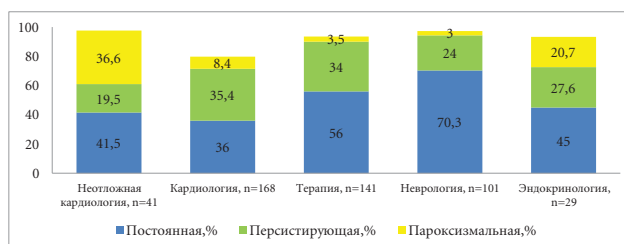
Проведен анализ историй болезни: включена информация о структуре диагноза, осложнениях ФП, результатах лабораторно-инструментальных исследований, в том числе эхокардиографии, назначенном лечении. Через 2-3 года после референсной госпитализации, у выживших пациентов проводился сбор сведений о принимаемых препаратах после телефонного или очного контакта с больными, а также их родственниками, лечащими врачами в случае наличия выраженных когнитивных нарушений. Средняя длительность наблюдения составила  $28,2 \pm 6,7$  месяцев. На основании полученных данных проводился расчет риска ТЭО по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и риска кровотечений по шкале HAS-BLED[3, 9, 10]. При анализе историй болезни выполнялась оценка медикаментозной терапии АК и ДА на ДГ этапе, на момент выписки из стационара и на ПГ этапе. Данные из историй болезни обработаны методами описательной статистики. Количественные данные представлены в виде среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение. Для сравнения средних величин использован t-критерий Стьюдента. Значимость различий частоты наличия признаков в группах сравнения оценивалась непараметрическим методом с использованием критерия  $\chi^2$ -критерия. Протокол исследования РЕКВАЗА разработан ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва.

## Результаты

В исследование включены 261 женщина и 219 мужчин, средний возраст —  $70,4 \pm 10,3$  лет. Пациенты моложе 65 лет составили 32,5% (n=156) из них 9,8% трудоспособного возраста, в возрасте от 65 до 75 лет — 33,3% (n= 160), **старше 75 лет — 34,2%** (n=164). Анализ, включенных в исследование, больных показал, что наибольшее число пациентов с ФП находилось на лечении в отделениях кардиологии и терапии. Во всех отделениях преобладали больные с постоянной формой ФП, за исключением кардиологии, где наибольшей была доля пациентов с персистирующей формой (рис. 1).

Распределение пациентов по формам ФП с учетом возрастных и гендерных характеристик представлено в таблице 1. Преобладающее число пациентов, в основном, женщины, имело постоянную и персистирующую формы ФП, а пароксизмальная ФП диагностировалась реже и чаще у мужчин.

Случаев экстренной госпитализации по направлению скорой помощи зафиксировано 56,8% (n=273), из них в 28,6% (n=78) госпитализированы по поводу ФП. Среди больных с разными формами ФП различий в частоте экстренных госпитализаций выявлено не было ( $p>0,05$ ). В остальных случаях причины экстренной госпитализации следующие: 5% (n=14) — артериальная гипертензия (АГ), 29% (n=79) — нестабильная стенокардия (НС) и инфаркт миокарда (ИМ), 28,6% (n=78) — острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), 9% (n=25) — по другим причинам, включая сахарный диабет (СД) в стадии декомпенсации и болезни легких. По направлению поликлиники госпитализировано 38% пациентов (n=182), из них 41% по поводу ФП (n=75) ( $p=0,007$ ).



**Рисунок 1.** Количество пациентов, госпитализированных в отделения за годовой период включения с учетом форм ФП

**Figure 1.** Number of patients, hospitalized in departments during 1 year of follow-up, according to forms of AF

**Таблица 1.** Распределение пациентов по формам ФП с учетом возрастных и гендерных характеристик

**Table 1.** Distribution of patients with different forms of AF, according to age and sex

Форма ФП/ Form AF	Возраст, лет/ Age, years $\pm$ $\sigma$	Муж- чины/ Men, %	Жен- щины/ Women, %
Постоянная/ Constant, n= 241	72,2 $\pm$ 9,8	43	57**
Персистирующая/ Persistent, n=168	69,4 $\pm$ 10,2	43	57**
Пароксизмальная/ Paroxysmal, n=43	67,7 $\pm$ 10,2	58*	42
Впервые выявлена/ First identified, n=17	65 $\pm$ 9,2	57,9	42,1
Не указана/ Not specified, n=11	65,8 $\pm$ 14,1	64,3	35,7

**Примечание:** \*  $p=0,034$  и  $p=0,04$  среди мужчин по сравнению с постоянной и персистирующей ФП, соответственно; \*\*  $p=0,034$  и  $p=0,04$  среди женщин с постоянной и персистирующей ФП по сравнению с пароксизмальной ФП.

