

ОПЫТ СОЗДАНИЯ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАБОТЫ РОССИЙСКОГО ГОСПИТАЛЬНОГО РЕГИСТРА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (RUS-HFR) В ТРЁХ СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*М.Ю. Ситникова¹, А.В. Юрченко¹, Е. А. Лясникова¹, М. А. Трушкина¹,
Р.А. Либис², В.Ю. Кондратенко², Дупляков Д.В.³*

¹ ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

² ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», Оренбург, Россия

³ ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия

Ситникова Мария Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор, руководитель научно-исследовательского отдела сердечной недостаточности ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ; *Юрченко Александр Васильевич* — младший научный сотрудник научно-исследовательского отдела сердечной недостаточности ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ; *Лясникова Елена Анатольевна* — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела сердечной недостаточности ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ; *Трушкина Мария Александровна* — научный сотрудник научно-исследовательского отдела сердечной недостаточности ФГБУ «ФМИЦ им. В.А. Алмазова» МЗ РФ; *Либис Роман Аронович* — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии имени Р.Г. Межебовского ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» МЗ РФ; *Кондратенко Виктория Юрьевна* — клинический ординатор кафедры госпитальной терапии имени Р.Г. Межебовского ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» МЗ РФ; *Дупляков Дмитрий Викторович* — доктор медицинских наук, профессор ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара.

Контактная информация: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, ул. Аккуратова, д. 2., г. Санкт-Петербург, Россия, 197341. Тел.: (812) 702–55–89. E-mail: sitnikova@almazovcentre.ru (Ситникова Мария Юрьевна).

Резюме

Цель исследования. Анализ на основании RUSSIAN HOspital Heart Failure Registry (RUS-HFR) этиологии систолической ХСН, причин госпитализации таких больных и соответствия их терапии международным рекомендациям в 3 субъектах РФ. **Материалы и методы.** RUS-HFR — проспективное, многоцентровое, наблюдательное исследование, проводимое в 3 кардиологических центрах (Санкт-Петербург — координатор проекта, Оренбург, Самара). Критериями включения были возраст 18–75 лет, ХСН с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, отсутствие текущего инфаркта миокарда и тромбоэмболии легочной артерии. **Результаты.** С октября 2012 года по июнь 2013 года в RUS-HFR был включён 251 пациент, средний возраст 60 лет, 79 % были мужчины. Большинство пациентов ХСН с II–III ФК (NYHA). Основными этиологическими факторами стали ИБС и АГ. В зависимости от профиля и возможностей лечебных учреждений соотношение причин госпитализации, её длительности различалось. **Выводы.** По сравнению с данными 10-летней давности в России, в целом «портрет» больного с систолической ХСН не изменился, однако увеличилась доля больных, перенесших кардиохирургические вмешательства, а процент пациентов, получающих иАПФ/АРА, β -АБ и АМКР сегодня сопоставим с показателями европейских регистров. Наибольшее количество несоответствий рекомендациям по обязательной медикаментозной терапии выявляется у больных ХСН II ФК. Диуретическая терапия не назначается при клинически выраженной ХСН в 20–35 % случаев. Высокотехнологичные методы терапии при ХСН II–IV ФК в стационарах-участниках Регистра рекомендуются недостаточно часто. «Плановые» госпитализации (требующие коррекции медикаментозной терапии) составляют 12–36 %, а их длительность значительно превышает этот показатель в странах ЕС и США.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, регистр, эпидемиология, терапия.

EXPERIENCE OF CREATION AND THE FIRST RESULTS OF THE RUSSIAN HOSPITAL REGISTER OF CHRONIC HEART FAILURE (RUS-HFR) IN THREE SUBJECTS OF THE RUSSIAN FEDERATION

*M. Yu. Sitnikova¹, A. V. Yurchenko¹, E. A. Lyasnikova¹, M. A. Trukshina¹,
R. A. Libis², V. Yu. Kondratenko², D. V. Duplyakov³*

¹ Federal Almazov Medical Research Centre, Saint-Petersburg;

² Orenburg State Medical Academy, Orenburg;

³ Samara Regional Clinical Cardiology Clinic, Russia.

Corresponding author: Federal Almazov Medical Research Centre, 2 Akkuratova str., Saint-Petersburg, Russia, 197341. Tel.: (812) 702–55–89 (Maria Y. Sitnikova — doctor of sciences, professor, head of research department of heart failure of Federal Almazov Medical Research Centre).

