

Терещенко С. Н., Жиров И. В., Петрухина А. А.
 ФГБУ «РКНПК» МЗ РФ, 121552, Москва, ул. 3-я Черепковская, д. 15а

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА МОМЕНТ ВКЛЮЧЕНИЯ В РЕГИСТР QUALIFY ДЛЯ ОЦЕНКИ СОБЛЮДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ В ОТНОШЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Ключевые слова: ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, РЕКОМЕНДАЦИИ, ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, СЛЕДОВАНИЕ РЕКОМЕНДАЦИЯМ

Ссылка для цитирования: Терещенко С. Н., Жиров И. В., Петрухина А. А. Клинико-демографические характеристики российской популяции амбулаторных пациентов с хронической сердечной недостаточностью на момент включения в регистр QUALIFY для оценки соблюдения клинических рекомендаций в отношении лекарственной терапии. Кардиология 2017;57(S2):324–330

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Хроническая СН является наиболее часто встречающимся состоянием у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, поэтому оценка соблюдения врачами рекомендаций по лечению является актуальной проблемой. **Цель.** Оценка соблюдения врачами рекомендаций при назначении лекарственных препаратов для лечения пациентов с ХСН. **Материалы и методы.** В работе представлены данные визита включения российской части Международного проспективного регистра QUALIFY. В исследование были включены 404 амбулаторных пациента с ХСН в период с февраля 2013 г. по июнь 2014 г. Проводилась оценка соблюдения рекомендаций по использованию 5 классов препаратов, таких как: ингибиторы АПФ (иАПФ), β -АБ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БРА), антагонисты минералокортикоидов (АМКР), ивабрадин. **Результаты.** В целом оценка соблюдения была хорошей в 64,9% случаев, средней в 27,7% и плохой в 7,4%. Доля пациентов, получавших целевую дозу лекарственного средства и дозу $\geq 50\%$ от целевой, была низкой и составила соответственно 21,5% и 62,3% для иАПФ, 15% и 50,8% для БАБ, 20,3% и 39,8% для БРА, 23,4% и 78,7% для ивабрадина. Эти показатели, кроме БАБ, были ниже у пациентов с наиболее поздней госпитализацией (госпитализация ≥ 6 мес. против менее 6 мес.). **Заключение.** Данные регистра продемонстрировали, что соблюдение врачами рекомендаций по назначению лекарственных препаратов было в целом удовлетворительным, однако дозы препаратов, рекомендуемых для лечения ХСН, были ниже оптимальных. Необходимо разработать тактику внедрения рекомендаций по лечению ХСН в клиническую практику.

Tereshchenko S. N., Zhiron I. V., Petrukhina A. A.
 Russian Cardiology Science and Production Center, 3rd Cherepkovskaya 15a, Moscow 121552, Russia

CLINICAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF AN OUTPATIENT RUSSIAN POPULATION WITH CHRONIC HEART FAILURE AT THE TIME OF ENROLLMENT IN THE QUALIFY REGISTRY FOR EVALUATING CONSISTENCY WITH CLINICAL GUIDELINES ON DRUG THERAPY

KEYWORDS: CHRONIC HEART FAILURE, GUIDELINES, PHARMACOLOGICAL TREATMENT, RECOMMENDATIONS ADHERENCE

For citation: Tereshchenko S. N., Zhiron I. V., Petrukhina A. A. Clinical and demographic characteristics of an outpatient Russian population with chronic heart failure at the time of enrollment in the QUALIFY registry for evaluating consistency with clinical guidelines on drug therapy. *Kardiologia*. 2017;57(S2):324–330

SUMMARY

Background. Chronic heart failure is the most common condition in patients with cardiovascular diseases. Therefore, evaluating consistency of doctor's recommendations with guidelines on drug therapy is a relevant issue. **Aim.** To evaluate consistency of doctor's recommendations with guidelines on drug therapy for CHF. **Materials and methods.** The study presents enrollment visit data for the Russian part of the international prospective registry, QUALIFY. The study included 404 outpatient patients with CHF between February, 2013 through June, 2014. Consistency with guidelines for drug therapy was evaluated for 5 drug classes, including ACE inhibitors (ACEI), β -blockers (BB), angiotensin receptor antagonists (ARA), mineralocorticoid receptor antagonists (MRA), and ivabradine. **Results.** On the whole, the consistency was good in 64.9% of cases, moderate in 27.7% of cases, and poor in 7.4% of cases. Proportions of patients who received a target dose of a medicine and a dose $\geq 50\%$ of the target dose were low, 21.5% and 62.3% for ACEI; 15% and 50.8% for BB; 20.3% and 39.8% for ARA; and 23.4% and 78.7% for ivabradine, respectively. These values, except for BB, were lower for patients with late hospitalization (hospitalization ≥ 6 months vs. < 6 months). **Conclusion.** Data of the registry showed that consistency of doctors' recommendations with guidelines on drug prescription was generally satisfactory. However, doses of medicines recommended for the treatment of CHF were lower than optimum. It is essential to develop a tactic for implementing guidelines on the treatment of CHF in clinical practice.

