

Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и странах Европы: результаты международного многоцентрового исследования EUROASPIRE III

Г.В. ПОГОСОВА, Р.Г. ОГАНОВ, И.Е. КОЛТУНОВ, О.Ю. СОКОЛОВА, Ю.М. ПОЗДНЯКОВ, В.А. ВЫГОДИН, И.Д. САПУНОВА, И.Б. РЫЖИКОВА, А.В. КАРПОВА, Н.А. ЕЛИСЕЕВА

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

Monitoring of Secondary Prevention of Ischemic Heart Disease in Russia and European Countries: Results of International Multicenter Study EUROASPIRE III

G.V. POGOSOVA, R.G. OGANOV, I.E. KOLTUNOV, O.YU. SOKOLOVA, YU.M. POZDNYAKOV, V.A. VYGODIN, I.D. SAPUNOVA, I.B. RYZHIKOVA, A.V. KARPOVA, N.A. ELISEEVA

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

В настоящее время мы располагаем обширным арсеналом вмешательств, которые с позиций доказательной медицины продемонстрировали свою эффективность при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ). Эффективные алгоритмы тактики диагностики и лечения заболеваний изложены в соответствующих клинических рекомендациях, выпускаемых и регулярно обновляемых международными и национальными профессиональными сообществами. Имеются доказательства того, что клиническая практика, соответствующая принятым рекомендациям, ассоциируется с улучшением прогноза у пациентов с ССЗ [1].

В то же время заболеваемость и смертность от ССЗ остаются неприемлемо высокими во всем мире. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ССЗ ежегодно уносят 16,7 млн жизней в мире [2], причем 85% смертей приходится на страны с низким и средним уровнем дохода [3]. Европейский регион не является исключением: 49% всех смертей здесь обусловлены ССЗ, причем примерно в 50% случаев причиной смерти является ишемическая болезнь сердца (ИБС), а в $\frac{1}{3}$ — мозговой инсульт [4]. В Российской Федерации ситуация в отношении ССЗ остается неблагоприятной, несмотря на отмечающуюся в последние годы тенденцию к стабилизации и даже снижению смертности: по данным Федеральной службы государственной статистики, смертность от болезней системы кровообращения в 2005 г. составила 908, а в 2008 г. — 835,5 на 100 000 населения [5]. Коэффициенты смертности от ССЗ в нашей стране являются одними из самых высоких в Европе: смертность от ИБС среди мужчин моложе 65 лет в 2005 г. составляла в России 242 случая на 100 000 населения. Это не только гораздо больше, чем в среднем по странам Европейского региона (99 на 100 000 населения), но и значительно превышает аналогичный показатель во многих стран постсоветского пространства (Казахстан — 193 на 100 000, Литва и Молдова — 146 на 100 000, Эстония — 104 на 100 000 населения) [6].

Чтобы найти пути к улучшению ситуации, во всем мире проводятся исследования, посвященные качеству оказания помощи больным ССЗ, степени соответствия реальной практики принятым рекомендациям. Это позволяет не только описать текущее состояние проблемы, но и обозначить наиболее «болевы» точки и выбрать «мишени» для последующей

работы со всеми участниками лечебного процесса — врачами, пациентами, организаторами здравоохранения. Клиническая практика при ИБС в нашей стране оценивалась в следующих крупных исследованиях: Российский регистр острых коронарных синдромов (2000—2001 гг.) [7, 8], РЕЛИФ (2006 г.) [9], Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД (2007—2008 гг.) [10]. По сравнению с национальными исследованиями участие страны в международных проектах, проводимых одновременно по единому протоколу во многих странах, имеет дополнительные преимущества, главным из которых является возможность корректного сравнения результатов, полученных в отдельных странах, с общей популяцией и другими участниками исследования. В последние годы Российская Федерация участвовала в двух таких исследованиях — Angina Treatment Patterns (ATP) Survey (2001—2002 гг., 7074 пациента, 7 стран-участниц) [11, 12] и значительно более крупном исследовании EUROASPIRE III [13].

