

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

АМБУЛАТОРНЫЙ ПАЦИЕНТ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ. ПЕРВЫЕ ДАННЫЕ РЕГИСТРА РЕКВАЗА ФП – ЯРОСЛАВЛЬ

В.В. Якусевич^{1*}, Е.М. Позднякова¹, В.Вл. Якусевич¹, В.А. Симонов², С.Ю. Марцевич³,
М.М. Лукьянов³, А.В. Загребельный³, С.А. Бойцов³

¹ Ярославский государственный медицинский университет
150000, Ярославль, Революционная ул., 5

² Кардиоцентр «Паритет». 150057, Ярославль, ул. Слепнева, 37

³ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины
101990, Москва, Петроверигский пер., 10

Цель. Изучение клинических форм фибрилляции предсердий (ФП), кардиоваскулярных факторов риска и сопутствующей патологии у этих больных, мониторинг осложнений и смертности при ФП, оценка качества диагностики и лечения этого нарушения ритма сердца в реальной амбулаторно-поликлинической практике.

Материал и методы. Был составлен регистр больных ФП, посетивших одну из поликлиник г. Ярославля с 01 января по 31 декабря 2013 г. Оценивали качество обследования больных с ФП в поликлинике. Мониторировали заболеваемость и смертность этих пациентов в течение 12 мес с помощью контактов с больными, их родственниками и лечащими врачами.

Результаты. Типичного больного с ФП характеризуют: пожилой возраст, преимущественно постоянная форма мерцания и значительная отягощенность по кардиоваскулярной патологии. 12-месячное наблюдение за течением ФП у 212 больных демонстрирует высокую смертность и потребность в госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний в этой группе. Их суммарное число составило 99 человек, т.е., 46,7% включенных в регистр пациентов.

Заключение: Нерегулярность наблюдения и дефицит обследования больных с ФП может объяснять повышенные показатели смертности и частоты осложнений в этой группе больных.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, амбулаторная практика, мониторинг событий.

Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2015;11(2):149-152

An outpatient with atrial fibrillation: key features. The first data of REKVAZA FP – YAROSLAVL register

V.V. Yakusevich^{1*}, E.M. Pozdnyakova¹, V.V. Yakusevich¹, V.A. Simonov², S.Yu. Martsevich³, M.M. Loukianov³, A.V. Zagrebelyny³, S.A. Boytsov³

¹Yaroslavl State Medical University, Revolutionnaya ul. 5, Yaroslavl, 150000 Russia

²Cardiology Center "Paritet". Slepneva ul. 37, Yaroslavl, 150057 Russia

³State Research Center for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

Aim. To study the clinical forms of atrial fibrillation (AF), cardiovascular risk factors and comorbidities in these patients; to perform monitoring of complications and mortality in AF; to assess the quality of diagnosis and treatment of AF in real outpatient practice.

Material and methods. The register of patients with AF, visited an outpatient clinic of Yaroslavl from 01 January to 31 December 2013, was created. Quality of AF patient examination in the outpatient clinic was assessed. Morbidity and mortality of these patients were monitoring during 12 months by the contacts with patients, their relatives and doctors in charge.

Results. The typical patient with AF has advanced age, mainly permanent AF and compromised history of cardiovascular diseases. 12-month monitoring of 212 outpatients with AF showed high mortality and the need for hospitalization due to cardiovascular diseases in this group. A total number of these patients was 99 or 46.7% of patients included into the register.

Conclusion. The irregularity of observation and the lack of examination of patients with AF may be the reasons of the increased rates of mortality and complications in this group of outpatients.

Key words: atrial fibrillation, outpatient practice, events monitoring.

Ration Pharmacother Cardiol 2015;11(2):149-152

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): yakusevich@yandex.ru

Сведения об авторах:

Якусевич Владимир Валентинович – д.м.н., профессор
кафедры клинической фармакологии ЯГМУ

Позднякова Екатерина Михайловна – аспирант той же кафедры

Якусевич Владимир Владимирович – аспирант той же кафедры

Симонов Владислав Альфредович – к.м.н., врач кардиоцентра
«Паритет»

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

Лукьянов Михаил Михайлович – к.м.н., в.н.с. отдела
клинической кардиологии и молекулярной генетики ГНИЦ ПМ