Хроническая СН является неминуемым финалом большинства заболеваний сердечно-сосудистой системы и, как следствие, представляет глобальную проблему для системы здравоохранения и общества в целом из-за высокого уровня летальности и госпитализаций [1–3, 19–21]. По данным Фрамингемского исследования, распространенность ХСН в популяции составляет 0,8% в возрастной группе 50–59 лет и увеличивается в группе 80–89 лет до 6,6 и 7,9% для мужчин и женщин соответственно [4]. После постановки диагноза ХСН 5- и 10-летняя выживаемость пациентов составляет не более 50 и 10% соответственно [5–7]. Терапевтический подход к лечению ХСН претерпел значительные изменения за последние 25 лет. Значительное улучшение началось после внедрения в клиническую практику таких групп препаратов, как ингибиторы АПФ (иАПФ), β-АБ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БРА), антагонисты минералокортикоидов (АМКР), ивабрадин [8, 9]. Однако внедрение этих рекомендаций на практике занимает много времени и доза препаратов остается ниже оптимальной [10–12, 22]. В связи с общим уровнем старения населения и увеличением количества сопутствующих заболеваний есть необходимость в оценке соблюдения врачами рекомендаций по лечению ХСН. Анализ включает основные 5 классов препаратов, рекомендованных для лечения ХСН. Также исследование поднимает вопрос о причинах отказа от назначения рекомендуемой терапии.

В данной статье представлены основные характеристики исследуемой группы, включенной в регистр в Российской Федерации, а также произведена оценка соблюдения рекомендаций.

Материалы и методы

В работе представлена российская часть Международного проспективного долгосрочного исследования QUALIFY. В исследование были включены 404 амбулаторных пациента с ХСН в период с февраля 2013 г. по июнь 2014 г. Срок наблюдения 18 мес. (с возможным продлением до 24 мес. с целью получения данных для более длительного периода наблюдения для оценки изменений приверженности к соблюдению рекомендаций, а также для накопления большого числа клинических событий).

Для выполнения поставленных задач была разработана регистрационная форма для обследования амбулаторных больных.

Дизайн исследования предполагал повторную оценку состояния пациентов через 6, 12 и 18 мес. с момента включения больного в исследование. Целью проведения повторных визитов в исследовании являются клинические исходы (самое последнее событие с момента предыдущего визита), демографические данные, физикальное обследование и оценка витальных показателей, текущие

симптомы, самые последние доступные результаты изменений и исследований, использование лекарственных препаратов с указанием доз. Сбор информации выполнялся в соответствии с критериями, выработанными главным исследователем конкретного центра.

В статье представлены данные только по амбулаторным пациентам. В отношении этой категории больных есть наиболее четкие рекомендации ESC по лечению пациентов с СН. Для оценки сопоставимости и адекватности назначения терапии согласно рекомендациям был проведен анализ назначения иАПФ или БРА, β-АБ, АМКР и ивабрадина. Помимо этого, исследователи фиксировали дозы лекарственных средств и их соответствие целевым значениям в клинических исследованиях. У тех пациентов, кто не получал лекарств или получал препараты без достижения целевых доз, анализировались причины данных обстоятельств.

Из исследования были исключены пациенты, госпитализированные по поводу ИБС в течение 4 недель перед скринингом или которым планировались процедуры реваскуляризации; пациенты, ожидающие трансплантации или которым планируется имплантация вспомогательного устройства в ЛЖ; пациенты, состояние которых может затруднить участие в исследовании или наблюдении в течение 18 мес. Планируемая ресинхронизирующая терапия и имплантация кардиостимулятора были разрешены.

Были выбраны 3 уровня соблюдения рекомендаций (количество назначенных пациенту групп лекарственных средств делилось на количество необходимых согласно рекомендациям): хорошее соблюдение (использование всех показанных препаратов для подходящих пациентов, 1 балл, приверженность рекомендациям 100%), среднее соблюдение (использование более половины показанных препаратов для подходящих пациентов, 0,5–1 балл, приверженность 50–100%), низкое соблюдение (использование ≤50% показанных препаратов для подходящих пациентов, ≤0,5 балла, приверженность менее 50%).

Статистический анализ

Результаты по непрерывным переменным приводятся как «среднее ± стандартное отклонение» или «медиана и квартильный диапазон» – первый и третий квартили; результаты по дискретным переменным – в процентах. Статистически достоверным считали значение *p*, равное 0,05. Все тесты были двусторонними. Анализ проводили с помощью программного обеспечения SAS (SAS Institute Inc., Кэри, Северная Каролина, США).

