



Оригинальные исследования / Original research

© ХРАМЧЕНКО М. А., КАРПЕНКОВА А. Д., ПЕТРОВА М. М., КАСКАЕВА Д. С.

УДК 616.1(571.51-25)

DOI: 10.20333/2500136-2020-5-63-69

Особенности тактики ведения амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистой коморбидностью в городе Красноярске

М. А. Храмченко¹, А. Д. Карпенкова¹, М. М. Петрова^{1,2}, Д. С. Каскаева¹

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Профессорская клиника Красноярского государственного медицинского университета, Красноярск 660049, Российская Федерация

Цель исследования. Рассмотреть и изучить структуру сердечно-сосудистого континуума в рамках коморбидной патологии амбулаторно-поликлинического звена Красноярска. Оценить качество амбулаторного ведения пациентов в соответствии с современными клиническими рекомендациями.

Материал и методы. Для проведения одномоментного ретроспективного анализа взяты 1928 амбулаторных карт кардиоваскулярных пациентов Красноярска, которые были на приеме у участкового терапевта в 2018 году. Статистически значимыми являлись различия при значениях $p < 0,05$.

Результаты. Коморбидная патология наблюдается у пациентов с ССЗ в 87 % случаев и с увеличением возраста отмечается ее рост. Выявлено, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ожирение ассоциированы с сахарным диабетом 2 типа (СД-2). При применении антигипертензивной терапии у 43,2 % пациентов были достигнуты показатели артериального давления (АД) $< 140/80$ мм рт.ст. В 46,8% случаев у пациентов, которым назначались статины, были зафиксированы значения общего холестерина (ОХС) $< 5,0$ ммоль/л. Только у 18,5 % больных с СД-2, соблюдающих гиполипидемическую терапию, наблюдался уровень ОХС $< 4,5$ ммоль/л, а при хронической болезни почек (ХБП) – лишь у 15,9%. На фоне приеме препаратов группы б-адреноблокаторов частота сердечных сокращений (ЧСС) < 80 уд/мин отмечена у 75 % больных.

Заключение. Кардиоваскулярная коморбидность среди пациентов широко распространена и ее показатели доказательно повышаются с увеличением возраста. Антигипертензивная, гиполипидемическая и антитромботическая терапии не вполне соответствуют современным клиническим рекомендациям. Необходимо индивидуализировать подход к пациентам с сочетанной патологией, обеспечить их комплексную диагностику, лечение и в должной мере информировать население по первичной и вторичной профилактике.

Ключевые слова: кардиоваскулярные заболевания, коморбидность, амбулаторно-поликлиническая практика, хроническая болезнь почек (ХБП), нарушения углеводного обмена.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Храмченко МА, Карпенкова АД, Петрова ММ, Каскаева ДС. Особенности тактики ведения амбулаторных пациентов с сердечно-сосудистой коморбидностью в городе Красноярске. *Сибирское медицинское обозрение.* 2020;(5):63-69. DOI: 10.20333/2500136-2020-5-63-69

Tactics features for managing out-patients with cardiovascular comorbidity in Krasnoyarsk city

M. A. Khranchenko¹, A.D. Karpenkova¹, M. M. Petrova^{1,2}, D. S. Kaskaeva¹

¹Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²Professorial clinic of Krasnoyarsk state medical University, Krasnoyarsk 660049, Russian Federation

The aim of the research is to study the structure of cardiovascular continuum within comorbid pathology within outpatient clinic of Krasnoyarsk; to evaluate the quality of out-patients management in accordance with modern clinical guidelines.

Material and methods. To conduct a single retrospective analysis, 1928 medical records of Krasnoyarsk cardiovascular out-patients were taken. All the patients consulted local therapists in 2018. Differences were statistically significant at $p < 0.05$.

Results. Comorbid pathology is observed in patients with CVD in 87% of cases, and its growth is noted with age. It was revealed that ischemic heart disease (CHD) and obesity are associated with type 2 diabetes mellitus (DM-2). When using antihypertensive therapy, 43.2% of patients achieved blood pressure (BP) values $< 140/80$ mm Hg. In 46.8% of cases, patients who were prescribed statins had total cholesterol (TC) values < 5.0 mmol / L. Only 18.5% of patients with DM-2, following lipid-lowering therapy had a total cholesterol level < 4.5 mmol / L, that was also registered only in 15.9% of patients with chronic kidney disease (CKD). Heart rate (HR) < 80 beats / min was observed in 75% of patients taking drugs of b-blocker group.