В таблице 2 указана структура причин госпитализации больных в блоки общетерапевтического профиля. Во все блоки основной причиной госпитализации являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

Из 480 пациентов с ФП и ИБС 33,5% находились на лечении по поводу ФП<sup>1</sup>, 56% по поводу ССЗ<sup>3</sup>. За период после выписки из стационара повторно госпитализировано по поводу ФП<sup>2</sup> 22%, по поводу ССЗ<sup>4</sup> 34,5% пациентов ( $p_{1,2}=0,0001$ ,  $p_{3,4}=0,0001$ ).

Сочетание ФП с ИБС, АГ и ХСН установлено в большинстве случаев, реже выявляется сочетание ФП с ИБС и пороком сердца (таблица 3).

Распространенность постоянной формы ФП среди пациентов с ХСН увеличивается в соответствии с ростом функционального класса (ФК) ХСН, от 5% при I ФК по NYHA и до 20–50% при III и IV ФК ХСН [13]. При оценке тяжести ХСН у больных ФП и ИБС выявлено, что среди пациентов с пароксизмальной<sup>5</sup> ФП тяжелая ХСН III–IVФК устанавливалась в 42%, с персистирующей<sup>2</sup> ФП в 38%, с постоянной<sup>1</sup> ФП в 63% ( $p_{1,2}=0,0001$ ,  $p_{1,3}=0,01$ ,  $p_{2,3}=0,8$ ). По результатам эхокардиографии, проведенной в стационаре 157 пациентам с ХСН III–IVФК, снижение фракции выброса менее 45% выявлено у 30 человек (19%), из них 20 страдало постоянной, 6 — персистирующей, 2 — пароксизмальной ФП. Соответствие тяжести клинических проявлений ХСН ультразвуковым данным выявлено среди пациентов с постоянной формой ФП ( $p=0,11$ ), результаты ЭХО-КГ и клинической картины разнились у больных с персистирующей ( $p=0,014$ ), пароксизмальной ( $p=0,004$ ) формами ФП.

На момент референсной госпитализации доля лиц, перенесших мозговой инсульт (МИ), составила 39,4% ( $n=95$ ) при постоянной<sup>1</sup> ФП, 20% ( $n=35$ ) и 14% ( $n=6$ ) при персистирующей<sup>2</sup> и пароксизмаль-

ной<sup>3</sup> формах соответственно ( $p_{1,2}=0,0001$ ,  $p_{1,3}=0,002$ ,  $p_{2,3}=0,4$ ). Инфаркт миокарда (ИМ) любой давности перенесли 29,8% ( $n=77$ ) больных с постоянной<sup>1</sup> формой ФП, 22,4% ( $n=40$ ) и 58% ( $n=29$ ) с персистирующей<sup>2</sup> и пароксизмальной<sup>3</sup> формами ФП соответственно ( $p_{1,2}=0,09$ ;  $p_{1,3}$  и  $p_{2,3}=0,0001$ ). Всего ИМ перенесли 32% пациентов, МИ — 29,4% (в 70% ишемического характера), диагноз ТЭЛА установлен в 3,5% случаев.

Течение фибрилляции предсердий и основного заболевания сочеталось со следующей сопутствующей патологией: заболевания щитовидной железы составили 13,3%, СД — 25,3%, хронические заболевания легких — 11,2%, эрозивный гастрит и язвенная болезнь — 4,9%, массивные кровотечения в анамнезе — 2%, онкологические заболевания — 3,2%, болезни почек — 18%. Доля сахарного диабета у больных с различными формами ФП составила 30,7% случаев при постоянной<sup>1</sup> ФП, 17,5% с персистирующей<sup>2</sup> и 29,8% с пароксизмальной<sup>3</sup> ( $p_{1,2}=0,003$ ,  $p_{1,3}=0,96$ ,  $p_{2,3}=0,1$ ).