Результаты

Скрининг прошли 404 пациента, 4 пациента были исключены. В окончательный анализ вошли 400 пациентов. Основные характеристики пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристики исследуемой группы пациентов

Демографические характеристики	Число пациентов, предоставивших данные	Доли пациентов
Возраст (лет)	400	69,0±10,9
Пол	400	
• Мужчины		302 (74%)
• Женщины		98 (24,5)
Этническое происхождение	400	
• Европейское		225 (56,3%)
• Азиатское		4 (1,0%)
• Другое		171 (42,8%)
Курильщики в настоящее время или ранее	400	194 (48,5%)
Две или более госпитализаций по поводу СН (за последние 12 месяцев)	400	250 (37,2%)
Госпитализации по поводу СН (менее 6 месяцев)	392	225 (57,4%)
ДКМП	400	151 (37,8%)
Данные осмотра/лабораторные показатели		
ИМТ (кг/м ²)	393	28,2±5,1
САД (мм рт. ст.)	399	127,3±18,9
ДАД (мм рт. ст.)	399	76,8±10,3
ЧСС (уд./мин.)	399	76,8±10,3
Симптомы ХСН	400	95,5%
Глюкоза крови натощак (ммоль/л)	151	6,9±2,7
Креатинин сыворотки (мкмоль/л)	247	119,9±61,4
Гемоглобин (г/л)	237	131,8±18,2
Гликированный гемоглобин	63	71,6±13,7
Калий (ммоль/л)	234	4,5±0,58
Натрий (ммоль/л)	224	139,3±3,9

Средний возраст пациентов в группе составил 69,5 лет. Наблюдалось значительное преобладание мужчин (74%). Средняя продолжительность СН до включения в исследование составила 5,3±2,7 года.

Среднее время, прошедшее с момента последней госпитализации по поводу ХСН, составило 6,0±2,9 мес.

Число больных СН II и III ФК по классификации NYHA составило 87,8%, среднее значение ФВ по результатам ЭхоКГ составило 32,1%. Этиология ХСН в 50,8% случаев была ишемической (рис. 1).

К наиболее часто встречающимся сопутствующим заболеваниям относились: артериальная гипертензия (77,3%), СД (36,9%), фибрилляция предсердий (45%), дилатационная кардиомиопатия (37,8%), ХПН (32,2%), бронхиальная астма или хроническая обструктивная болезнь легких (19,3%), инсульт или транзиторный ишемический приступ (4,0%), клапанные пороки (3,8%), заболевание периферических артерий (10,3%), депрессия (7%), онкологические заболевания (7,3%). Заболевания щитовидной железы встречались в 9,5% случаев, из них гипотиреоз – 62,2%, гипертиреоз – 37,8%. У 55% было, как минимум, 3 сопутствующих заболевания (рис. 2).

Функциональный класс по NYHA (%)

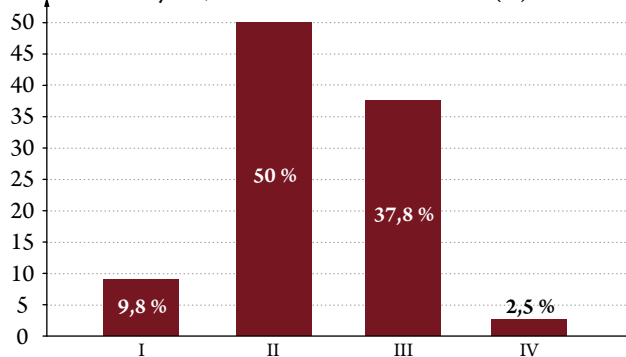


Рисунок 1. Распределение пациентов по ФК ХСН

Основные характеристики



Рисунок 2. Частота сопутствующей патологии

Средняя ЧСС равнялась 71,3±12,4 уд./мин. Синусовый ритм был у 53,1% больных, мерцательная аритмия – у 20,5%, навязанный ритм ЭКС – у 26,4%. Пациенты без ЭКС с блокадой левой ножки пучка Гиса составили 34,1% (QRS 121,3±27,0 мс).

В таблице 2 представлены базовое фармакологическое лечение и доля пациентов с имплантированными устройствами.

В таблице 3 представлены пациенты, получавшие целевую дозу и дозу 50% от целевой для каждого класса препаратов, рекомендованных для лечения СН.

Частота назначения иАПФ была выше средних значений (64,5%), а основной причиной отказа от назначения данного препарата была плохая переносимость (кашель, гипотония, ухудшение функции почек). Только 25,8% пациентов получали БРА. Главной причиной отказа от назначения этого препарата, по данным исследователей, было отсутствие показаний. β-АБ получали 90% пациентов. Непереносимость (35%) и отсутствие показаний (40%) были наиболее частыми причинами отказа от назначения β-АБ, при этом, согласно имеющимся рекомендациям, препараты этой группы показаны почти всем пациентам с ХСН и сниженной ФВ ЛЖ. Основными проявлениями непереносимости и противопоказаниями были обостре-