Conclusion. Cardiovascular comorbidity among patients is widespread and its rates are evidenced to increase with age. Antihypertensive, lipid-lowering and antithrombotic therapy do not fully comply with current clinical guidelines. It is necessary to individualize the approach to patients with combined pathology; to provide comprehensive diagnosis, treatment, and to inform the population on primary and secondary prevention adequately.

Key words: cardiovascular diseases, comorbidity, outpatient practice, chronic kidney disease (CKD), disorders of carbohydrate metabolism.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Khranchenko MA, Karpenkova AD, Petrova MM, Kaskaeva D S. Tactics features for managing out-patients with cardiovascular comorbidity in Krasnoyarsk city. *Siberian Medical Review.* 2020; (5):63-69. DOI: 10.20333/2500136-2020-5-63-69

Введение

По результатам клинических исследований, в совокупности с данными известных эпидемиологических ассоциаций, в структуре общей смертности во всем мире сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают первое место [1]. Каждый год приблизительно 17,5 млн. человек умирает по причине ССЗ (ВОЗ). Существенное влияние на этот показатель оказывает кардиоваскулярная коморбидность, которая представляет собой наличие у одного пациента двух или более хронических заболеваний, которые этиопатогенетически взаимосвязаны между собой или же независимо от активности каждого из них совпадают по времени появления [2]. Согласно сведениям зарубежных и отечественных источников, коморбидность наблюдается от 21 % до 98 % случаев у больных [3]. С увеличением возраста она встречается чаще. Кроме влияния на здоровье, растущая волна кардиоваскулярной патологии обуславливает серьезные предпосылки для коррекции и модернизации существующих структур здравоохранения. Безудержный рост заболеваемости ССЗ, в совокупности с глобальной эпидемией ожирения, обуславливает необходимость поиска взаимосвязи данных состояний с клинической точки зрения.

Врачам первичного звена необходимо внимательнее относиться к пациентам с кардиоваскулярной коморбидностью для оптимизации шансов длительного контроля здоровья популяции. Однако при этом существуют определенные трудности, так как сохраняется вынужденная полипрагмазия, которая подразумевает возникновение нарушений правил рациональной фармакотерапии вследствие приема большого числа лекарственных средств, что в свою очередь осложняет течение уже имеющихся заболеваний [4,5]. Таким образом, для клиницистов и пациентов важно использовать консолидированный подход к управлению факторами риска для лечения и предупреждения возникновения сочетанной патологии.

Малоподвижный образ жизни способствует появлению избыточного веса и ожирения, которые, в свою очередь, становятся причиной развития и прогрессирования кардиоваскулярной патологии: происходит нарушение углеводного обмена, повышается АД, возрастает уровень атерогенных липидов, вызывая локальное воспаление и дисфункцию эндотелия [6,7].

Согласно данным ВОЗ, гипертоническая болезнь (ГБ) и атеросклероз являются наиболее частыми причинами преждевременной смерти, так как они имеют полисистемность поражения и вызывают такие осложнения, как нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда и почечная недостаточность [3,8]. СД-2 также имеет негативное влияние на течение ССЗ, так как приводит к изменению стенок со-

удов, тем самым повышая показатели осложнений и смертности [9,10].

Данное исследование нацелено на изучение приверженности Клиническим рекомендациям по диагностике и лечению ССЗ в поликлиниках Красноярска.

Материал и методы

Выполнен одномоментный ретроспективный анализ по данным 1928 амбулаторных карт (форма № 025/у-04) больных, имеющих ССЗ в анамнезе, возрастом 18 лет и более, на базе поликлиник Красноярска. Все исследуемые были выбраны случайным образом. Критериями включения являлись: отметка в амбулаторной карте о посещении участкового врача-терапевта в 2018 г. с имеющимся диагнозом ССЗ, а также наличие записей о лечении, результатах выполненных анализов и исследований, а именно: уровень общего холестерина (ОХС), глюкозы плазмы крови, показатели артериального давления (АД), значение частоты сердечных сокращений (ЧСС). Критериев исключения нет.