Исследование EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) — один из наиболее широко известных проектов Европейского общества кардиологов. Цель исследования заключается в мониторинге клинической практики при ИБС в европейских странах. На настоящий момент проведено уже 3 этапа исследования: в 1995—1996 гг. EUROASPIRE I с участием 9 европейских стран и 3569 пациентов с ИБС [14], в 2000—2001 гг. EUROASPIRE II с участием 15 европейских стран и 5556 пациентов [15] и, наконец, в 2006—2007 гг. EUROASPIRE III с участием 13593 пациентов с ИБС из 22 европейских стран, среди которых впервые была Россия [13]. Некоторым наиболее интересным результатам оценки клинической практики ИБС в России по сравнению с другими странами Европы и посвящена настоящая статья.

Материал и методы

В международном многоцентровом исследовании EUROASPIRE III принимали участие 22 страны Европейского региона: Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Ирландия, Испания, Италия, Кипр, Латвия, Литва, Нидерланды, Польша, Россия, Румыния, Словения, Турция, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия. Согласно протоколу исследования каждой из стран требовалось включить не менее 600 пациентов с ИБС (500 в возрасте моложе 71 года и 100 в возрасте 71—80 лет), находившихся на стационарном лечении в одном из центров-участников

© Коллектив авторов, 2011

© Кардиология, 2011

Kardiologija 2011; 1:34—40

исследования по поводу острого инфаркта миокарда (ОИМ) с подъемом/без подъема сегмента ST или острого коронарного синдрома (ОКС) без формирования инфаркта миокарда (с отрицательным результатом теста на тропонин), или плановой/экстренной чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики (ЧТКА), или плановой/экстренной операции аортокоронарного шунтирования (АКШ). Включали всех последовательно поступивших пациентов, находившихся на стационарном лечении в центрах-участниках исследования с перечисленными диагнозами в период с 2003 по 2006 г., но не позднее чем за 6 мес до момента включения в исследование (в том числе пациенты, умершие в период пребывания в стационаре и период последующего наблюдения). Критериями исключения служили тяжелые острые состояния на момент включения в исследование, хронические заболевания в стадии декомпенсации, тяжелые психические расстройства, наркотическая или алкогольная зависимость, отказ пациента от участия в исследовании. Всех включенных в исследование пациенты приглашали на визит-интервью с целью оценки отдаленных результатов лечения, наличия и уровней факторов риска, клинического, психологического статуса и показателей качества жизни (КЖ), а также оценки адекватности немедикаментозных и медикаментозных рекомендаций, предоставленных пациентам.

При анализе медицинской документации (историй болезни) учитывали социально-демографические характеристики пациентов; данные анамнеза; записи в историях болезни о наличии и уровнях факторов риска, проведенная в стационаре и рекомендованная на момент выписки из стационара терапия (с названиями препаратов и их суточными дозами), а также рекомендации по немедикаментозным вмешательствам.

Во время визита-интервью анализировали динамику состояния пациента в ходе детального опроса; регистрировали антропометрические данные (рост, масса тела, окружность талии); артериальное давление (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС), объективизировали факт курения (по концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе); брали образцы венозной крови для определения уровней общего холестерина (ОХС), холестерина (ХС) липопротеидов высокой плотности (ЛВП), триглицеридов в сыворотке крови и ХС липопротеидов низкой плотности — ЛНП (расчетным путем), глюкозы плазмы крови и гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) у пациентов с сахарным диабетом (СД). АД измеряли дважды после 5-минутного отдыха на правой руке с 5-минутным интервалом в положении больного сидя с использованием автоматического цифрового сфигмоманометра Omron M5-I. Монооксид углерода в выдыхаемом воздухе определяли с помощью прибора Smokerlyser (Bedfont Scientific, модель Micro 4). Психологический статус и показатели КЖ пациентов оценивали с помощью опросников SF-12v2, EQ-5D и HADS. Все перечисленные данные вносили в единую для всех стран специально разработанную Карту пациента, а также электронную карту, которая поступала для анализа в единую статистическую лабораторию (Imperial College of London, UK).