Таблица 2. Лекарственная терапия и имплантированные устройства

Лекарственная терапия и имплантированные устройства	Число пациентов, предоставивших данные	Пациенты, n (%)
иАПФ	400	258 (64,5)
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов	400	103 (25,8)
β-АБ	400	360 (90,0)
Антагонисты рецепторов минералокортикоидов	399	229 (57,4)
Ивабрадин	399	47 (11,8)
Дигоксин	399	47 (11,8)
Диуретики	400	320 (80,0)
Нитраты	400	25 (6,3)
Антикоагулянты	398	203 (51,0)
Антитромбоцитарные	400	189 (47,3)
Амиодарон	400	55 (13,8)
Блокаторы кальциевых каналов (дигидропиридин)	399	28 (7,0)
Статины	399	228 (57,1)
Антидепрессанты	398	19 (4,8)
Диабетические препараты	398	116 (29,1)
Гормонзаместительная терапия щитовидной железы	398	49 (12,3%)
Имплантируемый дефибриллятор	398	147 (36,9)
Кардиостимулятор для ресинхронизирующей терапии	398	15 (3,8)
Кардиостимулятор для ресинхронизирующей терапии с дефибриллятором	398	103 (25,9)

ние бронхиальной астмы/ХОБЛ, гипотония и слабость. АМКР назначались 57,4% больных. Противопоказаниями для применения этих препаратов и, как следствие, причиной отказа от назначения в 25,4% случаев была непереносимость, связанная, по мнению исследователей, чаще всего с дисфункцией почек и гиперкалиемией. Ивабрадин назначался всего лишь в 11% случаев. Основной причиной отказа от его применения стало отсутствие показаний (66,7%), а также наличие противопоказаний к применению (29,3%), в то время как непереносимость встречалась достаточно редко (2,3%) (рис. 3). К сожалению, эти данные не совпадают с клиническими рекомендациями, где данное лекарственное средство показано гораздо большему числу пациентов с ХСН и сниженной ФВ.

В большинстве случаев дозы рекомендуемых препаратов были низкими: только у 21,5% пациентов, получавших иАПФ, и у 15% пациентов, получавших β-АБ, доза препарата была целевой в соответствии с международными рекомендациями. Недостаточное дозирование также наблюдалось в отношении БРА и ивабрадина. Доля пациентов с целевой дозой рекомендуемых препаратов была выше в случае более короткого периода после госпитализации по поводу СН (менее 6 мес.).

Таблица 3. Частота достижения целевых значений рекомендуемых лекарственных препаратов для лечения СН

Препарат	Частота применения (%)	Дозировка (мг/день)	Целевая доза (%)*	
			≥50% целевой дозы	100% целевая доза
иАПФ (n=400)	64,5		62,3	21,5
Рамиприл	80,2	5,3±2,8	64,2	20,1
Эналаприл	10,9	14,8±9,9	75,0	39,3
Лизиноприл	2,7	15,0±8,7	85,7	42,9
Квазиприл	2,3	21,3±13,2		
Каптоприл	1,9	37,5±21,7	20,0	0,0
Периндоприл	1,2	4,2±1,4		
Безенаприл	0,4	5,0		
Фозиноприл	0,4	10,0		
Блокаторы ангиотензиновых рецепторов (n=400)	25,8		39,8	20,3
Кандесартан	41,7	12,8±9,3	46,5	14,0
Валсартан	31,1	153,8±93,2	62,5	18,8
Лозартан	8,7	66,7±25,0	0,0	33,3
Телмисартан	8,7	71,1±17,6		
Ирбесартан	7,8	187,5±69,4		
Другие	1,9	30,0±14,1	51,2	14,3
β-АБ (n=400)	90,0		50,8	15,0
Бисопролол	38,6	6,1±3,0	72,7	28,1
Метопролола суццинат	30,0	99,1±52,3	30,6	0,0
Карведилол	16,9	25,4±15,5	54,1	21,3
Метопролола тартрат	7,8	105,8±53,5		
Небиволол	5,0	4,7±2,2	72,2	5,6
Другие	1,7	143,3±88,9	55,2	16,3
Антагонисты минералокортикоидных рецепторов (n=400)	57,4		74,7	100
Спиронолактон	76,0	31,3±15,0	94,3	100
Эплеренон	31,1	27,8±8,0	11,3	100
Другие	0,9	7,5±3,5	74,9	100
Ивабрадин (n=400)	11,8	10,1±3,8	78,7	23,4
Диуретики (n=400)	80,0			
Тиазидные диуретики	19,3			
Петлевые диуретики	72,5			
Торасемид	78,6	16,1±12,5		
Фуросемид	21,4	86,2±92,2		

* – Число пациентов, получающих целевую дозу или ≥50% от целевой оценивали для доз по текущим руководствам Европейского общества кардиологов [8]. Целевая доза ивабрадина составляла 7,5 мг в день в соответствии с режимом дозирования, использованным в исследовании SHIFT [13].

Большинство пациентов получали диуретические препараты (80%), многие принимали антитромбоцитарные препараты (47,3%) и статины (57,1%). Лишь незначительное число пациентов принимали дигоксин (11,8%) и нитраты (6,3%). Несмотря на отсутствие рекомендаций и даже наличие противопоказаний к применению, у пациентов использовались такие препараты, как дигидропиридина (7%) и метопролола тартрат/атенолол (7,8%).