MicrosoftOfficeExcel 2010 была использована для составления базы данных. При проведении статистической обработки полученных результатов использовали программу Statsoft Statistica10.0, после чего была подтверждена гипотеза о нормальном распределении. В исследование были использованы абсолютные и относительные значения – n (%), отражающие номинальные и категориальные переменные, среднее значение и стандартное отклонение ($M \pm m$) – количественные переменные. t -критерий Стьюдента применяли с целью оценки статистической значимости различий средних величин. Критерий χ^2 был использован в исследовании в случаях сравнения двух несвязанных групп по качественному признаку. Различия между сравниваемыми переменными являются достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В ходе исследования были отобраны методом случайной выборки 1928 амбулаторных карт кардиоваскулярных больных. Среди всех пациентов, средний возраст которых составил $63,6 \pm 12,7$ лет, преобладали лица женского пола – 58,6 % ($n=1130$), соответственно мужчин – 41,4 % ($n=798$). Средний возрастной показатель среди женщин – $65,1 \pm 12,7$ лет, среди мужчин – $61,6 \pm 12,7$ лет. Различия в возрасте являются статистически значимыми, поскольку уровень $p < 0,05$.

Согласно классификации ВОЗ (2008 г.), все пациенты, вошедшие в исследование, были разделены на 5 возрастных групп: молодые, младше 44 лет – 7,8 %, лица среднего возраста, 45-59 лет – 25,1 %, пожилые, 60-74 лет – 48,1 %, лица старческого возраста, 75-90 лет – 18,3 %, долгожители, старше 90 лет – 0,7 % (рисунки 1).

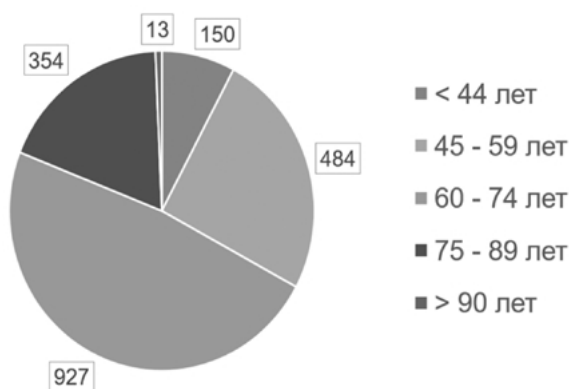


Рисунок 1. Распределение пациентов по возрастным группам.

Figure 1. Distribution of patients by age groups.

Частота встречаемости общей коморбидности среди всех исследуемых составила 87%. Показатель частоты встречаемости сочетанных заболеваний у пациентов увеличивался пропорционально возрасту: у молодых больных – 76 %, у лиц среднего возраста – 89,7 %, у пациентов старше 60 – 93 %, что является статистически значимым ($p < 0,05$).

В ходе анализа выявлено, что количество пациентов, имеющих кардиоваскулярную коморбидность, превышает уровень больных с изолированными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Наиболее часто встречается сочетание – ГБ и ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая сердечная недостаточность (ХСН), которое наблюдается у 29 % ($n=560$) исследуемых. Далее по частоте встречаемости: сочетание ГБ и ИБС – 26 % ($n=501$), ГБ и ХСН – 7,3 % ($n=141$).

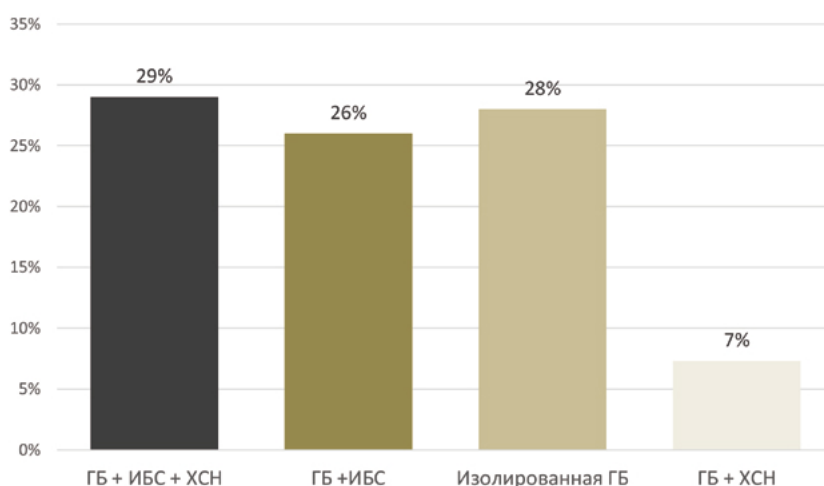


Рисунок 2. Варианты кардиоваскулярной коморбидности по частоте встречаемости.