Abstract

Objective. Analysis based on RUSSIAN hoSpital Heart Failure Registry (RUS-HFR) etiology of systolic CHF, cause of hospitalization of these patients and compliance their therapy with international recommendations in 3 subjects of the RF. **Design and methods.** The RUS-HFR is a prospective, multicentre, observational study conducted in 3 Cardiology Centers (St. Petersburg — the central coordinator of the project, Samara, Orenburg). Inclusion criteria were CHF NYHA I–IV functional classes, LVEF \leq 40 %, age 18–75 years, the absence of current myocardial infarction and pulmonary embolism. **Results.** From October 2012 to Jun 2013, 251 patients were enrolled, the mean age of the patients was 60 years and 79 % were men. Main etiologies were ischemic heart disease and hypertension. Ratio causes of hospitalization, its duration varied depending on the profile and capabilities of hospitals. **Conclusion.** Compared with 10 years ago in Russia, in general a «portrait» of a patient with systolic heart failure has not changed, however, increased the proportion of patients undergoing cardiac surgery, and the percentage of patients receiving RAS blockers, β -AB, MRAs today compares with European registers. The greatest number of inconsistencies recommendations for mandatory drug therapy is detected in patients with CHF functional class II. Diuretic therapy is not prescribed for clinically expressed HF in 20–35 % of cases. High-tech methods of treatment in CHF patients (NYHA II–IV) in hospitals participating RUS-HFR recommend not often enough. «Planned» hospitalization (requiring correction of drug therapy) is 12–36 % of cases, and their duration was significantly higher than in the EU and USA.

Key words: chronic heart failure, register, epidemiology, therapy.

Статья поступила в редакцию 10.01.14, принята к печати 15.01.14.

Введение

Распространённость хронической сердечной недостаточности (ХСН) варьирует в большинстве стран Европы от 1 до 3 % и составляет к началу XXI 7 % в Российской Федерации (РФ) [1]. Сложности в диагностике, недостаточный объём лечения, высокая частота регоспитализации больных, неблагоприятный прогноз и большие финансовые затраты продолжают определять медицинскую и социально-экономическую значимость сердечной недостаточности во всём мире [2, 3].

Для более полного понимания актуальности проблемы данной патологии, качества оказания медицинской помощи и планирования затрат здравоохранения созданы и продолжают работать регистры больных ХСН. К 2013 г известны 3 крупных проекта в США: регистры OPTIMIZE-HF,

IMPROVE-HF, ADHERE. В странах ЕЭС наибольший объём информации накоплен по результатам работы национальных регистров, действующих в Италии, Швеции и Норвегии [4–6]. В 2009–2013 гг. на базе программы EUR *Observational RESEARCH PROGRAMME* (EORP) Европейского Общества Кардиологов прошли проспективные исследования European Society of Cardiology Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot) и European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF Long-Term Registry), в которых приняли участие более 130 кардиологических центров из стран с различными системами здравоохранения [7, 8].

На территории РФ в 2001–2002 гг. под эгидой Общества специалистов по сердечной недостаточности были проведены 2 масштабных эпидемиологических исследования: ЭПОХА-ХСН

и ЭПОХА-О-ХСН, осветивших основные особенности распространения, течения, связанные с ХСН, и ассоциированные с ней медико-социальные проблемы [9–11]. За прошедшее десятилетие в стандарты вошли новые, в том числе высокотехнологичные методы лечения (ВТМЛ) таких пациентов, неоднократно обновлялись рекомендации по их терапии. Необходимость создания электронных баз российских больных ХСН, сведения в которых будут постоянно обновляться, контролироваться и статистически обрабатываться координационным центром, сегодня активно обсуждается в российском медицинском сообществе. Непрерывный сбор и анализ информации, а также доступность её для всех участвующих в исследовании учреждений здравоохранения позволит оценить качество медицинской помощи и наметить пути для её улучшения согласно общепринятым стандартам диагностики и лечения пациентов с данной патологией, создавая платформу для открытого обсуждения этих важных вопросов.

Цель исследования

Анализ в отдельных стационарах трёх субъектов РФ этиологии ХСН, причин госпитализации таких больных и соответствия их терапии международным рекомендациям на основании госпитального регистра больных хронической систолической сердечной недостаточности.

Материалы и методы

Регистр больных ХСН. Создание Российского госпитального регистра хронической сердечной недостаточности (RUSSian hoSpital Heart Failure Registry — RUS-HFR) было начато в мае 2012 года. Сотрудниками Научно-исследовательского отдела сердечной недостаточности Федерального медицинского исследовательского центра им. В.А. Алмазова (ФМИЦ) было разработано и апробировано программное обеспечение, позволяющее автоматизировать и стандартизировать процесс накопления данных. В ходе иницирующего визита в регионах координаторами исследования — научными сотрудниками ФМИЦ — было проведено обучение персонала порядку ввода данных и особенностям работы с RUS-HFR, который включает более 250 различных параметров, в т.ч. демографические, данные о сопутствующей патологии, объективного осмотра, результаты инструментальных и лабораторных исследований, вопросы по терапии, госпитализациях, серьёзных нежелательных явлениях.

