

Европейское исследование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета EUROASPIRE IV: результаты госпитального этапа в Украине

В.Н. Коваленко, М.Н. Долженко, Е.Г. Несукай от группы исследователей *

ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», Киев
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МОЗ Украины, Киев

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, профилактика, исследование EUROASPIRE IV, Украина, результаты госпитального этапа

Основными целями профилактики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) являются снижение заболеваемости и смертности, а также увеличение средней продолжительности жизни. Польза данных по результатам неинтервенционных рандомизированных клинических исследований заключается в доказательствах эффективности модификации образа жизни (отказ от курения, диета, физические упражнения), лечении артериальной гипертензии, гиперлипидемии и сахарного диабета, а также использования профилактической медикаментозной терапии (антиагреганты, бета-адреноблокаторы, блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС), гиполипидемические средства). Все эти мероприятия доказательно способствуют снижению сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности с установленным ССЗ, а также могут снизить риск вторичных осложнений [1–6].

Четвертое европейское исследование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (EUROASPIRE IV) проходило под эгидой Европейского общества кардиологов (ESC), Еврообсервационной исследовательской программы (EORP) и проводилось Европейской ассоциацией сердечно-сосудистой профилактики и реабилитации и Ассоциацией кардиологов Украины. Это четвертое исследование было объединено с исследованием EuroHeart по сахарному диабету (EuroHeart Survey on Diabetes

Mellitus) и включало оценку нарушений углеводного обмена (повышенная гликемия натощак, нарушение толерантности к глюкозе / преддиабет и впервые выявленный и известный диабет) у всех пациентов. Как и в предыдущих исследованиях EUROASPIRE, данный протокол был сфокусирован на стационарных больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) как с сахарным диабетом (СД), так и без него. Исследование проводилось в 2012–2013 гг.

В EUROASPIRE IV приглашались все страны, участвовавшие в первых трех протоколах, а также Украина, Сербия и Швеция. В Украине исследование проводилось на базах ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины», Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика МОЗ Украины, Института геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины и Киевского городского центра сердца.

Цель исследования – оценить демографический состав больных с острым инфарктом миокарда в Украине, оказанную интервенционную и медикаментозную помощь, а также модификацию таких факторов риска вторичной профилактики ишемической болезни сердца, как артериальная гипертензия, курение, ожирение, сахарный диабет, гиподинамия и сравнение данных показателей с европейскими рекомендациями по профилактике ишемической болезни сердца.

* С.В. Поташев, А.О. Нутченко, С.З. Лурье, И.Н. Сорока, Л.Е. Лобач, Ю.А. Лучинская, Л.И. Конопляник, Н.А. Перепельченко, Л.В. Клименко, Н.Н. Носенко, В.А. Шумаков, Т.В. Симагина, М.И. Лутай, Е.А. Немчина, Е.И. Митченко, В.Ю. Романов, Ю.Н. Сиренко, А.Д. Радченко, О.С. Сычѳв, Т.В. Гетьман, О.И. Жаринов, А.П. Вережникова, Н.А. Мохначева, В.Ю. Лишнева, И.В. Шаповаленко, В.Ю. Приходько, И.А. Микропуло

Материал и методы

Страны-участники EUROASPIRE IV (Бельгия, Хорватия, Кипр, Чешская Республика, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Польша, Румыния, Россия, Словакия, Испания, Турция и Великобритания, Сербия, Швеция и Украина) представили все географические регионы Европы с широким и разнообразным спектром организации медицинской помощи, включая экономический аспект.

В рамках каждой страны была отобрана одна географическая область с большой популяцией (более 500 тыс. лиц). Область подразумевала как минимум одну больницу с возможностью интервенционных вмешательств и/или кардиохирургических вмешательств, а также одну или более больницы скорой медицинской помощи, принимающие пациентов с острыми коронарными синдромами (ОКС).