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

Бойцов Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор,
руководитель отдела клинической кардиологии
и молекулярной генетики, директор ГНИЦ ПМ

Фибрилляция предсердий (ФП), являясь наиболее частым нарушением ритма сердца, часто выступает в роли предиктора серьезных сердечно-сосудистых расстройств. В первую очередь это касается тромбоэмболических осложнений, в частности мозгового инсульта, частота которого у этой категории пациентов в несколько раз превышает популяционную, особенно в старших возрастных группах. При этом удваивается риск смерти таких больных [1,2]. Одновременно при ФП увеличивается число случаев тромбоэмболии легочной артерии и острого коронарного синдрома, увеличивается скорость формирования хронической сердечной недостаточности, значительно ухудшается качество жизни [3,4].

К сожалению, сведения о частоте и структуре ФП часто противоречивы. Так, по данным клиники Мейо (2008) ее распространенность в США на 2000 г. составила 6,1% с учетом выявленных бессимптомных пароксизмов, а к 2050 г. ожидается удвоение этого показателя [5]. В свою очередь, в рекомендациях ESC (2010) и Российского кардиологического общества (2012) частота ФП в общей популяции оценивается на уровне 1-2%, но отмечается, что это наиболее частое нарушение ритма сердца, вносящее весомый вклад в смертность и инвалидизацию [6,7]. Такая противоречивость данных во многом объясняется тем, что ФП чаще выступает не в роли основного диагноза, а фиксируется как осложнение ИБС, миокардита, клапанного поражения сердца, патологии щитовидной железы и других нозологий. В утвержденную форму отчетности Министерства здравоохранения РФ для поликлиник (ф. 12) сведения о числе наблюдаемых больных с этим нарушением ритма не вносятся, и по статистическим отчетам лечебно-профилактических учреждений сложно судить о соответствии объема обследования и качества лечения пациентов современным клиническим рекомендациям.

Исправить положение призваны регистры больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [8,9], в частности, регистры больных с фибрилляцией предсердий РЕКВАЗА ФП, которые в настоящее время созданы на основе методологии регистра РЕКВАЗА [10] в ряде городов России под руководством и при координации Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава Российской Федерации (ГНИЦ ПМ). Часть этой работы выполняется в Ярославле и представлена регистром РЕКВАЗА ФП – ЯРОСЛАВЛЬ. В настоящей публикации представлены первые полученные данные регистра.

Цель: изучить с помощью регистра клинических форм ФП, структуры кардиоваскулярных факторов риска и сопутствующей патологии у этих больных, мониторинг осложнений и смертности при ФП, а также оценка качества диагностики и лечения этого нарушения ритма в реальной амбулаторно-поликлинической практике в двух поликлиниках центральных районов г. Ярославля Ярославской области – региона РФ с высоким уровнем сердечно-сосудистой смертности.

Материал и методы

Проведен анализ всех амбулаторных карт пациентов, проживающих в районе обслуживания одной из поликлиник г. Ярославля с отбором медицинской документации больных ФП, посетивших поликлинику с 01 января по 31 декабря 2013 г. Мониторинг заболеваемости и смертности этих пациентов в течение 12 мес выполнялся при помощи контактов с больными, их родственниками и лечащими врачами.

При анализе медицинской документации пациентов, включенных в регистр, фиксировались демографи-

ческие данные, форма и длительность фибрилляции предсердий, причины нарушения ритма сердца, перенесенные острые кардиоваскулярные эпизоды, а также вся сопутствующая некардиальная патология. Учитывалась частота осмотров специалистами и соответствие объема обследования больных принятым стандартам и клиническим рекомендациям. Мониторинг пациентов в течение последующего года включал сбор сведений обо всех перенесенных заболеваниях, в том числе фатальных и потребовавших госпитализации.

Работа с персональными данными пациента и его дальнейшее участие в процедурах регистра проводилась с его письменного согласия. Протокол исследования РЕКВАЗА ФП – ЯРОСЛАВЛЬ был разработан ГНИЦ ПМ на основе методологии регистра РЕКВАЗА, документация исследования одобрена этическим комитетом данного центра.