Организация, техническое описание и безопасность. RUS-HFR организован как госпитальный регистр больных систолической ХСН с включением

их во время стационарного лечения и дальнейшим проспективным наблюдением пациентов 1 раз в 6 месяцев. Финансирование работы осуществляется за счёт средств МЗ РФ в рамках госзадания на 2012–2014 гг. На 2012 г. в работе Регистра приняли участие 3 стационара, имеющие отделения кардиологического профиля: ФГБУ ФМИЦ им. В.А. Алмазова (в исследование включались жители северо-западного региона РФ), ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия» (ОрГМА), ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер» (СОККД). Разработанное программное обеспечение позволило стандартизировать и осуществить последующий статистический анализ собранных данных. Доступ к базе RUS-HFR производили путем двухфакторной авторизации для исключения утечки персональных данных, а обмен информацией осуществлялся в деперсонализированном виде. *Статистическая обработка проводилась* с использованием программы «SPSS» ver.15. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее значение, SD — стандартное отклонение.

Результаты

Пациенты. С октября 2012 г. по июнь 2013 г. был включён 251 пациент. Критериями отбора пациентов для включения в RUS-HFR были возраст 18–75 лет, хроническая систолическая сердечная недостаточность с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ≤ 40 % по Симпсон, отсутствие текущего инфаркта миокарда и тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА). Диагноз ХСН устанавливался на основе общепринятых международных критериев. В Таблице 1 представлены основные характеристики пациентов. Средний возраст больных составил около 60 лет, более 79 % из них были мужчины. Существенных гендерных различий в этиологии, длительности ХСН, наличии сопутствующих заболеваний выявлено не было.

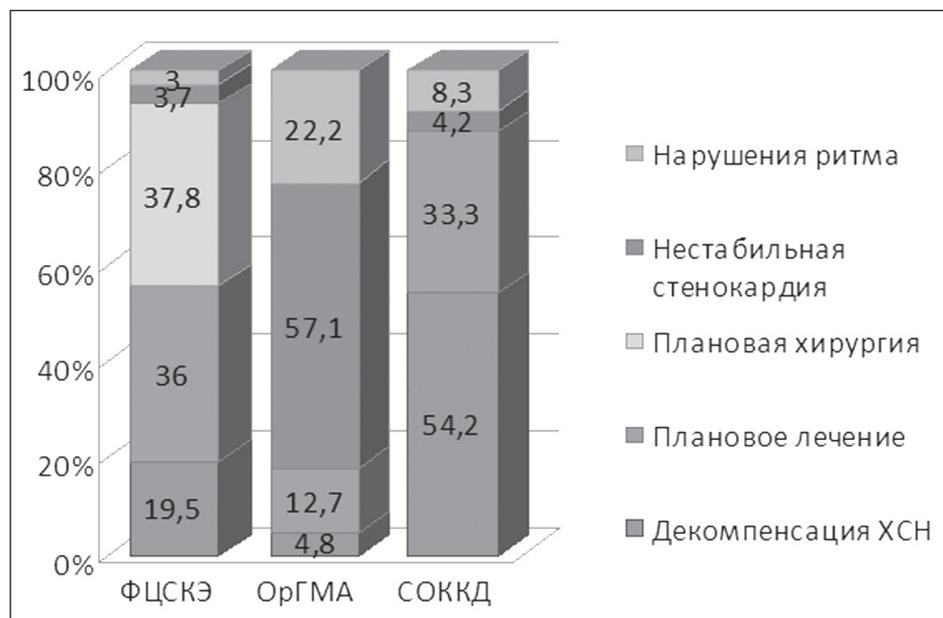
Большинство пациентов имели несколько конкурирующих в отношении этиологии ХСН заболеваний. Ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) диагностировались в 58–76 % и 68–94 % случаев, соответственно. В RUS-HFR (регистре систолической сердечной недостаточности) АГ выступала в основном как конкурирующая патология по отношению к ИБС. Встречаемость фибрилляции предсердий (ФП) колебалась в центрах от 20,8 % до 33,3 %. Кардиомиопатии верифицировались редко (1,2–4,2 %). Практически каждый 4-й больной имел сахарный диабет (СД) и хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ). Реваскуляризацию коронарного русла пере-

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ВКЛЮЧЕННЫХ В RUS-HFR (n = 251)