Образцы крови забирали из локтевой вены в положении пациентов сидя в утренние часы спустя 10–12 ч после приема пищи. Кровь для определения уровня ХС и его фракций забирали в пробирку, содержащую активатор сгустка (Venosafe, Teguto Europe, Лёвен, Бельгия), для определения уровня глю-

козы — в пробирку, содержащую цитрат фтора (Venosafe), для определения HbA_{1c} — в пробирку, содержащую ЭДТА. Кровь центрифугировали (2000 об/мин) при комнатной температуре в течение 10 мин, после чего плазму помещали в кодированные пробирки, замораживали в холодильной камере при температуре -70°C и отправляли из всех стран-участниц исследования в единую лабораторию Laboratory of Analytical Biochemistry, National Public Health Institute (Хельсинки, Финляндия), где проводили измерения надлежащих показателей на биохимическом анализаторе Architect c8000 (Abbott Laboratories, Abbott Park, Иллинойс, США).

Компьютерный анализ результатов настоящего исследования проводили в Великобритании (Imperial College of London, UK) с помощью пакета прикладных статистических программ SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики.

В Российской Федерации в исследовании EUROASPIRE III участвовали 2 центра — ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий (г. Москва) и кардиологическое отделение Московского областного кардиологического центра (г. Жуковский). Российская часть исследования EUROASPIRE III проведена под эгидой ВНОК при поддержке исследовательского гранта, предоставленного компанией Pfizer.

Результаты и обсуждение

Всего в российских центрах были включены в исследование 612 пациентов, из них 60,5% — мужчины (в общей популяции исследования — 72,6%). Средний возраст составил $64,5 \pm 10,2$ года. Критерием включения у большинства российских пациентов послужили ИМ и ОКС, тогда как в общей популяции исследования гораздо чаще — различные виды реваскуляризации миокарда (ЧТКА или АКШ). Как в российской когорте, так и в общей популяции у 62,4% пациентов на момент развития события, послужившего основанием для включения в исследование, была диагностирована ИБС.

Визит-интервью состоялся в среднем через 1,24 (0,95–1,77) года после исходной госпитализации; в российских центрах — несколько позже, через 1,58 (1,19–2,10) года. На визит-интервью явились 64,3% всех пациентов EUROASPIRE III. В российских центрах процент явки на интервью был несколько выше — 67,3%, при этом 61,5% неявок были обусловлены смертью больных, в то время как в общей популяции преобладали неявки по причинам немедицинского характера. Обращает внимание, что образовательный уровень российской когорты был в целом выше, чем в общей популяции исследования: высшее образование имели 38,1% наших пациентов, среднее специальное — 26,7%, среднее — 27,4% (в среднем по странам Европы — 18,1, 17,7 и 38,9% соответственно). В российской когорте большее число пациентов регулярно наблюдались у кардиологов (86,7% против 69,8%).

Совокупный анализ данных общей популяции исследования свидетельствует о высокой распространенности модифицируемых факторов риска (ФР) и их неадекватном контроле у больных ИБС в европейских странах (табл. 1). Более чем у 80% больных ИБС имелись ненадлежащая масса тела и АГ, у каждого второго — абдоминальное ожирение и дислипидемия, у каждого третьего — СД, каждый пятый курил. Такая высокая распространенность модифицируемых ФР

Таблица 1. Распространенность ФР развития ССЗ у пациентов EUROASPIRE III на момент визита-интервью, %

ФР	Российские центры			Все страны		
	мужчины	женщины	все	мужчины	женщины	все
Курение*	26,8	8,2	20,1	19,3	11,0	17,2
Избыточная масса тела и ожирение**	67,2	87,1	74,3	81,9	81,5	81,8
Ожирение***	24,5	34,7	28,2	32,1	44,7	35,3
Абдоминальное ожирение#	25,8	32,7	28,2	45,6	73,5	52,7
СД**	25,4	33,8	28,5	33,6	38,4	34,8
АГ***	79,8	95,2	85,4	80,3	87,9	82,2
Гиперлипидемия:						
ОХС \geq 4,5 ммоль/л	70,1	88,4	76,6	47,5	61,5	51,5
ХС ЛНП \geq 2,5 ммоль/л	75,7	89,4	80,7	52,4	61,1	54,5

Примечание. ФР — факторы риска; ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; СД — сахарный диабет; АГ — артериальная гипертония; ОХС — общий холестерин; ХС — холестерин; ЛНП — липопротеиды низкой плотности. * — со слов пациентов или при концентрации СО в выдыхаемом воздухе >10 ppm; ** — индекс массы тела ≥ 25 кг/м²; *** — индекс массы тела ≥ 30 кг/м²; # — окружность талии ≥ 88 см у женщин и ≥ 102 см у мужчин; ## — СД в анамнезе или впервые диагностированный при визите-интервью СД (уровень глюкозы в крови натощак ≥ 7 ммоль/л); ### — АД выше целевого уровня при визите-интервью или прием антигипертензивных препаратов