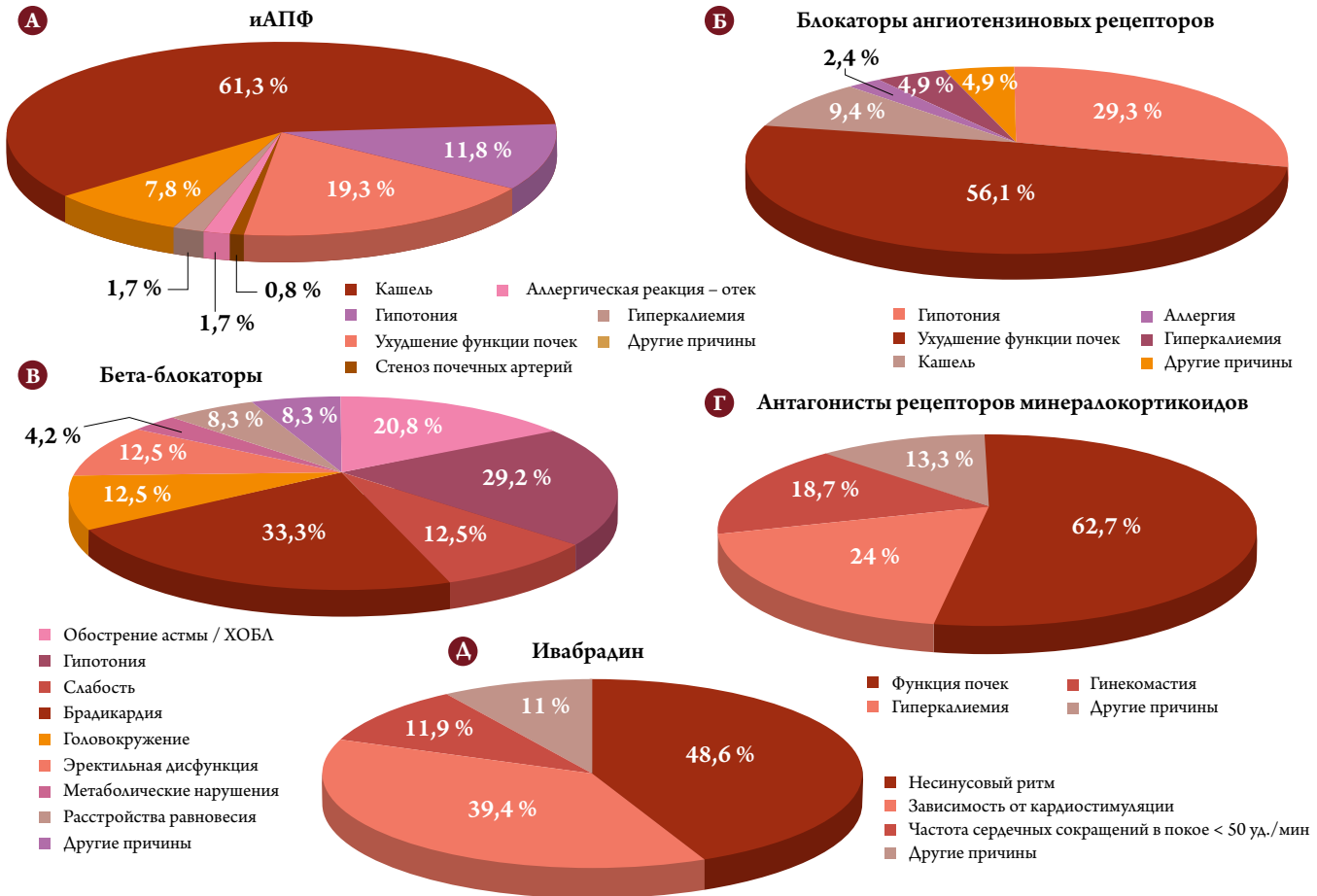


Рисунок 3. Причины отказа от назначения рекомендуемых лекарственных препаратов: (А) иАПФ, (Б) БРА, (В) β -АБ, (Г) АМКР, (Д) ивабрадин

Группа пациентов с синусовым ритмом и ЧСС ≥ 70 уд./мин состояла из 111 человек, из них 86,5% получали β -АБ, ивабрадин получали 17,3%, комбинацию β -АБ + ивабрадин – 10,9%, только β -АБ – 75,5%, только ивабрадин – 6,4% и ни один из этих препаратов – 7,3%.

Из приведенных данных можно сделать вывод о том, что частота применения ивабрадина в исследуемой группе больных далека от оптимальной, кроме того, имеются значительные сложности с выбором оптимальной дозировки и режима приема данного лекарственного средства (рис. 4).

Общая оценка соблюдения рекомендаций в исследуемой выборке была хорошей (рис. 5), однако при анализе доз, типа применявшегося лекарственного средства и режима приема эти показатели выглядят гораздо менее радужными.