Учреждение Параметр	ФМИЦ (n = 164)	ОргМА (n = 63)	СОККД (n = 24)
Возраст, лет (M ± SD)	57 ± 9,9	61 ± 12,2	59 ± 12,3
Мужчины, %	79,3	87,3	79,2
ИМТ* (M ± SD), кг/рост, м ²	28,4 ± 5,2	28,0 ± 4,6	26,8 ± 4,2
Длительность ХСН, (M ± SD), лет	3,8 ± 4,9	нд††	6,6 ± 4,1
Койко-день (M ± SD), дней	20 ± 13	16 ± 14	12 ± 4
Этиология ХСН			
ИБС, %	64,0	76,2	58,3
АГ, %	68,3	93,7	70,8
ФП, %	23,2	33,3	20,8
ДКМП†, %	3,0	3,2	4,2
ГКМП§, %	1,2	0	0
Кардиохирургические вмешательства в анамнезе			
Реваскуляризация миокарда, %	40,9	11,1	20,8
Оперированные пороки клапанов сердца %	4,3	0	4,2
ПЭКС , в т.ч. ресинхронизаторы и ИКД¶, %	19,5	0	8,3
Сопутствующая патология			
ХОБЛ#, %	28,0	11,1	20,8
СД**, %	23,2	22,2	25,0
Некоторые показатели статуса			
ФВ (Симпсон) (M ± SD), %	27,2 ± 6,8	31,8 ± 4,7	27,3 ± 5,8
Длительность QRS > 120 мс, %	34,1	нд	33,3
АДс < 100 mmHg, %	7,3	7,9	8,3
АДс 100–140 mmHg, %	67,7	50,8	87,5
АДс > 140 mmHg, %	23,8	38,1	4,2

Примечание: * ИМТ — индекс массы тела, † ДКМП — дилатационная кардиомиопатия, § ГКМП — гипертрофическая кардиомиопатия, || ПЭКС — постоянный электрокардиостимулятор, ¶ ИКД — имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор, # ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь лёгких, ** СД — сахарный диабет, †† нд — нет данных.

Рисунок 1. Основные причины госпитализации больных ХСН



несли 11,1–40,9 % пациентов. У 4 % пациентов, включённых в регистр ФМИЦ и СОККД, в анамнезе были оперированные клапанные пороки сердца. Респондентам, лечившимся в Санкт-Петербурге и Самаре, ранее был имплантирован постоянный электрокардиостимулятор (ПЭКС) в 19,5 и 8,3 %, соответственно. Бивентрикулярный ПЭКС (СРТ) и имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор (ИКД) имели 4,3 и 5,5 % пациентов, включенных в ФМИЦ, соответственно.

Причины госпитализации больных ХСН. В зависимости от профиля и возможностей участвующих в исследовании лечебных учреждений соотношение причин госпитализации различалось, основные из них представлены на Рисунке 1.

В ФМИЦ основными причинами госпитализации были плановые хирургические вмешательства при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (АКШ 21,4 %, чрескожное вмешательство на коронарных артериях 9,1 %, СРТ 4,9 %, ИКД 2,4 %) и плановое стационарное (консервативное) лечение (36 %), составившие вместе 73,8 % случаев. У 19,5 % пациентов в СПб госпитализация была обусловлена декомпенсацией ХСН. В СОККД более половины случаев госпитализации были связаны с декомпенсацией сердечной недостаточности (54,2 %) и треть — с плановым лечением больных (33,3 %). В ОрГМА большинство больных ХСН были госпитализированы по поводу нестабильной стенокардии (57,1 %) и нарушений ритма сердца (22,2 %). Ни в ОрГМА, ни в СОККД хирургическое лечение сердечно-сосудистой патологии больным ХСН не выполнялось.

Длительность сердечной недостаточности, данные объективного осмотра и инструментальных исследований. Средняя продолжительность ХСН у больных, включенных в Регистр в ФМИЦ, составила около 4 лет, в СОККД — около 6,5 лет, в ОрГМА данные не доступны (Табл.1). На момент поступления в стационар преобладающее количество больных имели III ФК ХСН (41,3–46,3 %), II ФК и IV ФК ХСН диагностировались у 17,5–37,8 % и 15,9–29,2 % респондентов, соответственно (Рис. 2).

Большинство пациентов во всех центрах при поступлении имели целевой уровень АД. Примерно у 7–8 % больных отмечалась гипотония (Табл. 1), а часть больных (4,2–38,1 %) имели некоррегированную АГ.

Увеличение длительности комплекса QRS > 120 мс отмечено в трети случаев. У 15,9 % пациентов в ФМИЦ и у 20,8 % в СОККД величина комплекса QRS составляла более 150 мс. Аналогичные данные ОрГМА недоступны. Структура и функция миокарда оценивалась с помощью эхокардиографии, которая была выполнена 100 % пациентов, при этом учитывались результаты, полученные в течение последних 12 месяцев. ФВ ЛЖ у включённых больных во всех участвующих центрах была умеренно снижена и составляла около 27–32 % по Симпсон (Табл. 1).

Рентгеновское исследование органов грудной клетки при поступлении выполнено в ФМИЦ в 69,5 %, в ОрГМА — в 57,1 %, в СОККД — в 79,2 % случаев. Признаки застойных явлений в проекции корней легких выявлены в 39 %, 14,3 % и 50 %, соответственно.