Результаты

На учете в одной из поликлиник г. Ярославля состоит 26066 взрослых жителей. Из них за медицинской помощью в период формирования выборки обращались 9542 человека. Диагноз «фибрилляция предсердий» был указан в амбулаторной карте у 215 из них (2,3%). Пациент с этим нарушением ритма сердца включался в регистр датой первого обращения в поликлинику в 2013 г. Большинство пациентов – 136 (63,3%) составили женщины в возрасте от 49 до 94 лет ($76 \pm 9,4$ года). Возраст мужчин ($n=79$; 36,7%) колебался в более широком диапазоне – от 23 до 90 лет, однако большинство пациентов было представлено лицами старших возрастных групп – средний возраст $70,3 \pm 12,8$ года. Следует отметить, что истинная распространенность ФП среди населения, закрепленного за данной поликлиникой, видимо, несколько выше, так как с появлением сети частных медицинских структур, ряд больных предпочитает наблюдаться и лечиться там, и следовательно, они не наблюдаются амбулаторной службой. Распределение пациентов по полу, возрасту и форме ФП, представлено в табл. 1.

Из табл. 1 следует, что в изучаемой выборке преобладающей была постоянная форма ФП, наблюдавшаяся у 141 (65,6%) пациента, несколько чаще в группе женщин. У 35 женщин и 21 мужчины фигурировал диагноз пароксизмальной формы. У 9 пациентов ФП в 2013 г. возникла впервые, и также у 9 отмечен персистирующий вариант. Следует отметить, что у 15 пациентов в медицинской документации отсутствовали данные о форме ФП, и потребовался контакт с ними, чтобы ее уточнить. Наиболее частыми причинами изучаемого нарушения ритма сердца являлись ИБС, митральный порок, и их сочетание. При этом ИБС без сопутствующего поражения митрального клапана была диагностирована у 154 пациентов (71,6%), а в сочетании с поражением митрального клапана – у 42 (19,5%). Только у трех больных установлен диагноз митрального стеноза без сопутствующей ИБС. Ти-

Таблица 1. Распределение пациентов по полу, возрасту и форме фибрилляции предсердий (n=215)

Показатель	Всего	Мужчины	Женщины
Возраст, лет	73,9±11,1	70,3±12,8	76,0±9,4
Постоянная форма ФП, n (%)	141 (65,6)	50 (23,3)	91 (42,3)
Пароксизмальная форма ФП, n (%)	56 (26,0)	21 (9,8)	35 (16,2)
Персистирующая форма ФП, n (%)	9 (4,2)	4 (1,9)	5 (2,3)
Впервые выявленная ФП, n (%)	9 (4,2)	4 (1,9)	5 (2,3)

Данные представлены в виде M±m, если не указано иное. ФП = фибрилляция предсердий

Таблица 2. Сопутствующая сердечно-сосудистая патология у пациентов с фибрилляцией предсердий

Патология	Всего (n=215)	Мужчины (n=79)	Женщины (n=136)
Артериальная гипертензия, n (%)	208 (96,7)	75 (94,9)	133 (61,9)
ХСН (ФК I-IV), n (%)	197 (91,6)	70 (88,6)	127 (93,4)
Клапанные пороки сердца, n (%)	33 (15,3)	9 (11,4)	24 (17,6)
ИБС (все формы), n (%)	196 (91,2)	71 (89,8)	125 (91,9)
• в том числе, в сочетании с митральным пороком	42 (19,5)	15 (19,0)	27 (19,9)
Хроническая ревматическая болезнь сердца, n (%)	13 (6,0)	5 (6,3)	8 (5,9)
Инсульт в анамнезе, n (%)	47 (21,9)	16 (20,3)	31 (22,8)
• в том числе, повторный	6 (2,8)	1 (1,3)	5 (3,7)
ТИА в анамнезе, n (%)	7 (3,3)	3 (3,8)	4 (2,9)
ТЭЛА в анамнезе, n (%)	5 (2,3)	2 (2,5)	3 (2,2)

ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ТИА – транзиторная ишемическая атака; ТЭЛА – тромбоз легочной артерии

реотоксикоз как причина ФП фигурировал у одного пациента. Вместе с тем патология щитовидной железы отмечена у 43 женщин и 10 мужчин, т.е. у 24,7% всех больных, главным образом – диффузный и узловый эндемический зоб, что, видимо, связано со специфичностью района проживания (йододефицитом).