На догоспитальном этапе частота назначения АК, в целом, не превышала 5,3%, ДА — 41%. На момент выписки из стационара частота назначения АК увеличилась до 26,5% ( $p=0,0001$ ): при постоянной<sup>1</sup> ФП в 30,0% случаев, при персистирующей<sup>2</sup> и пароксизмальной<sup>3</sup> — в 17,0 и 16,3% ( $p_{1,2}=0,0001$ ,  $p_{1,3}=0,02$ ,  $p_{2,3}=0,3$ ), а ДА были назначены в 74,2% случаев: при постоянной<sup>1</sup>, персистирующей<sup>2</sup> и пароксизмальной<sup>3</sup> формах ФП в 84,6%, 84,2% и 95,3% случаев, соответственно ( $p_{1,2}=0,9$ ;  $p_{1,3}=0,02$ ,  $p_{2,3}=0,002$ ). Указания в истории болезни на наличие оценки риска тромбоэмболии по шкале CHA2DS2-VASc и риска кровотечения по HAS-BLED отсутствовали. В таблице 4 приведена частота назначения антитромботических препаратов и баллы по CHA2DS2-VASc и HAS-BLED. Расчетные значения по CHA2DS2-VASc

**Таблица 2.** Структура причин госпитализаций больных ФП в сочетании с ИБС в блоки общетерапевтического профиля БСМП, в % для каждого блока.

**Table 2.** Structure of purposes of hospitalization in patients with AF and IHD in therapeutical departments

Блок/Block	Кардиологический/ Cardiologic	Терапевтический/ Therapeutic	Неврологический/ Neurological
Основные причины госпитализации/ The main reasons for hospitalization, %	44% — ИС, ИМ 38,6% — ФП(АФ)1* 13,4% — ПИКС 4% — другие причины (Other reasons)	46,5% — ФП (АФ)2* 17% — АГ 15% — СД 9,4% — болезни легких (Diseases of the lungs) 12,1% — другие причины (Other reasons)	85,2% — ОНМК (Acute disorders of cerebral circulation) 12% — церебральный атеросклероз (Cerebral atherosclerosis) 2,8% — другие причины (Other reasons)

**Примечание:** ИС — нестабильная стенокардия/Unstable angina, ИМ — инфаркт миокарда/ Myocardial infarction, ПИКС — постинфарктный кардиосклероз/Postinfarction cardiosclerosis, АГ — артериальная гипертензия/Arterial hypertension; \* $p_{1,2}=0,2$

**Таблица 3.** Структура сочетанной сердечно-сосудистой патологии у больных, включенных в исследование

**Table 3.** Structure of comorbid cardiovascular diseases in patients, included in the study

Больные с ФП/Patients with AF			
ИБС + АГ + ХСН/ CHD + AH + CHF 79%	ИБС + АГ + ХСН + порок сердца/ CHD + AH + CHF + heart disease 9,8%	ИБС + ХСН/ CHD + CHF 7,7%	Др. сочетания ССЗ/ Other combinations of CVD 3,5%



Таблица 4. Назначения антитромботических препаратов в кардиологическом, терапевтическом, неврологическом блоках

Блоки/Blocks	Антикоагулянты/ Anticoagulant	Дезагреганты/ Antiplatelet	CHA2DS2-VASc	HAS-BLED
1. Кардиологический/ Cardilogic, n=209	28%*	74,3%	4,44±1,6	1,3±0,8
2. Терапевтический/ Therapeutic, n=170	13%	78,8%	4,5±1,6	1,5±0,9
3. Неврологический/ Neurological, n=101	44,5%*	65,3%	6,23±1,3**	2,4±0,8**

Примечание: \*p<0,001 по сравнению с частотой назначения антикоагулянтов в терапевтическом, кардиологическом блоке.  
\*\*p<0,001 по сравнению с баллами по CHA2DS2-VASc и HAS-BLED в терапевтическом, кардиологическом блоке. Геморрагический инсульт перенесли 2 пациента НБ.

демонстрируют очень высокий риск ТЭО у исследуемых больных, при этом риск кровотечения остается невысоким, из чего следует, что почти всем пациентам должны назначаться АК [12, 15]. Обращает внимание недостаточная частота назначения АК в отделениях, однако, в КБ и НБ она была значимо выше. Во всех отделениях ДА назначаются в большинстве случаев — от 65% до 79%.