Примечание: ГБ – гипертоническая болезнь, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз.

Figure 2. Variants of cardiovascular comorbidity in terms of occurrence frequency.

Note: HT – hypertension, CHF – chronic heart failure, IHD – ischemic heart disease, PICS – postinfarction cardiosclerosis.

Изолированная сердечно-сосудистая патология наблюдается в 31 % ($n=597$) случаев. На долю изолированной ГБ приходится 28,4 % ($n=551$) пациентов, а на изолированную ИБС – 2 % ($n=40$) (рисунок 2).

Осложнения ССЗ выявляются у 18,5 % ($n=356$) исследуемых, которые были распределены следующим образом: ПИКС установлен у 12 % ($n=229$) пациентов, причем среди лиц мужского пола данное осложнение выявляется чаще – в 13,7 % ($n=109$) случаев, чем среди женщин – в 10,6 % ($n=120$), $p < 0,05$; острое нарушение мозгового кровообращения/ транзиторная ишемическая атака (ОНМК/ТИА) зарегистрированы у 8 % ($n=155$) исследуемых: у 8,1 % ($n=65$) мужчин и у 7,9 % ($n=90$) женщин, $p < 0,05$.

Хроническая болезнь почек (ХБП) является одним из основных факторов риска смерти. Данное заболевание встречается у 10 % исследуемых. Наиболее часто ХБП наблюдается у лиц старше 60 лет и составляет около 80 % ($n=152$) среди пациентов данной группы, в то время как у больных младше 60 лет данная патология встречается лишь приблизительно в 20 % ($n=39$) случаев. У пациентов 60 лет и более ХБП сочетается с ИБС в 84,7 % ($n=138$) случаев, с ХСН – в 88,7 % ($n=102$), с ПИКС – в 85 % ($n=56$) и с ОНМК/ТИА – в 90 % ($n=20$). Только у 44 % больных с ХБП достигнуты уровни целевого АД < 135/85 мм рт.ст., что, вероятно, подтверждает необходимость более тщательного подхода к больным, вследствие затруднений в достижениях целевых показателей АД при ГБ с фоном почечной недостаточности. Средний показатель ЧСС составляет $73,9 \pm 8,6$ уд/мин.

В ходе анализа амбулаторных карт у 26 % пациентов диагностирован СД-2. Нарушение углеводного

обмена чаще наблюдается у женщин – 68 % (n=337) случаев, по сравнению с мужчинами – 32 % (n=156), $p < 0,05$. Установлено, что гипергликемия выступает как отягощающий фактор прогрессирования атеросклероза и утяжеления течения стенокардии напряжения, что подтверждается следующими полученными показателями: у 65,7 % (n=324) лиц с СД-2 выявлена ИБС, а у пациентов с нормогликемией только у 54,3 % (n=817); ПИКС установлена в 15,4 % (n=76) больных с нарушением углеводного обмена, в то время как при у лиц без СД-2 в 10,2 % (n=153) случаев; ОНМК/ТИА диагностированы у 9,7 % (n=48) пациентов с гипергликемией и у 7,1 % лиц с нормогликемией, $p < 0,05$.

Приблизительно 40 % (n=774) пациентов, вошедших в исследование, имеют ожирение. У лиц, имеющих СД-2 в анамнезе, значительное превышение массы тела наблюдается в 2 раза чаще – 62,5 % (n=308), чем у больных с нормальным углеводным обменом – 31 % (n=466), ($p < 0,05$), что говорит о необходимости более комплексного подхода к данной группе пациентов.

Установлено, что часто ССЗ сочетались с заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 30 % (n=574) случая, из них на долю хронического гастрита пришлось – 21,1 % (n=407), а пациенты с язвенной болезнью составили – 8,7 % (n=167). Также выявлено, что у пациентов с сердечно-сосудистыми нозологиями были диагностированы заболевания органов дыхания в 14,3 % (n=276) случаев: хроническая обструктивная болезнь (ХОБЛ) наблюдалась у 6,3 % (n=122), бронхиальная астма составила 8 % (n=154). Онкологические заболевания регистрировались у 8,9 % (n=171) больных, анемии у 6,6 % (n=127) пациентов, ревматоидный артрит – 2,4 % (n=46) и подагра – 3,7 % (n=72).

При проведении анализа изучался вопрос адекватности назначения лекарственных терапий: антигипертензивной, анти тромботической и гиполипидемической.