Рисунок 2. Функциональный класс ХСН на момент госпитализации

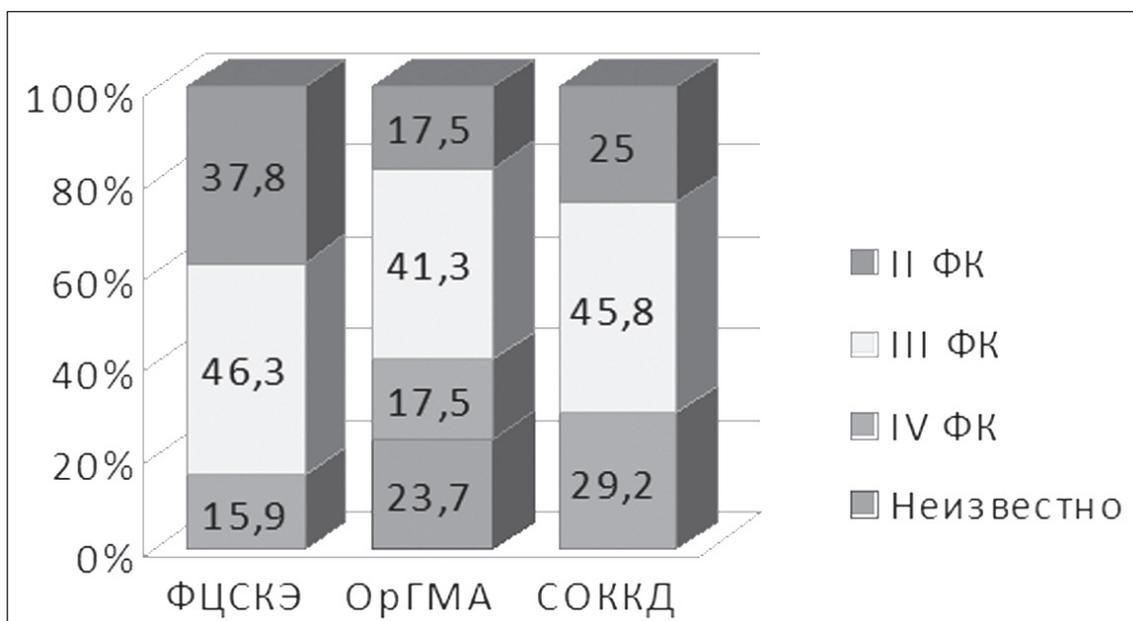
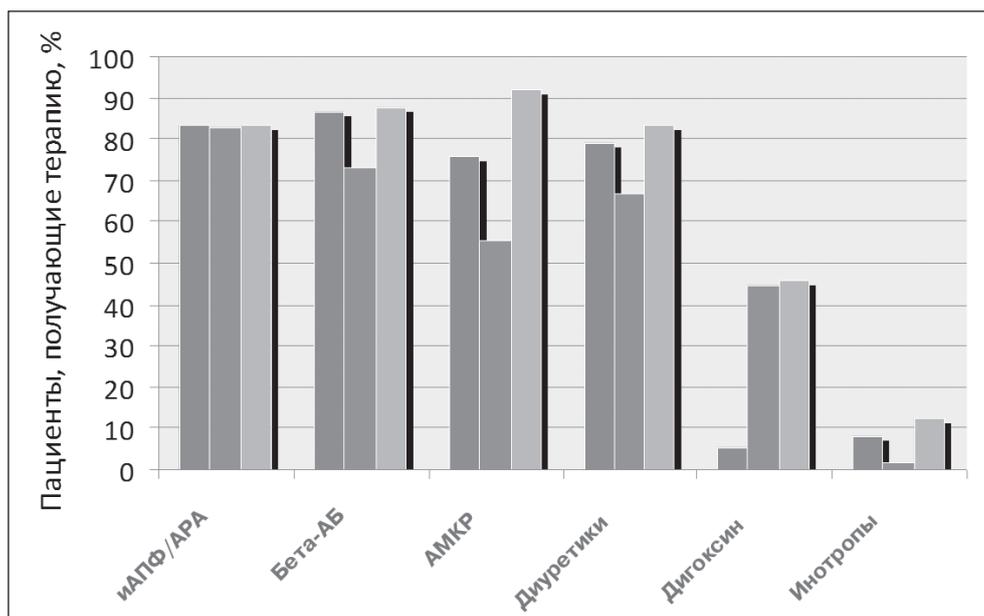


Рисунок 3. Процент больных ХСН, получающих лечение различными группами препаратов



Определение содержания натрийуретических пептидов в плазме было выполнено единичным больным в ФМИЦ (NT-proBNP), в других центрах аналогичный показатель не исследовали. Лабораторные показатели (в.т.ч. гемоглобин, креатинин, скорость клубочковой фильтрации, натрий) по центрам в настоящее время находятся в статистической обработке.

Терапия, длительность госпитализации. Медикаментозная терапия оценивалась при выписке из стационара (Рис. 3).