Таблица 2. Медикаментозная терапия при выписке и на момент визита-интервью, %

Класс препаратов	При выписке		На момент визита-интервью	
	российские центры	все страны	российские центры	все страны
Антиагреганты	97,2	95,1	91,3	90,5
β -Адреноблокаторы	89,0	81,8	80,1	79,8
Ингибиторы АПФ	84,8	63,8	75,2	59,9
БРА II	0,6	7,1	1,7	12,0
Антагонисты кальция	19,5	22,3	17,0	24,5
Нитраты	62,4	34,4	49,9	28,1
Диуретики	46,9	30,7	43,7	30,2
Статины	63,1	79,4	56,8	78,1
Антикоагулянты	0,6	8,2	1,5	5,6

Примечание. АПФ — ангиотензинпревращающий фермент; БРА II — блокаторы рецепторов ангиотензина II.

у пациентов с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений указывает на повсеместно недостаточную эффективность мероприятий по вторичной профилактике ИБС. При сравнительном анализе данных стран-участниц исследования установлено, что российская когорта отличается от общей популяции исследования, причем как в лучшую (достаточно адекватный контроль АД), так и в худшую сторону. Отличие в худшую сторону касается контроля уровня липидов и глюкозы, курения, уровня физической активности, психологического статуса и доступности кардиореабилитации.

Недостаточное внимание к показателям липидного состава крови зафиксировано уже на этапе пребывания наших пациентов в стационарах. На момент госпитализации информация о наличии дислипидемии в анамнезе содержалась только в 60,1% историй болезни (в общей популяции исследования — 79,7%), в то же время в отношении других ФР (АГ, СД, курение) в России документация заполнялась более полно, чем в других странах. Следует учесть, что в обоих российских центрах определение липидного состава крови являлось общепринятым анализом, в этой связи процент историй болезни с количественной информацией об основных показателях липидного состава крови у нас был выше, чем в других странах.

Терапия, рекомендованная пациентам при выписке, отражена в табл. 2, особенности гиполипидемической терапии — в табл. 3. Следует отметить, что по сравнению с более ранними фармакоэпидемиологическими исследованиями, в первую очередь исследованием АТР [11,12], отмечаются позитивные сдвиги, в частности более высокая частота назначения боль-

ным ИБС антиагрегантов, β -адреноблокаторов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (АПФ).

Согласно приведенным данным, статины при выписке были рекомендованы больным в нашей стране гораздо реже, чем в европейском регионе в целом (63,1% против 79,4%). Реже, чем в РФ, статины рекомендовались только в Болгарии (62%) и Литве (27%). Для сравнения: частота назначения статинов при выписке больным ИБС в близких к нам странах-соседах — Финляндии и Польше — превышала 90%.

На амбулаторном этапе частота приема больными ИБС препаратов по списку ABCD (антиагреганты, β -адреноблокаторы, статины, ингибиторы АПФ) в общей популяции изменилась незначительно. В целом ряде стран частота приема статинов возросла, например, в Словении (с 83,2 до 89,8%), Греции (с 81,3 до 91,8%), Нидерландах (с 87,7 до 92,9%), тогда как в российской когорте снизилась с 63,1 до 56,8%. Реже принимали статины на отдаленном этапе пациенты только в одной стране — Литве (36,1%). Эти данные могут свидетельствовать о целом ряде возможных проблем — низкой приверженности к лечению у российских пациентов, недостаточной преемственности между стационарным и амбулаторным звеном, более низком уровне подготовки в области вторичной профилактики поликлинических врачей по сравнению с врачами стационара, недоступности препаратов данного класса по немедицинским причинам.