В процессе исследования было выявлено, что на фоне проведения антигипертензивной терапии только у 43,2 % (n=833) лиц были достигнуты целевые значения артериального давления (АД) – $< 140/90$ мм

рт.ст. Установлено, что 1 антигипертензивный препарат принимали 2,6% пациентов (n=50), 2 препарата – 11,7% исследуемых (n=225), 3 препарата – 51,8% (n=995), 4 и более препарата – 32,8% (n=630).

Показатели АД $< 140/90$ мм рт.ст. были установлены в 49,7 % (n=113) случаев ПИКС, 46 % (n=523) – ИБС, 51,6 % (n=80) – ОНМК/ТИА, 45,3 % (n=86) – ХБП, 44,4 % (n=217) – СД-2.

Самой назначаемой группой антигипертензивных препаратов стали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ), которые были выписаны у 47,5 % (n=916) пациентов. Наиболее распространенным препаратом является эналаприл – 54,5 % (n=499), который больше всего был представлен в дозировке 10 мг в сутки – 40,8 % (n=204) (таблица 1).

Среди всех исследуемых было выявлено только 0,9 % (n=17) лиц, принимающих фиксированные лекарственные формы. Данные показатели подтверждают, что на сегодняшний день проблема полипрагматии не решена.

Средний уровень общего холестерина (ОХС) у лиц женского пола – $5,1 \pm 1,3$ ммоль/л, что превышает данный показатель у мужчин – $5,0 \pm 1,3$ ммоль/л ($p < 0,05$). Статины были выписаны 56,3 % (n=1085) пациентов с ССЗ, однако ОХС $< 5,0$ достигли лишь 46,8 % из них. 40,1 % лиц с атеросклерозом, придерживающиеся гиполипидемической терапии, имели средний уровень ОХС ($5,5 \pm 1,3$ ммоль/л). Данный показатель доказательно был выше, чем среднее значение ОХС у 47,6 % пациентов без гиперлипидемии – ($4,7 \pm 1,3$ ммоль/л), $p < 0,05$. С целью снижения сердечно-сосудистых осложнений исследуемым чаще всего были выписаны такие препараты, как: аторвастатин – в 69,7 % (n=756) случаев, и розувастатин – в 12,7 % (n=138), при этом значение ОХС $< 5,0$ ммоль/л был достигнут лишь у 48,7 % (n=368) и у 57,2 % (n=79) лиц соответственно. Полученные результаты подчеркивают большую эффективность розувастина, по сравнению с аторвастатином. Самые часто назначаемые дозировки по аторвастатину – 10 мг у 25 % (n=190) пациентов и 20 мг у 48 % (n=363), по розувастатину – 10 мг у 26 % (n=36) больных и 20 мг у 50,7 % (n=70) (таблица 2).

Таблица 1

Основные классы антигипертензивных препаратов и их представители, назначаемые в когорте исследуемых пациентов

Table 1

The main classes of antihypertensive drugs and their representatives prescribed in the studied patients' cohort

	Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ)	Блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА)	Тиазидные диуретики (ТД)	Бета-адреноблокаторы (БАБ)	Антагонисты кальция (АК)
Препарат/ к-во назначений	Эналаприл (n=499)	Лозартан (n=415)	Индапамид (n= 616)	Бисопролол (n=733)	Амлодипин (n=408)
	Периндоприл (n=334)	Валсартан (n=65)	Гидрохлортиазид (n=102)	Метопролол (n=241)	Нифедипин (n=74)

Таблица 2

Препараты и их дозировки, назначаемые в качестве гиполлипидемической терапии

Table 2

Drugs and their dosages prescribed as lipid-lowering therapy

Препарат	Дозировка, назначенного препарата	Общее пациентов, принимающих препарат	Пациенты, достигшие целевых значений	% пациентов, нуждающихся в коррекции терапии
Розувастатин	10 мг	36	12	66,6%
	20 мг	70	37	47,1%
Аторвастатин	10 мг	190	45	76,3%
	20 мг	363	168	53,7%
	40 мг	64	26	59,3%
Симвастатин	10 мг	14	7	50%
	20 мг	61	28	54,1%

Среди 71,3 % (n=1756) исследуемых с установленным диагнозом ИБС без инфаркта миокарда, которым были выписаны статины, лишь 12,5 % (n=132) из них имели значение ОХС < 4,0 ммоль/л. Также статины были назначены пациентам с ОНМК/ТИА в 80,7 % (n=117) случаев. Среди них 18 % (n=26) больных достигли уровня ОХС < 4,0. Пациенты с ПИКС принимали статины в 79 % (n=167) случаев, однако цифры ОХС < 4,0 отмечались лишь у 14,7 % (n=31) из них. При атеросклерозе 97,6 % (n=993) больных получали статины, но целевые значения ОХС были достигнуты только у 41,7 % (n=415), что также говорит о необходимости более тщательной коррекции лекарственной терапии.