С учетом среднего возраста пациентов (преобладали пожилые пациенты), у большинства из них отмечалась высокая коморбидность. В первую очередь, это касалось сердечно-сосудистой патологии (табл. 2). Практически у всех больных ФП протекала на фоне артериальной гипертензии и различных стадий хронической сердечной недостаточности. Указания в анамнезе на перенесенные ревмокардит и миокардит отмечены в 13 (6,0%) и 2 (0,9%) случаях, соответственно. У 25 человек диагностирована кардиомиопатия различной формы. Наиболее частыми осложнениями ФП были мозговой инсульт и транзиторная ишемическая атака. Так, ишемический инсульт на фоне ФП перенесли 47 (21,9%) больных, 6 из них – повторно. Транзиторная ишемическая атака в анамнезе присутствовала в 7 случаях (3,3%). Следовательно, общая частота острых цереброваскулярных расстройств составила 54 случая, то есть, их перенесли более четверти включенных в регистр пациентов.

Таким образом, типичного больного с ФП характеризовали: пожилой возраст, преимущественно постоянная форма мерцания и значительная отягощенность по кардиоваскулярной патологии. Частота перенесенных инсультов в этой группе больных значительно превышала популяционную.

Были оценены регулярность наблюдения и объём обследования пациентов в поликлинике. Один раз в год и чаще посещали терапевта 184 пациента (85,6%). Промежуток между визитом в 2013 г. и предыдущим составлял 1-2 года и более 2 лет у 17 (7,9%) и 9 (4,2%) больных, соответственно. Эти пациенты обращались в поликлинику только при выраженном ухудшении состояния, обычно связанного с сопутствующей патологией или острыми заболеваниями. Пять человек из числа лиц с ранее имеющимися жалобами на аритмию, до визита в 2013 г. по поводу ФП не наблюдались. Еще реже пациенты посещали кардиолога. Только 88 (40,9%) из них осматривались им ежегодно, у 23 (10,7%) больных промежуток между визитами к кардиологу составлял 1-2 года, перерыв между осмотрами кардиолога от двух лет и более, или же отсутствие в медицинской документации сведений о посещении этого специалиста отмечено у 57 и 47 больных, соответственно. Таким образом, 104 пациента с ФП, т.е., практически половина из 215 больных регулярно не консультируется кардиологом. При этом, помимо ФП, фактически у каждого из включенных в регистр пациентов имелась сочетанная кардиоваскулярная патология.

Всем больным с момента установления диагноза ФП регулярно проводилось электрокардиографическое исследование. Большинству пациентов (199, т.е., 91%) выполнена рентгенография легких. Однако обязательное для этой категории суточное мониторирование ЭКГ ни разу не проводилось у значительной части пациентов – в амбулаторных картах имеются сведения о его результатах лишь у 68 (31,6%) больных. Только у 159 (74,0%) человек

имеются данные эхокардиографии, также обязательной для больных с ФП. При этом ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов выполнено всего в 56 (26,0%) случаях. Несмотря на то, что у 53 больных (24,7%) фигурирует диагноз заболеваний щитовидной железы, только 38 (17,3%) из них осмотрены эндокринологом в течение последнего года. За весь период наблюдения УЗИ щитовидной железы выполнено у 43 (20,0%) больных с ФП.

Следующий этап исследования проводился в течение 2014 г. По истечении 12 мес с момента включения больного в регистр осуществлялись телефонные и офисные контакты с больными, их лечащими врачами, а также с родственниками умерших в течение года пациентов. Анализировалась медицинская документация, и по показаниям проводилось дополнительное обследование ряда пациентов.

К началу 2015 г. удалось получить информацию о 212 пациентах (98,6%). С тремя больными контакт был утерян. За период 12 мес после включения в регистр из 212 пациентов умерли 35 человек (16,5%). Структура смертности в этой группе выглядела следующим образом: инсульт как причина смерти указан у 2 (5,7%) человек, другие сердечно-сосудистые заболевания – у 24 (68,6%), некардиальные причины – у 9 (25,7%).

В группе выживших через 12 мес пациентов (n=177) перенесли мозговой инсульт 6 человек (3,4%), острый инфаркт миокарда – 1 (0,6%). Кроме них были госпитализированы 57 (26,9%) человек по поводу различных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в том числе у 19 (10,7%) пациентов причиной госпитализации была ФП.