В рамках каждого лечебного учреждения были произвольно отобраны пациенты, мужчины или женщины в возрасте 18–80 лет, с впервые установленным или повторным кардиоваскулярным диагнозом и курсом лечения по поводу него. Пациенты определялись ретроспективно по данным медицинской документации лечебного учреждения (архив историй болезней, выписки историй болезней и пр.). При этом отбирались пациенты с индексными событиями, которые произошли в период не менее 6 мес и не более 3 лет на момент включения. Пациенты могут удовлетворять более чем одному из следующих диагностических критериев:

Плановая или неотложная операция аортокоронарного (АКШ) и маммарокоронарного шунтирования (МКШ), включая срочное АКШ при остром инфаркте миокарда (ОИМ).

- Плановая или неотложная перкутанная транслюминальная коронарная ангиопластика (ПТКА), включая первичную ПТКА при ОИМ.
- ОИМ с элевацией сегмента ST или без нее.
- Тропонин-негативные ОКС.

Произвольно отобранные пациенты с ИБС определялись ретроспективно, включая умерших во время хирургической операции или пребывания в стационаре.

Пациенты, поступившие в больницу из другой географической области, в выборку не включались.

Влияние на риски с целью модификации образа жизни оценивали по критериям, определенным IV Европейскими рекомендациями по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (2007):

а) курение (со слов пациента и определение оксида азота (CO) с помощью Smokerlyser (Bedfont Scientific, Model Micro 4);

б) диета (анкета);

в) физическая активность (анкета);

г) избыточная масса тела / ожирение – определение роста с помощью SECA measuring stick model 220 и массы тела с помощью SECA scale model 701);

– окружность талии с помощью metaltape;

– индекс массы тела (ИМТ);

д) СД (со слов пациента) и впервые выявленный диабет, тощаковая гликемия и нарушение толерантности к глюкозе (глюкозотолерантный тест – ГТТ) и определение гликозилированного гемоглобина;

е) артериальное давление (АД) с помощью аппарата Omron M5-I. АД оценивалось дважды: в положении сидя на правом предплечье, использовалось среднее из двух измерений в анализе данных;

ж) общий холестерин (ОХС), холестерин (ХС) липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицериды, расчетный ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), креатинин сыворотки крови;

з) соотношение альбумин / креатинин мочи;

и) медикаментозная терапия:

- антитромботическая терапия,
- бета-адреноблокаторы,
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ),
- антагонисты рецепторов ангиотензина II,
- гиполипидемическая терапия,
- сахароснижающая терапия (таблетированные, инсулин, инкретины, акарбоза и др.),
- диуретики,
- антагонисты кальция,
- нитраты,
- блокаторы рецепторов If,
- метаболическая терапия,
- заместительная никотинотерапия: бупропиона гидрохлорид, варениклин,
- препараты для снижения массы тела,
- антидепрессанты,
- анксиолитики.

Кроме того, оценивалось наличие в анамнезе основных кардиоваскулярных событий: нефар-

тальные коронарные и сердечно-сосудистые события, включая все случаи реваскуляризации и госпитализации, а также случаи сердечно-сосудистой и общей смертности.

Между Ассоциацией кардиологов Украины и Национальным институтом здоровья и благосостояния Финляндии был заключен договор, по которому в Центральную лабораторию были переданы все лабораторные образцы сыворотки крови в соответствии с научным протоколом EUROASPIRE IV. Однако по разрешению Исполнительного комитета EUROASPIRE IV также все анализы были проведены в биохимической лаборатории ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. акад. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины».

Результаты и их обсуждение

В Украине в исследование вошло 643 пациента: 471 (73,25 %) мужчина и 172 (26,75 %) женщины.

При анализе историй болезней пациентов были получены следующие данные. Средний возраст пациентов составлял $(59,81 \pm 9,83)$ года. При этом возраст мужчин был достоверно моложе – $(55,36 \pm 10,00)$ по сравнению с $(62,27 \pm 8,40)$ года ($P < 0,0001$) (рис. 1).