Каковы бы ни были причины сложившейся ситуации, недостаточно активная гиполипидемическая терапия не могла не отразиться на достижении целевых показателей липидов в российской когорте. В большинстве европейских

стран за последние десятилетия был достигнут значительный прогресс в этой области: усредненный уровень ОХС снизился с 6,19 ммоль/л (EUROASPIRE I) до 4,56 ммоль/л (EUROASPIRE III), ХС ЛНП с 4,11 до 2,58 ммоль/л. При этом стало меньше пациентов с ненадлежащими уровнями липидов: число пациентов с уровнем ОХС $\geq 4,5$ ммоль/л и ХС ЛНП $\geq 2,5$ ммоль/л сократилось почти в 2 раза (с 94,5 до 46,2% и с 96,4 до 47,5% соответственно). Причиной таких успехов является более широкое применение статинов. Число пациентов, принимающих гипوليлипидемические препараты, выросло более чем в 2 раза: с 32,2 до 88,8%.

В российской когорте усредненный уровень ОХС составил 5,35 ммоль/л, ХС ЛНП — 3,42 ммоль/л. Согласно данным, представленным в табл. 1, у абсолютного большинства наших пациентов на отдаленном этапе не были достигнуты целевые уровни липидов: по ОХС у 76,6% и по ХС ЛНП — у 80,7% (против 51,5 и 54,5% в общей популяции). Больше число пациентов с ненадлежащим уровнем ОХС было только в Литве (81,5%), а наименьшее (25,8%) оказалось в Финляндии — очень близкой к нам по культуре и географическому расположению стране. Аналогичной оказалась картина в отношении ХС ЛНП: наибольшее число больных с ХС ЛНП $\geq 2,5$ ммоль/л было в Литве (84,9%), на втором месте были российские пациенты (80,7%), а самые лучшие результаты были также получены в Финляндии (24,8%). По-видимому, проблема заключается не только в недостаточной частоте использования статинов, но и в назначении субоптимальных дозировок препаратов: даже среди пациентов, получавших гипوليлипидемическую терапию, уровня ХС ЛНП $< 2,5$ ммоль/л в российской когорте достигли только 25,7% (в общей популяции исследования — 51,6%). Во всех странах-участниках EUROASPIRE III, включая Россию, целевые уровни липидов на отдаленном этапе достигались чаще у мужчин, чем у женщин.

Еще один аспект, по которому российская когорта существенно отличалась от большинства европейских стран — это своевременное выявление пациентов с таким мощным ФР, как СД. Различные аспекты выявления и лечения СД 2-го типа изложены в табл. 4. Несмотря на то что в российской когорте число пациентов с ранее диагностированным СД было более чем в 2 раза меньше, а избыточная масса тела и ожирение отмечались реже, чем в общей популяции исследования, на визит-интервью было выявлено значительно большее число новых случаев СД (19,8% против 14,9%).

По лечению СД у пациентов с установленным диагнозом также были определены различия: во-первых, гораздо больше россиян сообщили о соблюдении диеты, во-вторых, россияне реже получали инсулин. Показатели компенсации СД и в российской когорте, и в общей популяции оказались далеки от желаемых: целевые уровни глюкозы в крови натощак имелись только у 14,0 и 10,4% пациентов соответственно, при этом у каждого второго пациента уровень HbA_{1c} превышал целевой. Следует также отметить, что в участвовавших в исследовании российских центрах практически не использовалась оценка компенсации углеводного обмена по уровню HbA_{1c} : исходя из анализа историй болезни, этот показатель хотя бы один раз за период пребывания больных в стационаре определялся только у 1,9% больных с диагнозом СД. Впрочем, в других странах частота определения HbA_{1c} была также недостаточной.

Перейдем к еще одному проблемному для российской когорты аспекту вторичной профилактики ИБС — мероприятиям,

Таблица 3. Контроль гиперлипидемии в России и в общей когорте EUROASPIRE III на момент визита-интервью, %

Характеристика	Российские центры	Все страны
Получают гипوليлипидемические препараты:		
мужчины	59,2	80,4
женщины	56,5	77,9
все пациенты	58,3	79,8
Из них:		
статины	56,8	78,1
фибраты	0	2,4
другие средства	1,7	4,8
Среди получающих гипوليлипидемические препараты:		
ОХС $< 4,5$ ммоль/л		
мужчины	40,4	58,7
женщины	14,5	43,7
все пациенты	31,4	55,0
ХС ЛНП $< 2,5$ ммоль/л		
мужчины	32,0	53,7
женщины	13,8	45,2
все пациенты	25,7	51,6

Примечание. ОХС — общий холестерин.