Обсуждение

В данной статье анализируются основные характеристики и особенности медикаментозной терапии амбулаторных пациентов с ХСН. Представлена оценка адекватности подобранной терапии и уровня внедрения в клиническую практику в утвержденных рекомендациях по лечению пациентов с ХСН. Сразу обращает на себя

внимание низкая доля женщин, включенных в регистр, что далеко от реальных данных и сведений эпидемиологических и клинических исследований [13, 14].

В результате анализа была выявлена достаточно высокая приверженность к соблюдению рекомендаций по классам назначаемых препаратов по сравнению с предыдущими исследованиями, хотя далеко не всегда соблюдаются оптимальный режим, дозировка и выбор лекарственного средства внутри группы. Полученные результаты соотносятся с данными, полученными во Франции, Дании и в целом в странах Европы [14].

Среднее время от предыдущей госпитализации по поводу СН составило 6 мес. Следует отметить, что за такой достаточно большой промежуток времени далеко не всем больным была произведена титрация доз препаратов до целевой. Так, доля пациентов, получавших целевую или хотя бы 50% от целевой дозы β -АБ, была весьма низкой. В частности, только 15% пациентов получили целевую дозу β -АБ, что может объяснить повышенную ЧСС в момент включения в регистр, когда примерно 50% пациентов с синусовым ритмом имели ЧСС более 71 уд./мин. Также не более 30% пациентов получали целевую дозу иАПФ, БРА и ивабрадина. Таким образом, существует значимый разрыв между дозами, используе-

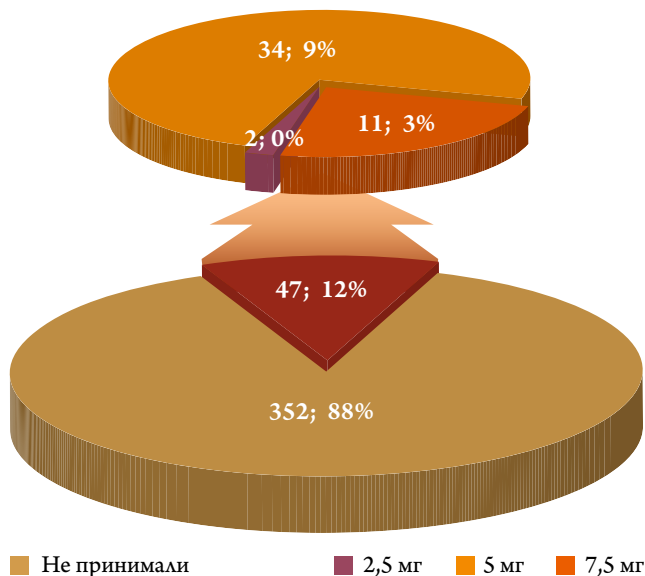


Рисунок 4. Доля получающих ивабрадин в целевой дозе от общего числа пациентов с сердечной недостаточностью

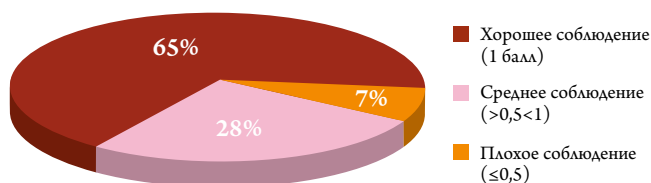


Рисунок 5. Оценка соблюдения рекомендаций в целом (согласно факту назначения/неназначения группы лекарственных средств)

мыми в повседневной практике и указанными в клинических рекомендациях.

Что касается лекарственных средств, ставших доступными относительно недавно, таких как ивабрадин, общая доля пациентов, отвечающих критериям исследования SHIFT для назначения ивабрадина, составила 27,8% от общего числа включенных амбулаторных пациентов. Из них доля пациентов, получающих препарат, была относительно невелика и составила 17,3%, однако доля пациентов, отвечающих критериям SHIFT для назначения ивабрадина, но не получавших его, составила 82,7%. Именно пациенты с синусовым ритмом, с ФВ $\leq 35\%$ и ЧСС ≥ 70 уд./мин не получали препарат, что является критерием замедления его внедрения в клиническую практику. Этот факт требует дополнительной проработки, учитывая результаты исследования SHIFT (ивабрадин на 18% снижает риск смертности), которые подтвердили, что риск сердечно-сосуди-

стой смерти и госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН тем выше, чем выше уровень ЧСС. А снижение ЧСС за счет ивабрадина позволит достичь оптимального результата лечения пациентов с ХСН и синусовым ритмом.