Диагноз ИБС по индексному событию устанавливался в среднем в возрасте $(56,0 \pm 8,9)$

года, что свидетельствует о достаточно раннем развитии манифестных форм атеросклероза в украинской популяции.

Большинство пациентов имели избыточную массу тела или ожирение – ИМТ составил $(30,00 \pm 5,33)$ кг/м², что свидетельствует об эпидемическом характере распространенности ожирения в Украине и соответствует общеевропейским тенденциям [1–3].

К моменту госпитализации по поводу индексного события диагноз гипертонической болезни (ГБ) был установлен у 527 (82,0 %) пациентов: I стадия у 3 (0,57 %) пациентов, II стадия – у 228 (43,26 %), III стадия – у 296 (56,17 %) пациентов. У 29 (6,37 %) пациентов имела место артериальная гипертензия (АГ) 1-й степени, у 300 (65,93 %) – 2-й степени, 126 (27,69 %) – 3-й степени (рис. 2).

У 497 (77,3 %) больных имела место сердечная недостаточность I стадии, у 146 (22,7 %) – IIА-Б стадии. У 302 (46,97 %) больных на момент госпитализации была диагностирована стенокардия напряжения: I функционального класса (ФК) у 8 (2,65 %) пациентов, II ФК – у 117 (38,74 %), III ФК – у 164 (54,3 %), и IV ФК – у 13 (4,3 %) пациентов (рис. 3).

Из клинически значимых сопутствующих заболеваний и факторов риска согласно обра-

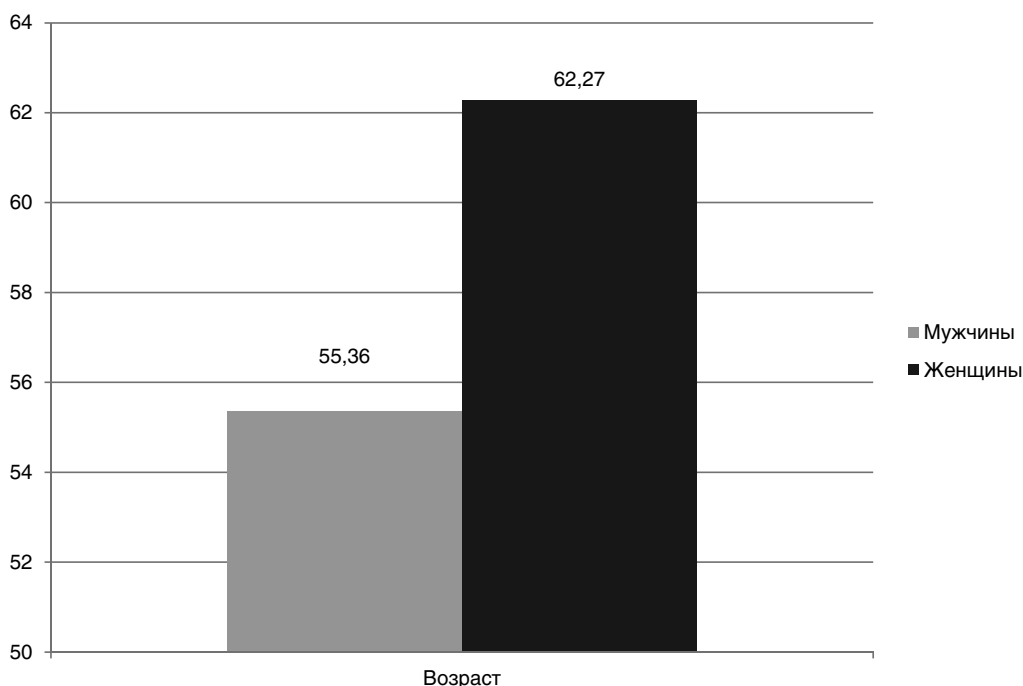


Рис. 1. Средний возраст пациентов в зависимости от пола.