направленным на отказ от курения. На отдаленном этапе число курящих женщин в российской когорте и общей популяции EUROASPIRE III было примерно одинаковым (см. табл. 1), в то же время в РФ продолжали курить значительно больше мужчин (26,8% против 19,3%). Более высокий процент курильщиков-мужчин был зафиксирован только в Латвии (29,3%). Согласно данным, представленным в табл. 5, устный совет по отказу от курения получили 90% курильщиков как в российских центрах, так и в общей популяции. Письменные рекомендации по отказу от курения давались российским больным примерно в 2 раза реже, совет обратиться к специалисту — почти в 3 раза реже, заместительная никотиновая терапия назначалась в 5 раз реже, чем остальным больным. Неудивительно, что результаты по отказу от курения у российских больных были отчетливо хуже: за период наблюдения от курения отказались в 4 раза меньше пациентов, чем в общей популяции.

Особенно неудовлетворительной в российской когорте выглядит физическая реабилитация пациентов (табл. 6). Врачи посоветовали пройти реабилитацию после ИМ, ОКС или вмешательства по реваскуляризации миокарда только 8,2% российских пациентов (44,9% в общей популяции). Реже получали такой совет пациенты Турции (7,3%), Кипра (4,9%), Греции и Испании (менее 1%), тогда как в Литве реабилитация была рекомендована 90,3% пациентов. В то же время получившие эту рекомендацию российские пациенты прислушивались к ней значительно реже, чем в общей популяции (24,2% против 69,8%). Что касается физической активности вне структурированных реабилитационных программ, российские пациенты крайне редко занимались физическими упражнениями с целью повышения своей тренированности (11,0% против 33,8%), и это был наихудший показатель среди всех стран-участниц. Самой лучшей ситуация в этом аспекте была в Венгрии (62,7% больных), в большинстве других стран эта цифра колебалась в диапазоне от 30 до 50%. Аналогичной была ситуация с наиболее доступным способом улучшения физической формы — увеличением повседневной активности. По этому показателю российские пациенты также оказались

Таблица 4. Управление СД в России и общей когорте EUROASPIRE III, %

Характеристика	Российские центры	Все страны
Число пациентов, знающих о наличии у них СД	10,7	24,6
Частота не диагностированного ранее СД*		
мужчины	18,6	15,3
женщины	22,0	13,6
все пациенты	19,8	14,9
Все случаи СД (диагностированный и недиагностированный)	28,5	34,8
Лечение СД:		
диета	95,5	57,0
пероральные сахароснижающие средства	65,9	61,7
инсулин	18,2	30,3
Достижение компенсации СД у знающих о диагнозе СД пациентов по уровню глюкозы в крови натощак**		
мужчины	14,3	9,4
женщины	13,6	12,6
все пациенты	14,0	10,4
по уровню HbA _{1c} ***		
мужчины	62,5	53,9
женщины	35,7	39,9
все пациенты	50	49,6

Примечание. СД — сахарный диабет; HbA_{1c} — гликированный гемоглобин. * — обнаружение при визите-интервью уровня глюкозы в крови натощак ≥ 7 ммоль/л у пациентов без ранее диагностированного СД; ** — уровень глюкозы в крови натощак $< 6,1$ ммоль/л при визите-интервью; *** — HbA_{1c} $< 7\%$ при визите-интервью.

Таблица 5. Меры по снижению распространенности курения в России и общей когорте EUROASPIRE III и их эффективность, %

Характеристика	Российские центры	Все страны
Рекомендации по отказу от курения:		
устные	90,1	90,7
письменные	16,0	34,6
направление к специалисту	4,9	14,3
назначение ЗНТ	3,7	20,1
Действия пациентов:		
отказ от курения	2,5	11,2
уменьшение числа выкуриваемых сигарет	75,3	64,2
обращение к специалисту	1,2	4,5
прием ЗНТ	3,7	11,6

Примечание. ЗНТ — заместительная никотиновая терапия.

Таблица 6. Физическая активность пациентов EUROASPIRE III в российских центрах и в общей когорте, %

Характеристика	Российские центры	Все страны
Получили рекомендацию пройти программу реабилитации	8,2	44,9
Завершили программу реабилитации*	24,2	69,8
Физическая активность с целью повышения тренированности	11,0	33,8
Посещение спортивных клубов	3,6	12,0
Повышение повседневной активности	11,4	48,0
Считают, что выполняют рекомендации по физической активности	46,2	23,9

Примечание. * — относительно получивших такой совет.