Во всех центрах около 82 % больных получали терапию ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или антагонистами рецепторов ангиотензинпревращающего фермента (АРА), более 70 % — терапию бета-адреноблокаторами (β -АБ) (карведилол, метопролола сукцинат, биспролол, небиволол). Диуретики различных фармакологических групп как в виде монотерапии, так и в комбинациях *per os* были назначены для постоянного приёма 66,7–83,3 % больных. Терапия антагонистами минералкортикоидных рецепторов (АМКР) на постгоспитальный этап была рекомендована в СОККД — в 91,7 %, в ФМИЦ — в 75,6 %, в ОрГМА — в 55,6 %, случаев. Намного чаще в ОрГМА и в СОККД, чем в ФМИЦ, проводилась терапия дигоксином — в 44,4 %, 45,8 % и 5,5 % случаев, соответственно. Применение инотропов (допамин, добутамин, мезатон, норадреналин, адреналин) составило в ОрГМА 1,6 %, ФМИЦ — 7,9 %, СОККД — 12,5 %.

Процент инструктированных о правилах жизни (согласно общепринятых образовательных программ для больных ХСН), включающих рекомен-

дации по терапии, диете, физической активности, мониторингованию веса (брошюра «5 ПРАВИЛ ЖИЗНИ С ХСН»), а также пациентов, информированных об интернет-ресурсе на русском языке для пациентов ХСН и их родственников (www.heartfailurematters.org), в ФМИЦ составил 100 %. Данные по ОрГМА, СОККД не были представлены.

В результате проведённого обследования и лечения в ФМИЦ были определены показания для имплантации ПЭКС — 3 (1,8 %), ИКД — 23 (14 %), СРТ — 14 (8,5 %) пациентам; одному больному рекомендовано выполнение трансплантации сердца. В СОККД 2 больным рекомендована имплантация ИКД и СРТ, соответственно. В ОрГМА показаний к ВТМЛ выявлено не было.

Средняя продолжительность стационарного лечения среди пациентов, включенных в RUS-HFR, составила 12, 16 и 20 дней в СОККД, ОрГМА и ФМИЦ, соответственно.

Обсуждение

RUS-HFR — госпитальный регистр больных с систолической ХСН, созданный и стартовавший в 2012г., первая регистрация данных в базе которого была произведена в октябре 2012г. В данной статье анализируются результаты, собранные на июнь 2013 г. по 251 пациентам. В настоящее время пополнение базы данных регистра продолжается.

В RUS-HFR средний возраст пациентов составил 60 лет, что сравнимо со средним возрастом пациентов, наиболее часто имеющих ХСН по данным исследований в РФ [11]. Возрастной показатель в иностранных регистрах по ХСН варьирует от 57 до 79 лет [5, 7, 8].

Как и в других российских исследованиях предыдущих лет, ИБС и АГ стали основными факторами развития ХСН у респондентов RUS-HFR, а встречаемость ХОБЛ, СД и ФП остались высокими [11]. Имея свои особенности, причины развития данного заболевания в РФ не отличаются от общеевропейских. По данным регистра ESC-HF Pilot, вобравшим в себя 5118 пациентов (63 и 37 % респондентов с хронической и острой сердечной недостаточностью, соответственно; более 64 % из которых в обеих группах имели ФВ ЛЖ < 45 %) ИБС и АГ выступали основными причинами ХСН преимущественно в странах восточной Европы. ХОБЛ, ФП и СД диагностировали у 15 %, 38,6–43,7 %, и 29,0–35,1 % пациентов, соответственно, причем ФП и СД являлись независимыми предикторами плохого прогноза [7]. Низкая встречаемость ДКМП в регистре, согласуется с данными Российской выборки исследования Euro Heart Survey [11].

Рентгеновское исследование органов грудной клетки при поступлении было выполнено в ФЦСКЭ в 69,5 %, в ОрГМА — в 57,1 %, в СОККД — в 79,2 % случаев, при этом *признаки застойных явлений в проекции корней легких выявлены лишь у 39 %, 14,3 % и 50 %* больных клинически выраженной ХСН, соответственно. Таким образом, выявлено расхождение клинического и рентгенологического диагнозов, что может быть связано с нацеленностью рентгенологов преимущественно на описание очаговой патологии легких. К сожалению, рентгенография органов грудной клетки имеет высокую вариабельность и низкую воспроизводимость. В крупном американском регистре ADHERE (85376 участников) 20 % пациентов госпитализированных с острой впервые возникшей сердечной недостаточностью или декомпенсированной ХСН не имели признаков лёгочного застоя по данным рентгенологического исследования [12]. Вероятно, следует констатировать снижение диагностической значимости этой рутинной процедуры в условиях повсеместного перехода на более технологичные методы лучевой диагностики, однако и определение уровня натрийуретических пептидов так и не вошло в реальную повседневную российскую практику диагноза ХСН. Низкая доступность оценки NT-proBNP или BNP наблюдается в странах восточной Европы и некоторых стран Средиземноморья [1].