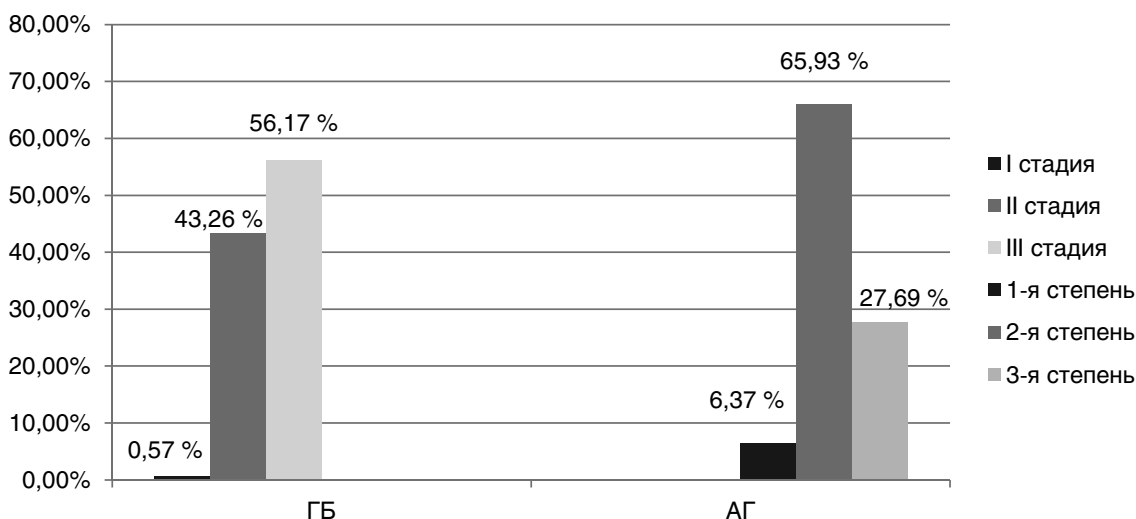


Рис. 2. Распределение обследованных пациентов в зависимости от стадии ГБ и степени АГ.

ботанным историям болезней у обследованных пациентов имели место острая недостаточность митрального клапана (ОНМК) в анамнезе – у 29 (4,51 %) пациентов, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки – у 29 (4,51 %) пациентов.

Курили на момент индексного события 42 (6,53 %) пациента, а бросили менее чем за 1 мес до события 72 (28,35 %) пациента. Средний стаж курения к моменту развития индексного собы-

тия составлял $(26,0 \pm 13,73)$ года, при этом количество сигарет в сутки составляло $14,00 \pm 6,93$. СД 2-го типа был зафиксирован у 116 (18,04 %) пациентов (рис. 4).

У 293 (45,6 %) пациентов до развития индексного события в анамнезе уже имели место различные сердечно-сосудистые события или проявления атеросклероза: 1) АКШ – 8 (1,24 %) пациентов; 2) ПТКА – 30 (4,67 %) пациентов; 3) ОИМ – 94 (14,62 %); 4) нестабильная