В группе больных, имеющих СД-2, значения ОХС < 4,5 ммоль/л зарегистрированы у 18,5 % (n=84) пациентов при условии, что гиполлипидемической терапии придерживаются 61,4 % (n=278). У исследуемых с ХБП статины принимали в 66,5 % (n=113) случаев, однако только 16 % (n=27) имели показатель ОХС < 4,5.

Антитромбоцитарная терапия была назначена 38,8 % (n=745) пациентам, среди которых были 52,3 % (n=597) больных с ИБС 52,5 % (n=393) пациентов с ХСН и 54,8 % (n=85) исследуемых, имеющих ОНМК/ТИА в анамнезе. 38,7% (n=191) пациентов с СД-2 придерживались данной терапии. Больные ПИКС, которые принимали двойную антитромбоцитарную

терапию, составили 74,7 % (n=171), $p < 0,05$, что говорит о более осторожном отношении к этой группе пациентов. Установлено, что наиболее назначаемыми препаратами являются ацетилсалициловая кислота – 66,4 % (n=495) и клопидогрель – 26,8 % (n=200).

У пациентов, вошедших в исследование, средний показатель ЧСС равен $73,9 \pm 8,6$ уд/мин. Средние значения пульса между лицами двух возрастных групп: до 60 лет ($74 \pm 8,6$ уд/мин.) и после 60 лет ($74 \pm 8,6$ уд/мин.) – не имели статистически значимых различий ($p < 0,05$). Пациенты, имеющие ГБ в анамнезе, имели более высокие показатели ЧСС – ($74,1 \pm 8,6$ уд/мин), по сравнению с лицами без данной нозологии – ($71,7 \pm 8,7$ уд/мин). При проведении анализа было выявлено, что для урежения пульса чаще всего применялись препараты группы β -адреноблокаторов – 61 % (n=1175). Установлено, что только у 25,2 % (n=294) целевые значения ЧСС < 80 уд/мин достигнуты не были.

Выявлено, что наиболее применяемыми препаратами этой группы стали бисопролол – 63 % (n=733) и метопролол сукцинат – 20,7 % (n=241). Среди лиц, которым был выписан бисопролол, показатели ЧСС < 80 уд/мин были получены у 83,3 % (n=508) из них, метопролол был эффективен у 85,3 % (n=204) пациентов, ($p < 0,05$) (таблица 3). Наиболее часто применяемая

Таблица 3

Сравнительная таблица представителей группы β -адреноблокаторов: бисопролол и метопролол

Table 3

Comparative table of representatives of β -blockers group: bisoprolol and metoprolol

Показатель	Бисопролол (n=733)		Метопролол (n=241)	
	5 мг	10 мг	50 мг	100 мг
Количество пациентов	n=226	n=170	n=97	n=30
% пациентов, достигших целевой уровень ЧСС	90,4%	87%	81,3%	93%
Средний уровень ЧСС	$72 \pm 8,5$	$73,1 \pm 8,6$	$71,9 \pm 8,5$	$71,8 \pm 8,6$
P=	0,038	0,04	0,037	0,039

Note: differences between the groups taking bisoprolol and metoprolol were identified using Student's t-test ($p < 0.05$).

дозировка по биспрололу – 5 мг, которая была назначена при ИБС в 12 % (n=138) случаев, при ПИКС в 15,3 % (n=35) и показала свою эффективность у 81,9 % и 68,6 % пациентов соответственно, (p<0,05). При применении метопролола чаще назначалась дозировка 50 мг у 6 % лиц (n=69) с ИБС и 6,1 % (n=14) – больных с ПИКС, (p<0,05). Эффективность данной дозы препарата была отмечена у 85,5 % (n=59) пациентов, имеющих ИБС, и 71,4 % (n=10) лиц с ПИКС, (p<0,05). В группе пациентов, имеющих стенокардию напряжения (n=664), у 75 % лиц отмечалось достижение целевых цифр ЧСС. Полученные результаты свидетельствуют о том, что, несмотря на небольшую дозировку β -адреноблокаторов, у большего количества больных были достигнуты целевые значения ЧСС, (p<0,05).