на последнем месте в Европе (11,4% против 48,0% в общей популяции).

В российской когорте оказалось меньше больных с ненадлежащей массой тела и они чаще информировались врачами об этом ФР (табл. 7). Из мероприятий по снижению избыточной массы тела наши пациенты декларировали приверженность рекомендациям по диете и гораздо реже были готовы увеличить свою физическую активность.

Еще одной негативной особенностью российской когорты EUROASPIRE III является крайне высокая распространенность психологических ФР (табл. 8). Российские пациенты

с ИБС на отдаленном этапе после перенесенных коронарных синдромов или вмешательств по реваскуляризации миокарда оказались самыми тревожными в Европе: почти у 50% российских пациентов имелась субклиническая или клинически выраженная тревожная симптоматика, что особенно характерно для женщин (63,7%). В общей популяции исследования число тревожных пациентов составило в среднем 31,1%. Аналогичной была ситуация с депрессивной симптоматикой: субклиническая или клинически выраженная депрессивная симптоматика отмечена у 36,5% российских пациентов, среди женщин — у каждой второй. Больше число депрессивных

Таблица 7. Меры по снижению распространенности избыточной массы тела и ожирения в России и общей когорте EUROASPIRE III и их эффективность, %

Характеристика	Российские центры	Все страны
Пациентам когда-либо сообщалось о наличии проблемы	74,3	59,0
Действия пациентов:		
пытались снизить массу тела в прошлом месяце	20,2	37,9
следуют рекомендациям по питанию	60,3	46,8
регулярно физически активны	18,9	37,2
принимают препараты для снижения массы тела	2,6	1,7
не делают ничего	38,6	42,8

Таблица 8. Психологические ФР и КЖ пациентов в России и в общей когорте EUROASPIRE III

Характеристика	Российские центры	Все страны
Тревожность (HADS-A ≥ 8)		
мужчины	41,8	26,5
женщины	63,7	44,4
все пациенты	49,6	31,1
Депрессия (HADS-D ≥ 8)		
мужчины	27,9	21,3
женщины	52,1	32,4
все пациенты	36,5	24,1
Низкое КЖ:		
визуально-аналоговая шкала EUROQOL 5D, баллы (среднее \pm SD)		
мужчины	60 (50–72)	70 (50–80)
женщины	55 (50–60)	60 (50–75)
все пациенты	60 (50–70)	70 (50–80)
Физический компонент SF-12 <40		
мужчины	57,1	35,6
женщины	80,7	53,4
все пациенты	65,5	39,9
Психический компонент SF-12 <40		
мужчины	21,5	16,9
женщины	29,0	27,1
все пациенты	24,1	19,4

Примечание. Данные представлены в виде числа пациентов (в %), если не указано другое. ФР — факторы риска; КЖ — качество жизни.

Таблица 9. Контроль АГ в России и в общей когорте EUROASPIRE III

Характеристика	Российские центры	Все страны
АД превышает целевые уровни*		
мужчины	28,3	54,4
женщины	35,4	60,7
все пациенты	30,8	56,0
Не диагностированная ранее АГ**		
мужчины	2,7	23,6
женщины	0,0	10,7
все пациенты	1,6	20,0
Получают антигипертензивные препараты***		
мужчины	76,8	66,8
женщины	95,2	80,1
все пациенты	83,4	70,2
Успешный контроль АГ#		
мужчины	66,8	38,7
женщины	62,9	33,9
все пациенты	65,2	37,3

Примечание. АГ — артериальная гипертония. * — при визите-интервью систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст. или при наличии сахарного диабета (СД) систолическое АД ≥ 130 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 80 мм рт.ст. ** — со слов пациента, препарат(ы) назначались именно с целью контроля АД; *** — процент пациентов, которым ранее не говорили о наличии АГ, среди тех, у кого АД при визите-интервью превышало целевые уровни; # — при визите-интервью у пациентов, получающих антигипертензивную терапию, систолическое АД < 140 мм рт.ст. и диастолическое АД < 90 мм рт.ст. или при наличии СД систолическое АД < 130 мм рт.ст. и диастолическое АД < 80 мм рт.ст.