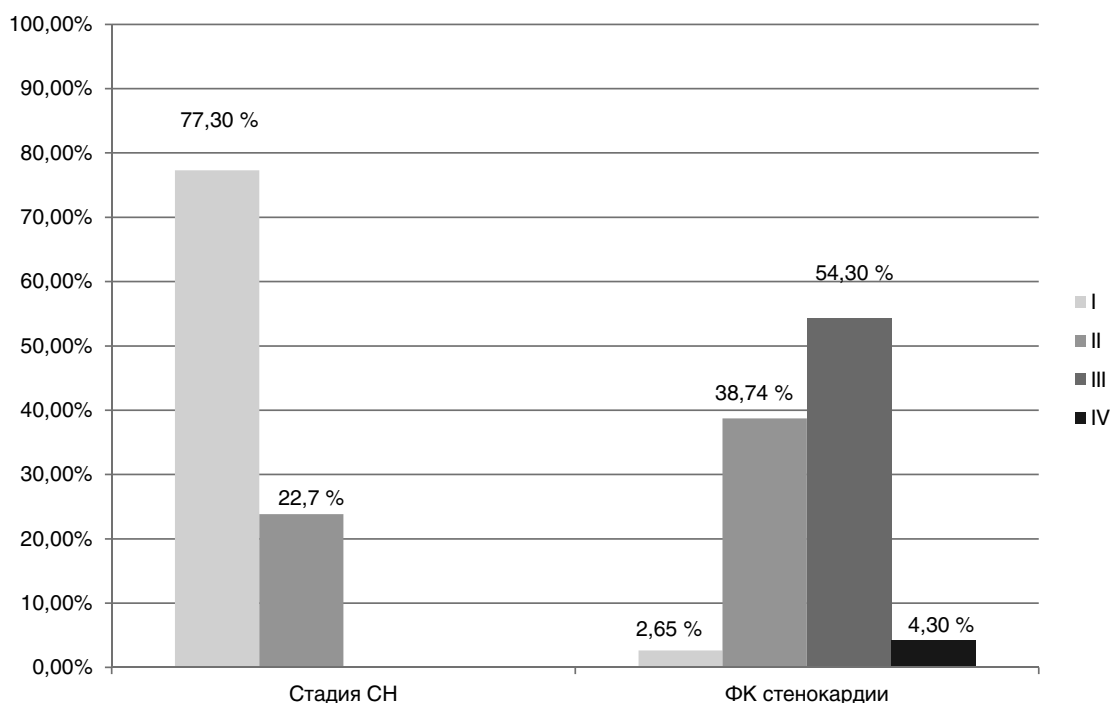


Рис. 3. Распределение обследованных пациентов в зависимости от стадии СН и функционального класса стенокардии.

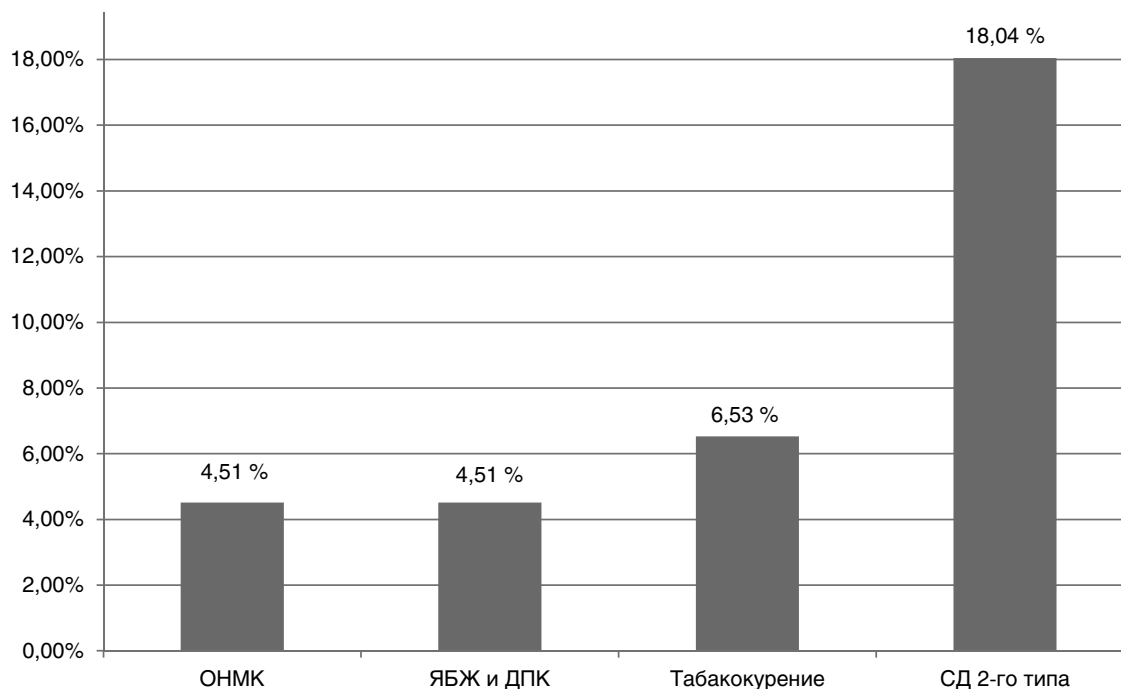


Рис. 4. Сопутствующая патология у пациентов на госпитальном этапе EuroAspire IV, выявленная ретроспективно. ЯБЖ и ДПК – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