Факторы, которые ведут к использованию более низких доз препаратов, неоднородны. Нельзя исключить влияние административно-организационных аспектов, таких как частые визиты к врачу и необходимость жесткого мониторинга, что не всегда возможно в реальной клинической практике. С другой стороны, это может быть связано и с факторами, зависящими от пациента, включая сопутствующие заболевания, возраст. В Российской Федерации прием амбулаторных пациентов с ХСН далеко не всегда осуществляется кардиологами, поэтому мы не можем так же исключить недостаточную осведомленность терапевтов и врачей общей практики касательно рекомендаций по ведению данной группы пациентов. Все вместе это представляет серьезную проблему, требующую глубокого анализа и последовательной работы над всеми указанными выше аспектами. По нашему мнению, этому могло бы способствовать создание специализированной системы (службы) по ведению пациентов с ХСН, в рамках которой удалось бы избежать многих проблем, связанных с недостаточной координацией специалистов, работающих на разных этапах оказания медицинской помощи пациенту. Важными представляются разработка и внедрение единых диагностических и лечебных алгоритмов на всех звеньях такой службы, начиная от кабинетов в небольших населенных пунктах и заканчивая экспертными центрами.

Таким образом, ХСН является серьезной клинической и экономической проблемой современной кардиологии вследствие крайне высоких уровней летальности и повторных госпитализаций в стационары. Современная фармакотерапия позволяет значительно уменьшить бремя данной патологии, и соблюдение клинических рекомендаций представляется значимым шагом в данном направлении [12, 15–18].

Полученные в данном регистре результаты, с одной стороны, свидетельствуют о достаточной осведомленности врачей касательно рекомендаций по лечению пациентов с ХСН, однако при дальнейшем анализе выявляются значительные сложности в подборе целевой дозы и выборе оптимальных лекарственных средств внутри фармакологической группы.

Создание в Российской Федерации специализированной системы (службы) по ведению пациентов с ХСН позволит оптимизировать лечение пациентов данной группы и как улучшить клинические исходы, так и уменьшить экономические потери, связанные с данным заболеванием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Tavazzi L, Senni M, Metra M, Gorini M, Cacciatore G, Chinaglia A et al. Multicenter Prospective Observational Study on Acute and Chronic Heart Failure: One-Year Follow-up Results of IN-HF (Italian Network on Heart Failure) Outcome Registry. *Circulation: Heart Failure*. 2013;6(3):473–81. DOI:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.000161.
2. Maggioni AP, Dahlström U, Filipatos G, Chioncel O, Crespo Leiro M, Drozd J et al. EURObservational Research Programme:

- regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Eur J Heart Fail.* 2013;15(7):808–17. DOI:10.1093/eurjhf/hft050.
3. Jhund PS, MacIntyre K, Simpson CR, Lewsey JD, Stewart S, Redpath A et al. Long-Term Trends in First Hospitalization for Heart Failure and Subsequent Survival Between 1986 and 2003: A Population Study of 5.1 Million People. *Circulation.* 2009;119(4):515–23. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.812172.
 4. Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. *J Am Coll Cardiol.* 1993;22(4 Suppl A):6A–13A.
 5. MacIntyre K, Capewell S, Stewart S, Chalmers JW, Boyd J, Finlayson A et al. Evidence of improving prognosis in heart failure: trends in case fatality in 66 547 patients hospitalized between 1986 and 1995. *Circulation.* 2000;102(10):1126–31.
 6. Mosterd A, Cost B, Hoes AW, de Bruijne MC, Deckers JW, Hofman A et al. The prognosis of heart failure in the general population: The Rotterdam Study. *Eur Heart J.* 2001;22(15):1318–27. DOI:10.1053/ehj.2000.2533.
 7. Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Suresh V, Poole-Wilson PA et al. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure: a population based study. *Heart.* 2000;83(5):505–10.
 8. Authors/Task Force Members, McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration. *European Journal of Heart Failure.* 2012;14(8):803–69. DOI:10.1093/eurjhf/hfs105.
 9. 2009 writing group to review new evidence and update the 2005 guideline for the management of patients with chronic heart failure writing on behalf of the 2005 heart failure writing committee, Jessup M, Abraham WT, Casey DE, Feldman AM, Francis GS et al. 2009 Focused Update: ACCF/AHA Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: Developed in Collaboration With the International Society for Heart and Lung Transplantation. *Circulation.* 2009;119(14):1977–2016. DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192064.
 10. Komajda M, Follath F, Swedberg K, Cleland J, Aguilar JC, Cohen-Solal A et al. The EuroHeart Failure Survey programme – a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *Eur Heart J.* 2003;24(5):464–74.
 11. de Groote P, Isnard R, Assyag P, Clerson P, Ducardonnet A, Galinier M et al. Is the gap between guidelines and clinical practice in heart failure treatment being filled? Insights from the IMPACT RECO survey. *European Journal of Heart Failure.* 2007;9(12):1205–11. DOI:10.1016/j.ejheart.2007.09.008.
 12. Maggioni AP, Anker SD, Dahlström U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12 440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *European Journal of Heart Failure.* 2013;15(10):1173–84. DOI:10.1093/eurjhf/hft134.
 13. Swedberg K, Komajda M, Böhm M, Borer JS, Ford I, Dubost-Brama A et al. Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study. *The Lancet.* 2010;376(9744):875–85. DOI:10.1016/S0140-6736(10)61198-1.
 14. Authors/Task Force Members Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *European Heart Journal.* 2008;29(19):2388–442. DOI:10.1093/eurheartj/ehn309.
 15. Komajda M, Anker SD, Cowie MR, Filippatos GS, Mengelle B, Ponikowski P et al. Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction: data from the QUALIFY global survey: Adherence to heart failure guidelines. *European Journal of Heart Failure.* 2016;18(5):514–22. DOI:10.1002/ejhf.510.
 16. Cohen Solal A, Leurs I, Assyag P, Beauvais F, Clerson P, Contre C et al. Optimization of heart Failure medical Treatment after hospital discharge according to left ventricular Ejection fraction: The FUTURE survey. *Archives of Cardiovascular Diseases.* 2012;105(6–7):355–65. DOI:10.1016/j.acvd.2012.04.003.
 17. Poelzl G, Altenberger J, Pacher R, Ebner C h., Wieser M, Winter A et al. Dose matters! Optimisation of guideline adherence is associated with lower mortality in stable patients with chronic heart failure. *International Journal of Cardiology.* 2014;175(1):83–9. DOI:10.1016/j.ijcard.2014.04.255.
 18. Fonarow GC, Yancy CW, Albert NM, Curtis AB, Stough WG, Gheorghide M et al. Heart Failure Care in the Outpatient Cardiology Practice Setting: Findings from IMPROVE HF. *Circulation: Heart Failure.* 2008;1(2):98–106. DOI:10.1161/CIRCHEARTFAILURE.108.772228.
 19. Арутюнов А.Г., Драгунов Д.О., Арутюнов Г.П., Рылова А.К., Пашкевич Д.Д., Витер К.В. и др. Первое открытое исследование синдрома острой декомпенсации сердечной недостаточности и сопутствующих заболеваний в Российской Федерации. Независимый регистр ОРАКУЛ–РФ. Кардиология. 2015;55(5):12–21 [Arutyunov A. G., Dragunov D. O., Arutyunov G. P., Ry'lova A. K., Pashkevich D. D., Viter K. V. i dr. Pervoe otkry' toe issledovanie sindroma ostroj dekompensaczii serdechnoj nedostatochnosti i soputstvuyushix zabolevanij v Rossijskoj Federaczii. Nezavisimyj registr ORAKUL–RF. Kardiologiya. 2015;55(5):12–21].
 20. Арутюнов А.Г., Рылова А.К., Арутюнов Г.П. Регистр госпитализированных пациентов с декомпенсацией кровообращения (Павловский регистр). Сообщение 1. Современная клиническая характеристика пациента с декомпенсацией кровообращения. Клинические фенотипы пациентов. Журнал Сердечная Недостаточность. 2014;15(1):23–32 [Arutyunov A. G., Ry'lova A. K., Arutyunov G. P. Registr gospitalizirovanny'x paczientov s dekompensacziej krovoobrashheniya (Pavlovskij registr). Soobshhenie 1. Sovremennaya klinicheskaya charakteristika paczienta s dekompensacziej krovoobrashheniya. Klinicheskie fenotipy' paczientov. Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost'. 2014;15(1):23–32].
 21. Арутюнов А.Г., Рылова А.К., Арутюнов Г.П. Регистр госпитализированных пациентов с декомпенсацией кровообращения (регистр Павловской больницы). Сообщение 2. Клиническое значение и прогностическая роль некоторых параметров, определяемых при физикальном и инструментальном обследовании пациентов с декомпенсацией кровообращения. Журнал Сердечная Недостаточность. 2014;15(2):67–75. DOI:10.18087/rhf.2014.2.1934 [Arutyunov A. G., Ry'lova A. K., Arutyunov G. P. Registr gospitalizirovanny'x paczientov s dekompensacziej krovoobrashheniya (registr Pavlovskoj bol'nicy'). Soobshhenie 2. Klinicheskoe znachenie i prognosticheskaya rol' nekotory'x parametrov, opredelyaemy'x pri fizikal'nom i instrumental'nom obsledovanii paczientov s dekompensacziej krovoobrashheniya. Zhurnal Serdechnaya Nedostatochnost'. 2014;15(2):67–75. DOI:10.18087/rhf.2014.2.1934].
 22. Арутюнов А. Г., Драгунов Д. О., Арутюнов Г. П., Соколова А. В. Влияние величины дозы основных препаратов на риск повторных госпитализаций пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Терапевтический архив. 2016;88(1):29–34 [Arutyunov A. G., Dragunov D. O., Arutyunov G. P., Sokolova A. V. Vliyanie velichiny' dozy' osnovny'x preparatov na risk povtorny'x gospitalizaczij paczientov s khronicheskoy serdechnoj nedostatochnost' yu. Terapevticheskij arxiv. 2016;88(1):29–34].

МАТЕРИАЛ ПОСТУПИЛ В РЕДАКЦИЮ 24/03/2017