По сравнению с данными 10-летней давности (ЭПОХА-ХСН, ЭПОХА-О-ХСН), а также результатами нашего исследования, посвященного анализу медикаментозной терапии пациентов ХСН в условиях *специализированной* клиники, проведенного 2002–2003 гг., процент больных в RUS-HFR, получающих иАПФ/АРА, β-АБ, АМКР существенно

увеличился и был сопоставим с показателями европейских регистров. К началу XXI века на отделении *сердечной недостаточности* ФМИЦ пациентам с ХСН III–IV ФК на постгоспитальный этап назначались в 77,9 % случаев β-АБ (среди которых 43,2 % — β-АБ соответствующие международным рекомендациям по курации таких больных), 82,5 % — иАПФ/АРА, 55,8 % — АМКР [13]. По данным амбулаторной части с ESC-HF Long-Term Registry (4792 участников) пациенты с ХСН получали 92,7 %, 92,2 %, 67,0 % β-АБ, иАПФ/АРА и АМКР, соответственно. Примерно 30 % пациентов амбулаторной выборки ESC-HF Long-Term Registry (7401 участников) получали целевые дозы данных препаратов. Назначение диуретиков *per os* в RUS-HFR на момент выписки было довольно высоким и не отличалось от результатов международных регистров, где 83,6 % респондентов при выписке получали данную группу препаратов [8]. Наиболее существенные различия между центрами выявлены в частоте назначения дигоксина, которая составила 5,5 % среди больных, включенных в ФМИЦ, и была в 8 раз выше в СОККД и ОрГМА. Пациенты, включенные в ЭПОХА-О-ХСН, получали сердечные гликозиды в 5,8 % случаев [14]. Частота назначения данного препарата по всем причинам как амбулаторно, так и на выходе из стационара в ESC-HF Long-Term Registry была около 20 %, при этом имела место достоверная разница в назначении дигоксина пациентам на амбулаторном этапе (19,5 %) и после выписки (26,4 %) [8]. В RUS-HFR инотропные агенты *в/в* назначали 1,6–12,5 % больных, а пациенты ESC-HF Long-Term Registry получали эти препараты в 11,9 % случаев [8]. Ввиду незначительного объёма выборки, причины назначения дигоксина и инотропных препаратов в RUS-HFR на текущий момент мы не анализировали.

Имплантированные устройства (*device therapy*) на момент поступления имели преимущественно пациенты ФМИЦ, помимо этого, еще 14 и 8,5 % больных при выписке были определены показания для постановки ИКД и СРТ, соответственно. В ESC-HF Pilot процент респондентов, подвергающихся электрофизиологическим методам лечения, зависел от уровня здравоохранения стран ЕЭС и колебался от 3,9 % до 18,4 % для ИКД и от 0,3 % до 11,9 % для СРТ [7]. В ESC-HF Long-Term Registry, несмотря на наличие показаний, имплантация таких устройств не планировалась в 44 и 40 % случаев, соответственно. Причинами такой ситуации выступали врачебная неосведомлённость, отказ больного и материально-технические аспекты [8].

Средняя продолжительность стационарного лечения среди пациентов, включенных в RUS-HFR

составила от 12 до 20 дней и была больше в ФМИЦ, что связано со спецификой работы центра, где большим ХСН выполнялись кардиохирургические вмешательства, а также наличием специализированного отделения, в котором проходят лечение пациенты с тяжелой ХСН. По данным ЭПОХА-О-ХСН в начале XXI века продолжительность койко-дня при декомпенсации ХСН в России составляла 27 дней, что значительно превышало аналогичные показатели в Европе (11 дней) и США (5 дней) [15].

Выводы

Итак, первый анализ результатов госпитального регистра Rus-HFR демонстрирует некоторые отчетливые тенденции в терапии больных ХСН в стационарах:

1. По сравнению с данными 10-летней давности (ЭПОХА-ХСН, ЭПОХА-О-ХСН), в целом «портрет» больного с систолической ХСН не изменился, однако стало больше больных, перенесших кардиохирургические вмешательства, а доля пациентов, получающих иАПФ/АРА, β-АБ и АМКР стала сопоставимой с показателями европейских регистров.

2. Наибольшее количество несоответствий рекомендациям по обязательной медикаментозной терапии выявляется у больных ХСН II ФК. Диуретическая терапия не назначается при клинически выраженной ХСН в 20–35 % случаев, а высокотехнологические методы терапии при ХСН II–IV ФК в стационарах-участниках Регистра рекомендуются недостаточно часто.

4. «Плановые» госпитализации (требующие коррекции медикаментозной терапии) составляют 12–36 %, а их длительность значительно превышает этот показатель в странах ЕС и США.