Заключение

Коморбидность широко распространена среди пациентов с ССЗ, что значительно увеличивает риск развития кардиоваскулярных катастроф. Сердечно-сосудистая коморбидность существенно усиливает танатогенный потенциал АГ, усугубляет прогноз для жизни пациента, и что особо важно, имеет тенденцию к росту с увеличением возраста пациентов. Установлено, что на фоне антиромбоцитарной, гиполипидемической и антигипертензивной терапии, проводимой в Красноярске, наблюдается низкий уровень достижения целевых значения АД, ОХС, что свидетельствует о недостаточном соответствии лечения современным клиническим рекомендациям, так как в большинстве случаев пациентам были назначены низкие дозы препаратов. Таким образом, необходимо индивидуализировать подход к каждому пациенту с коморбидностью, обеспечить комплексную диагностику и лечение. Ключевая роль должна принадлежать терапевту широкого профиля или врачу общей практики, а также необходим многосторонний подход к профилактике и лечению сосудистой коморбидности, что положительно повлияет на ситуацию в целом.

Литература / References

1. Заводчикова ЕН, Ракова НВ. Профилактика внезапной сердечно-сосудистой смертности: фокус на жизнеугрожающие нарушения ритма сердца. *Лекарственный вестник*. 2018;1(69):3-8. [Zavodchikova EN, Rakova NV. Prevention of sudden cardiovascular mortality: focus on life-threatening heart rhythm disorders. *Lekarstvennyj Vestnik*. 2018;1(69):3-8. (In Russian)]

2. Низов АА, Сучкова ЕИ, Дашкевич ОВ, Трунина ТП. Кардиоваскулярная коморбидность в реальной практике амбулаторного врача. Сравнительное регистрационное исследование в Рязанской области. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(2):70-75. [Nizov AA, Suchkova EI, Dashkevich OV, Trunina TP.

Cardiovascular comorbidity in the real practice of an outpatient doctor. A comparative register-based study in the Ryazan region. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(2):70-75. (In Russian)] DOI: 10/15829/1728-8800-2019-2-70-75

3. Оганов РГ, Денисов ИН, Симаненков ВИ, Бакулин ИГ, Бакулина НВ, Болдуева СА, Барбараш ОН, Гарганеева НП, Дощицин ВЛ, Драпкина ОМ, Дудинская ЕН, Котовская ЮВ, Лила АМ, Мамедов МН, Мурданов БУ, Миллер ОН, Петрова ММ, Поздняков ЮМ, Рунихина НК, Сайганов СА, Тарасов АВ, Ткачева ОН, Уринский АМ, Шальнова СА. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;6(16): 5-56. [Oganov RG, Denisov IN, simanenkov VI, Bakulin IG, Bakulina NV, Boldueva SA, Barbarash ON, Garganeeva NP, Doschitsin VL, Drapkina OM, Dudinskaya EN, Kotovskaya SE, Lila AM, Mamedov MN, Murdanov BU, Miller ON, Petrova mm, Pozdnyakov YUM, Runikhina NK, saiganov SA, Tarasov AV, Tkacheva ON, Urinsky AM, Shalnova SA. Comorbid pathology in clinical practice. Clinical recommendations. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;6(16): 5-56. (In Russian)]

4. Сизова ЖМ, Ших ЕВ, Байчоров ИХ, Дорофеева МН. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия при лечении коморбидных больных артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинической практике. *Поликлиника*. 2015; 1(2): 13-18. [Sizova ZhM, Shikh EV, Baychorov IH, Dorofeeva MN. Polypragmasia and drug interactions in the treatment of comorbid patients with arterial hypertension in outpatient practice. *Polyclinics*. 2015; 1(2): 13-18. (In Russian)]

5. Храмченко МА, Карпенкова АД, Петрова ММ, Каскаева ДС. Кардиоваскулярная патология в клинической практике участкового врача-терапевта на примере города Красноярска. *Сибирский медицинский журнал*. 2020;35(2):167-173. [Khranchenko MA, Karpenkova AD, Petrova MM, Kaskaeva DS. cardiovascular pathology in the clinical practice of a district General practitioner on the example of the city of Krasnoyarsk. *Siberian Medical Journal*. 2020;35(2):167-173. (In Russian)] DOI: 10.29001/2073-8552-2020-35-2-167-173