Обсуждение

Полученные нами данные о распространенности ФП среди жителей, состоящих на учете, в выбранном для изучения районе Ярославля (2,3%) в целом соответствует общепризнанным представлениям о частоте встречаемости этого нарушения ритма сердца [7]. Однако, следует отметить, что истинная распространенность ФП среди населения, закрепленного за данной поликлиникой, видимо, несколько выше, так как с появлением сети частных медицинских структур, ряд больных предпочитает на-

блюдаться и лечиться там и, следовательно, они не наблюдаются амбулаторной службой. Этим по нашему мнению можно объяснить и достаточно преклонный возраст включенных в регистр пациентов, поскольку посещение платных медицинских центров прерогатива в первую очередь более молодого контингента. В свою очередь можно было ожидать большей распространенности ФП у лиц старших возрастных групп. При анализе соответствия объема обследования принятым стандартам и клиническим рекомендациям приходится констатировать, что таковой недостаточен. Только электрокардиография и рентгенологическое исследование легких выполняются у большей части пациентов, в то время как необходимые для этой категории суточное мониторирование и ЭХОКГ присутствуют в 31,6% и 74,0% случаев. Менее половины больных регулярно наблюдаются кардиологом, несмотря на практически стопроцентное наличие другой кардиоваскулярной патологии. Представляется, что именно эти факторы являются основополагающими в полученных при годовом мониторинге показателей смертности и серьезных кардиоваскулярных осложнений.

Заключение

Таким образом, 12-мес наблюдение за течением ФП у 212 больных демонстрирует высокую смертность и потребность в госпитализации по поводу ССЗ в этой группе. Их суммарное число составило 99, т.е., 46,7% включенных в регистр пациентов.

Работа над регистром продолжается. В настоящее время проводится анализ качества лечения пациентов в первой из поликлиник, и обрабатываются первичные данные по второй поликлинике, где в регистр будет включено более 300 человек. Но уже сейчас приведенные выше данные, которые будут постоянно уточняться и дополняться в ходе дальнейшей работы, позволяют выявлять основные дефекты обследования больных с ФП в реальной поликлинической практике.

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

Литература

1. Nieuwlaar R., Capucci A., Camm A.J., et al. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Eur Heart J* 2005; 26:2422-234.
2. Nabauer M., Gerth A., Limbourg T., et al. The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. *Europace* 2009; 11:423-34.
3. Krasnogorskii S.G. Modern drug therapy for atrial fibrillation: the choice of tactics, anti-arrhythmic drugs and treatment regimens. *Kardiologiya* 2012; 9: 58-63. Russian (Красногорский С.Г. Современная медикаментозная терапия фибрилляции предсердий: выбор тактики, антиаритмических препаратов и схем лечения. *Кардиология* 2012; 9:58-63).
4. Camm A.J. Atrial fibrillation and risk. *Clin Cardiol* 2012; 35 Suppl 1:1-2.
5. Savelieva I and Camm J *Clin Cardiol* 2008;31:55-62
6. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Europace* 2010;12(10):1360-420.
7. National guidelines for the diagnosis and treatment of atrial fibrillation (2012). Available at: http://scardio.ru/content/Guidelines/FP_rkj_13.pdf. Accessed by 18.04.2015. Russian (Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий (2012). Доступно на http://scardio.ru/content/Guidelines/FP_rkj_13.pdf. Проверено 18.04.2015).
8. Gliklich RE. *Registries for Evaluating Patient Outcomes: A User's Guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
9. Boytsov SA, Martsevich SY, Kutishenko NP et al. The registers in cardiology. Basic rules of conduct and a real opportunity. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika* 2013; 12 (1); 4-9. Russian (Бойцов С.А., Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. и др. Регистры в кардиологии. Основные правила проведения и реальные возможности. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2013; 12 (1); 4-9).
10. Loukyanov MM, Boytsov SA, Jakushin SS, et al. Diagnosis, treatment, concomitant cardiovascular disease and comorbidities in patients with a diagnosis of "atrial fibrillation" in a real outpatient practice (according to the register of cardiovascular diseases REKVAZA). *Ration Pharmacother Card* 2014; 10 (4): 366-77. Russian (Лукуянов 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): 366-77).

Поступила: 08.04.2015

Принята в печать: 16.04.2015