Ограничения исследования

Выбранные для включения в регистр центры являлись базовыми региональными кардиологическими стационарами, в которых участие в лечебном процессе принимают высоко квалифицированные научно-педагогические кадры.

Список сокращений

ХСН — хроническая сердечная недостаточность,
РФ — Российская Федерация,
ВТМЛ — высокотехнологические методы лечения,
RUS-HFR — RUSSIAN hoSPital Heart Failure Registry,
ФМИЦ — Федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова,
ОрГМА — Оренбургская государственная медицинская академия,
СОККД — Самарский областной клинический кардиологический диспансер,
ФВ ЛЖ — фракция выброса левого желудочка,

ТЭЛА — тромбоэмболия лёгочной артерии, ФК — функциональный класс,
ИБС — ишемическая болезнь сердца,
АГ — артериальная гипертензия,
ФП — фибрилляция предсердий,
СД — сахарный диабет,
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких,
ПЭКС — постоянный электрокардиостимулятор,
СРТ — сердечная ресинхронизирующая терапия,
ИКД — имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор,
АКШ — аортокоронарное шунтирование,
иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента,
АРА — антагонисты рецепторов ангиотензинпревращающего фермента,
β-АБ — бета-адреноблокаторы,
АМКР — антагонистами минералкортикоидных рецепторов.

Литература

1. *Seferovic P.M., Stroerk S., Filippatos G. et al.* Organization of HF management in European Society of Cardiology member countries: survey of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology in collaboration with the Heart Failure National Societies / Working Groups // *Eur. J. Heart Fail.* — 2013. — Vol. 15, № 9. — P. 947–959.
2. *Gregg C.* Improving Quality of Care and Outcomes for Heart Failure. Role of Registries // *Circ. J.* — 2011. — Vol. 75. — P. 1783–1790.
3. *Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G. 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) // *Eur. J. Heart Fail.* — 2008. — Vol. 10, № 10. — P. 933–989.
4. *Ситникова М. Ю., Лясникова Е. А., Трушкина М. А.* Хроническая сердечная недостаточность: эпидемиология и перспективы планирования // *Журнал Сердечная недостаточность.* — 2012. — Т. 13, № 6. — С. 372–376.
5. *Jonsson A., Ender M., Alehagen U. et al.* Heart failure registry: a valuable tool for improving the management of patients with heart failure // *Eur. J. Heart Fail.* — 2010. — Vol. 12, № 1. — P. 25–31.
6. *Hole T., Grundtvig M., Gullestad L. et al.* Improved quality of life in Norwegian heart failure patients after follow-up in outpatient heart failure clinics: results from the Norwegian heart failure registry // *Eur. J. Heart Fail.* — 2010. — Vol. 12, № 11. — P. 1247–1252.
7. *Maggioni A., Dahlström U., Filippatos G. et al.* EU-Observational Research Programme: regional differences and 1-year follow-up results of the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot) // *Eur. J. Heart Fail.* — 2013. — Vol. 15, № 10. — P. 808–817.

8. *Maggioni A., Anker S.D., Dahlström U. 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 // *Eur. J. Heart Fail.* — 2013. — Vol. 15, № 10. — P. 1173–1184.

9. *Фомин И.В., Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. и др.* Распространенность хронической сердечной недостаточности в Европейской части Российской Федерации — данные ЭПОХА-ХСН // *Журнал Сердечная Недостаточность.* — 2006. — Т. 7, № 1. — С. 4–7.

10. *Агеев Ф.Т., Даниелян М.О., Мареев В.Ю. и др.* Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) // *Журнал Сердечная недостаточность.* — 2004. — Т. 5, № 1. — С. 4–7.

11. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) 2009 года // *Журнал Сердечная Недостаточность.* — 2010. — Т. 11, № 1. — С. 3–62.

12. *Collins S., Lindsell C., Storrow A. et al.* Prevalence of negative chest radiography results in the emergency department patient with decompensated heart failure // *Ann. Emerg. Med.* 2006. — Vol. 47, № 1. — P. 13–18.

13. *Ситникова М.Ю., Нестерова И.В., Иванов С.Г. и др.* Роль специализированной клиники в реализации рекомендаций по лечению больных с хронической сердечной недостаточностью // *Журнал Сердечная недостаточность.* — 2005. — Т. 6, № 3. — С. 105–107.

14. *Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниелян М.О.* Первые результаты национального эпидемиологического исследования — Эпидемиологическое обследование больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) ЭПОХА-О-ХСН. От имени рабочей группы «Общества специалистов по сердечной недостаточности» // *Журнал сердечная недостаточность.* — 2003. — Т. 4, № 3. — С. 116 — 120.

15. *Cowie M.R.* Clinical and economic burden of chronic heart failure // *Medicographia.* — 2011. — Vol. 33. — P. 370–376.