6. Осадчук МА, Солodenкова КС. Медиаторы воспаления: роль в развитии сосудистых поражений и оценке кардиоваскулярного риска. *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*. 2016; 9(4): 63-72. [Osadchuk MA, Solodenkova KS. Inflammatory mediators: role in the development of vascular lesions and assessment of cardiovascular risk. *Cardiology and Cardiovascular Surgery*. 2016; 9(4): 63-72. (In Russian)] DOI: 10.17116/kardio20169463-72

7. Чумакова ГА, Кузнецова ТЮ, Дружилов МА, Веселовская НГ. Висцеральное ожирение как глобальный фактор сердечно-сосудистого риска.

Российский кардиологический журнал. 2018;23(5):7-14. [Chumakova GA, Kuznetsova TY, Druzhilov MA, Veselovskaya NG. Visceral obesity as a global factor of cardiovascular risk. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;23(5):7-14. (In Russian)] DOI: 10.15829/1560-4071-2018-5-7-14

8. Недогода СВ, Вёрткин АЛ, Наумов АВ, Барыкина ИН, Салосюк АС. Ожирение и коморбидная патология в практике поликлинического врача. *Амбулаторный прием*. 2016; 2:1(4): 4-15. [Nedogoda SV, Vertkin AL, Naumov AV, Barykina IN, Salasyuk AS. Obesity and comorbid pathology in the practice of a polyclinic doctor. *Ambulatornyj Priem*. 2016; 2:1(4): 4-15. (In Russian)]

9. Волкова ЕА, Малыгина ОФ. Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания. Актуальный подход к модификации образа жизни и лечению пациентов с сахарным диабетом 2-го типа. *Consilium Medicum* 2019; 21(1):74-80. [Volkova EA, Malygina OF. Diabetes mellitus and cardiovascular diseases. Current approach to lifestyle modification and treatment of patients with type 2 diabetes. *Consilium Medicum*. 2019; 21(1):74-80. (In Russian)] DOI: 10.26442/20751753.2019.1.190273

10. Рудой АС, Бова АА, Ливенцева ММ. Особенности лечения артериальной гипертензии в отдельных клинических ситуациях. Фокус на кардиоренальную протекцию. *Военная медицина*. 2019;4(2):85-93. [Rudoy AS, Bova AA, Liventseva MM. Features of treatment of arterial hypertension in certain clinical situations. Focus on cardiorenal protection. *Military Medicine*. 2019;4(2):85-93. (In Russian)]

Сведения об авторах

Храмченко Мария Анатольевна, субординатор кафедры поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +79029560138; e-mail: clery6796@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-6164-1659

Карпенкова Елена Дмитриевна, субординатор кафедры поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +79029118534; e-mail: pobejdaujay@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-9058-8818

Петрова Марина Михайловна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; Профессорская клиника Красноярского государственного медицинского университета; адрес: Российская Федерация, 660049, г. Красноярск, ул. Проспект Мира, д. 5; e-mail: stk99@yandex.ru, http://orcid.org/0000-0002-8493-0058

Каскаева Дарья Сергеевна, к.м.н., доцент, завуч кафедры поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; e-mail: dashakas@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-0794-2530

Author information

Maria A. Khranchenko, Sub-Intern Resident, Department of Polyclinic Therapy and Family Medicine with CME Course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79029560138; e-mail: clery6796@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-6164-1659

Alena D. Karpenkova, Sub-Intern Resident, Department of Polyclinic Therapy and Family Medicine with CME Course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +79029118534; e-mail: pobejdaujay@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-9058-8818

Marina M. Petrova, Dr. Med. Sci., Professor, Chief of the Department of Polyclinic Therapy and Family Medicine with CME Course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Professorial clinic of Krasnoyarsk state medical University; Address: 5, Prospekt Mira Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660049; e-mail: stk99@yandex.ru, http://orcid.org/0000-0002-8493-0058

Daria S. Kaskaeva, Cand. Med. Sci., Associate Professor, Head of the Department of Polyclinic Therapy and Family Medicine with CME Course, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; e-mail: dashakas@mail.ru, http://orcid.org/0000-0002-0794-2530

Дата поступления: 14.09.2020

Дата рецензирования: 03.10.2020

Принята к печати: 05.10.2020

Received 14 September 2020

Revision Received 03 October 2020

Accepted 05 October 2020



This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.