Частота назначения антитромботической терапии (АК, ДА) на постгоспитальном этапе оценена у 293 (92,4%) из выживших пациентов. С 24 (5,6%) пациентами установить контакт не удалось. При оценке частоты назначения АК и ДА на постгоспитальном этапе установлено, что частота назначения АК в целом составляет не более 20,2%, при этом распределение соответственно формам ФП было следующим: 24% при постоянной<sup>1</sup>, 18% при персистирующей<sup>2</sup> и пароксизмальной<sup>3</sup> ( $p_{1,2}=0,3$ ,  $p_{1,3}=0,8$ ,  $p_{2,3}=0,6$ ) (рис. 2). ДА применяются чаще — в 57% случаев: при постоянной ФП — в 64%, персистирующей — в 50,4%, пароксизмальной — 54% ( $p_{1,2}=0,04$ ,  $p_{1,3}=0,8$ ,  $p_{2,3}=0,9$ ). После выписки частота применения анти- тромботических препаратов в амбулаторных условиях в целом была следующей: снизилась доля назначения ДА с 74,2% до 64,5% ( $p=0,006$ ), АК назначаются в прежнем объеме — 20,2% ( $p=0,9$ ). АК и ДА на постгоспитальном этапе применяются значимо чаще на в сравнении с ДГ этапом ( $p=0,0001$  для АК и ДА).

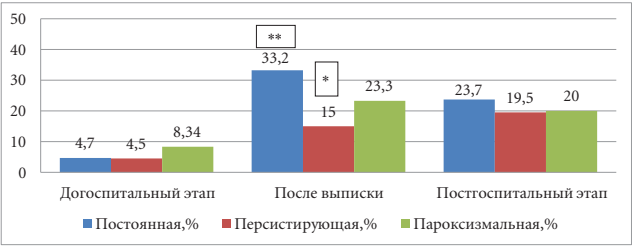


Рисунок 2. Назначение АК у пациентов с различными формами ФП в сочетании с ИБС на различных этапах оказания медицинской помощи.  
Figure 2. Anticoagulant therapy in patients with different forms with AF and IHD at various stages of medical care

Примечание: \*p=0,02 в сравнении с ДГ этапом для персистирующей ФП, \*\*p=0,0001 и p=0,03 в сравнении с ДГ и ПГ этапами, соответственно, для постоянной ФП

Обсуждение

В настоящем исследовании в рамках регистра РЕК- ВАЗА ФП — Курск изучены больные с сочетанием ФП и ИБС. Выявлено, что большинство пациентов — лица пожилого возраста, среди которых преобладает постоянная форма ФП, сочетанная и с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями — АГ, ХСН, большинство больных с персистирующей ФП наблюдалось в отделении кардиологии. Также обращает внимание распространенность тяжелой ХСН, особенно среди больных с постоянной ФП в 63% случаев. Доля сопутствующей патологии, особенно, СД составляет 1/4 случаев и значимо выше среди пациентов с постоянной ФП [16].

Среди больных с сочетанием ФП и ИБС доля экстренных госпитализаций достигает половины случаев, из них 28% случаев по поводу ФП. Различий в частоте госпитализации больных с разными формами ФП не выявлено. В КБ и ТБ одной из ведущих причин госпитализации, помимо ССЗ, является ФП, в НБ — МИ.

Обращает внимание высокая частота осложнений. Всего доля ИМ и МИ составила 1/3. При этом выявлено, что доля ИМ значимо выше среди больных, страдающих пароксизмальной и постоянной ФП, а доля МИ больше среди больных с постоянной ФП [2]. Наличие выраженной коморбидности позволяет предположить, что в будущем среди изученной когорты больных увеличится доля пациентов с постоянной формой ФП, что окажет влияние и на течение ХСН и на уровень смертности [8].

Риск ТЭО составил более 4 баллов по CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, а в НБ был максимальным — 6,23 балла, при этом согласно шкале HAS-BLED риск кровотечения не превышал 2,4 баллов. Несмотря на высокий процент осложнений, как в стационаре, так и на этапе поликлиники, меры профилактики тромбоэмболий проводятся не в полном объеме [9]: доля назначения антикоагулянтов составляет менее четверти случаев, независимо от формы фибрилляции предсердий. Однако отмечается некоторая положительная динамика назначения антикоагулянтных препаратов от 5,3% на догоспитальном этапе до 26,5% на момент выписки из стационара. Частота назначения АК

в НБ достигает 44,5%, а в КБ и ТБ антикоагулянты назначались в 28% и 13% случаев. На постгоспитальном этапе, через 2-3 года после выписки частота назначения АК составила всего 20,2%. На трех этапах лечения чаще всего использовались ДА в 41%, 74,2% и 64,5% случаев на догоспитальном этапе, на момент выписки и на постгоспитальном этапе, соответственно. ДА назначались значительно чаще, чем АК, что было необоснованным и не соответствует клиническим рекомендациям.