пациентов было только в Турции, усредненный показатель по всем странам составил 24,1%.

Менее 3% наших пациентов с ИБС, перенесших ИМ, ОКС, ЧТКА, АКШ за период наблюдения, прошли реабилитацию, тогда как в Латвии таких пациентов было 85,4%, в Ирландии — 67,4%, в Бельгии — 60,2%, в среднем по Европе — 34%.

Неудивительно, что у российских больных было зафиксировано очень низкое КЖ. Российские пациенты имели существенно худшие, чем в среднем в Европе, показатели КЖ по опросникам EUROQOL и SF-12. Так, усредненный показатель КЖ по визуально-аналоговой шкале опросника EUROQOL в России был самым низким в Европе. У 65,5% включенных в российских центрах больных имелось значимое снижение КЖ по физическому компоненту опросника SF-12 (худший показатель по Европе). Наконец, крайне настораживает то, что 89,7% российских пациентов с ИБС положительно ответили на вопрос о том, считают ли они себя инвалидами. В общей популяции исследования таких пациентов было 33,0%.

В отличие от обсуждавшихся выше ФР, контроль АГ в российской когорте выглядит лучше, чем в общей популяции EUROASPIRE III (табл. 9): во время визита-интервью у нас было меньше пациентов, не достигших целевых уровней АД (30,8% против 56,0%), меньше пациентов, не осведомленных о наличии у них АГ (1,6% против 20,0%), а также больше больных, получавших антигипертензивную терапию (83,4% против 70,2%). Возможно, более успешный контроль АД обус-

ловлен меньшей распространенностью избыточной массы тела и ожирения среди наших пациентов с ИБС.

Заключение

Подводя итоги, можно отметить, что совокупный анализ данных исследования EUROASPIRE III свидетельствует о высокой распространенности модифицируемых факторов риска и их неадекватном контроле у больных ишемической болезнью сердца, перенесших инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, чрескожную транслюминальную баллонную ангиопластику и аортокоронарное шунтирование, в странах Европы в целом. В то же время между российской когортой и больными из других стран существуют определенные различия. Областью, в которой полученные в российской когорте результаты оказались лучше общеевропейских, был контроль артериальной гипертонии (необходимо отметить, что в исследовании участвовали клиники Москвы и Московской области). Напротив, мы ощутимо проигрываем в вопросах контроля уровня липидов и глюкозы в крови, курения, физической активности, психологических факторов, доступности кардиореабилитации. Создается впечатление, что сложившаяся ситуация обусловлена как недостаточным вниманием врачей к некоторым аспектам вторичной профилактики ишемической болезни сердца, так и низкой приверженностью пациентов к предоставленным рекомендациям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Allen L.A., O'Donnell C.J., Giugliano R.P. et al. Care concordant guidelines predicts decreased long-term mortality in patients with unstable angina pectoris and non-ST-elevation myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2004;93:1218—1222.
2. WHO World Health Report, 2003.
3. Integrated Management of Cardiovascular Risk. Report of a WHO Meeting, Geneva, July 2002.
4. British Heart Foundation. European Cardiovascular Disease Statistics, 2000 Edition.
5. Российский статистический ежегодник, 2009.
6. European Cardiovascular disease statistics, 2008 edition, Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford.
7. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъемов сегмента ST. *Кардиология* 2003;12:23—36.
8. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме с подъемами сегмента ST. *Кардиология* 2004;4:4—13.
9. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Соколова О.Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. М:Викас-принт 2009;154.
10. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. от имени участников регистра РЕКОРД. Регистр острых коронарных синдромов РЕКОРД. Характеристика больных и лечение до выписки из стационара. *Кардиология* 2009;7:8:4—12.
11. Eastaugh J.L., Calvert M.J. and Freemantle N. Highlighting the need for better patient care in stable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients. *Family Practice* 2005;22:43—50.
12. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование ATP — Angina Treatment Pattern). *Кардиология* 2003;5:6—10.
13. Kotseva K., Wood D., De Backer G. et al. EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from twenty-two European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:121—137.
14. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J* 1997;18:1569—1582.
15. EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. *Eur Heart J* 2001;22:554—572.

Поступила 12.10.10