## Заключение

По данным госпитального регистра РЕКВАЗА-ФП в Курске выявлено, что пациенты с ФП и ИБС страдают тяжелыми коморбидными заболеваниями. Доля больных ФП и ИБС, госпитализированных по поводу ФП от числа экстренных госпитализаций составила 28%, от числа плановых — 41%. Мозговой инсульт и инфаркт миокарда у этой категории пациентов достигает трети случаев. При этом уровень смертности от МИ и его последствий в стационаре выше, чем после выписки. Среди больных с постоянной формой ФП наблюдается высокая встречаемость МИ, тяжелой ХСН и СД.

На ДГ этапе АК назначены менее чем в 5,3% случаев, а на момент выписки из стационара — в 26,5% случаев, и в 21% через 2-3 года после выписки из стационара. При оценке лечения в отделениях выявлено, что АК чаще всего назначаются в НБ, реже в КБ и ТБ. На всех этапах лечения преимущественно назначаются ДА, что является необоснованным, учитывая высокий риск ТЭО по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Частота назначения антитромботической терапии на ДГ этапе составляет не более половины случаев, при этом АК назначались в 5,3% случаев, а ДА в 41%. По сравнению с ДГ увеличилась частота назначения и АК и ДА до 26,5% и 96% случаев. На ПГ этапе частота назначения АК осталась прежней, но достоверно снизилась частота назначения ДА до 64,5% случаев, при этом существенно превышает частоту назначения и АК и ДА на ДГ этапе ( $p=0,0001$  для АК и ДА). У больных с сочетанием ФП и ИБС ДА назначались необоснованно чаще, чем АК, что не соответствует клиническим рекомендациям.

## Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

## Список литературы / References:

- Сулимов В.А., Напалков Д.А., Соколова А.А. и др. Антикоагулянтная терапия в реальной клинической практике: данные ретроспективного одномоментного исследования. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2015; 11(2):116-123.
- Бокерия, Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. Результаты эпидемиологического исследования «Структура болезней системы кровообращения и потребность в отдельных видах специализированной лечебно-диагностической помощи среди взрослых пациентов, обратившихся за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения». Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2007; 5: 4–8.
- Бокерия Л.А. Results of epidemiological study «The Pattern of Circulatory Diseases and a Need for Some Types of Specialized Medical and Diagnostic Aid Among Adult Patients Resorting to State Health Care Facilities for Medical Aid». Grudnaya i serdечно-sosudistaya chirurgia. 2007; 5: 4-8 [in Russian].
- Гиляров М.Ю., Константинова Е.В. Фибрилляция предсердий как фактор риска ишемического инсульта. Consilium Medicum. 2015; 17(9): 16-19.
- Гиляров М.Ю., Константинова Е.В. Atrial fibrillation as a risk factor for ischemic stroke. Consilium Medicum. 2015; 17(9): 16-19 [in Russian].
- Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК, ВНОА, АССХ (2012). Российский кардиологический журнал. 2013; 4: 6-36.
- Diagnosis and treatment of atrial fibrillation. RSC/RSSA/RACVS guidelines. 2013; 4: 6-36 (Available at: [http://scardio.ru/content/Guidelines/FP\\_rkj\\_13.pdf](http://scardio.ru/content/Guidelines/FP_rkj_13.pdf)) [in 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): 366-377.
- Loukianov M.M., Boytsov S.A., Yakushin S.S. et al. Diagnostics, treatment, associated cardiovascular and concomitant non-cardiac diseases in patients with diagnosis of «atrial fibrillation» in real outpatient practice (according to data of registry of cardiovascular diseases, RECVASA). Ration Pharmacother. Cardiol. 2014; 10(4): 366-377 [in 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; 2: 35-39.
- Martsevich S.Y., Navasardyan A.R., Kutishenko N.P. et al. Studying atrial fibrillation on the basis of PROFILE registry. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2014; 2: 35-39 [in Russian].
- Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Дроздова Л.Ю., Лукьянов М.М. и др. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013; 1: 4-9.
- Boytsov S.A., Martsevich S.Yu., Kutishenko N.P., Drozdova L.Yu., Lukyanov M.M. et al. Registers in cardiology: their principles, rules, and real-word potential. 2013; 1: 4-9 [in Russian].
- Andersson T., Magnuson A., Bryngelsson I.L. et al. All-cause mortality in 272, 186 patients hospitalized with incident atrial fibrillation 1995-2008: a Swedish nationwide long-term case-control study. Euro Heart J. 2013; 34: 1061-1067.
- ANA/ASA Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. Stroke. 2014; 45: 3754-3832.

10. ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Europace. 2016; 18(11): 1609-1678.
11. Chamberlain A.M., Redfield M.M., Alonso A., Weston S.A., Roger V.L. Atrial fibrillation and mortality in heart failure: a community study. Circ. Heart Fail. 2011; 4: 740-746. doi:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.962688. 21920917
12. Chugh S.S., Havmoeller R., Narayanan K. et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a Global Burden of Disease 2010 Study. Circulation. 2014; 129(8): 837-847. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005119.
13. Gasparini M., Auricchio A., Metra M. et al. Long-term survival in patients undergoing cardiac resynchronization therapy: the importance of performing atrioventricular junction ablation in patients with permanent atrial fibrillation. Eur. Heart J. 2008; 29: 1644-1652.
14. Haim M., Hoshen M., Reges O. et al. Prospective national study of the prevalence, incidence, management and outcome of a large contemporary cohort of patients with incident non-valvular atrial fibrillation. J. Am. Heart Assoc. 2015; 4(1): e001486. doi: 10.1161/JAHA.114.001486.
15. Lip G.Y., Nieuwlaet R., Pisters R. et al. 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. Chest 2010; 137: 263-272.
16. Szejewski R., Rekhraj S., Morris D., Struthers A. and D. Atrial fibrillation in diabetes: A cause for concern? Journal of Diabetes Mellitus. 2012; 2: 378-385. doi: 10.4236/jdm.2012.24059
17. Rodríguez-Mañero M., Bertomeu-González V., Cordero A. et al. Trends in clinical profile and medical treatments of atrial fibrillation patients over the last 10 years. Rev. Port. Cardiol. 2013 Feb; 32(2): 103-109.
18. Saposnik G., Kapral M.K., Liu Y. et al. Investigators of the Registry of the Canadian Stroke Network Stroke Outcomes Research Canada (SORCan) Working Group. IScore: a risk score to predict death early after hospitalization for an acute ischemic stroke. Circulation 2011; 123: 739-749. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.110.983353. 21300951
19. Waldo A.L., Becker R.C., Tapson V.F., Colgan K.J. Hospitalized patients with atrial fibrillation and a high risk of stroke are not being provided with adequate anticoagulation. J. Am. Coll. Cardiol. 2005; 46: 1729-1736.

A

Статья получена/Article received 06.04.2017 г.  
Принята к публикации/ Adopted for publication  
04.05.2017 г.



## VII МЕЖДУНАРОДНАЯ (XII ВСЕРОССИЙСКАЯ) ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ — ГААЗОВСКИЕ ЧТЕНИЯ: «СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО...»

**Дата проведения:** 02 декабря 2017 года

**Место проведения:** Москва, РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
ул. Островитянова, 1

### Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас принять участие в VII Международной (XII Всероссийской) практической медицинской конференции студентов и молодых ученых — Гаазовские чтения: «СПЕШИТЕ ДЕЛАТЬ ДОБРО...».

Эта конференция — уникальная возможность для молодых врачей представить широкой публике клинический случай из собственной практики.

Клинический случай может быть представлен как в виде доклада, так и в виде постера в одной из следующих секций:

«ТЕРАПИЯ»;

«ХИРУРГИЯ»;

«ПЕДИАТРИЯ»;

«ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

### ОТКРЫТ ПРИЕМ ТЕЗИСОВ НА 2017 ГОД!

Возможен прием тезисов только для публикации, без участия в конференции.

#### Помните:

- Тезисы на конференцию принимаются только в электронном виде через онлайн-форму на сайте <http://www.amms.info/blank-4>.
- Если для участия в конференции Вам необходимо Официальное приглашение, мы будем рады Вам помочь! Вышлите нам письмо с указанием ваших контактных данных, кому должно быть адресовано письмо (адресант), его регалии, полное название организации, в которой работает адресант, на чье имя послать письмо (если отличается от имени адресанта или вашего имени).

**Не упустите возможность стать активным участником конференции!**

*Организационный комитет конференции*