стенокардия – 26 (4,04 %); 5) стабильная стенокардия напряжения – 82 (12,75 %) пациента; 6) инсульт – 14 (2,18 %) пациентов; 7) транзиторные ишемические атаки (ТИА) – 5 (0,78 %) пациентов; 8) атеросклероз периферических артерий (АПА) – 4 (0,62 %) пациента; 9) диагноз сердечной недостаточности (СН) – 30 (4,67 %) пациентов (рис. 5).

Индексные события распределились следующим образом: 1) плановое АКШ/МКШ – 62 (9,64 %) пациента; 2) ОИМ – 428 (66,56 %); 3) тропонин-негативный ОКС (нестабильная стенокардия) – 153 (23,8 %) (рис. 6). До интервенту умерло 10 (1,56 %) пациентов.

При этом было проведено 362 (56,3 %) процедуры коронарорентрикулографии, однако

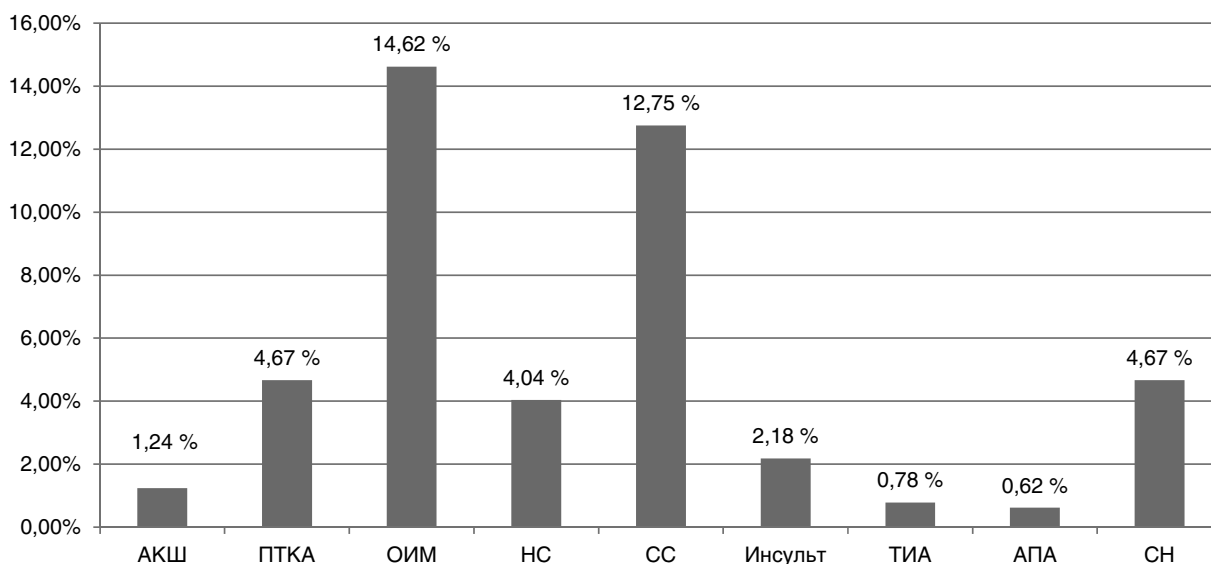


Рис. 5. Кардиоваскулярные события и проявления атеросклероза в анамнезе пациентов до развития индексного события. НС – нестабильная стенокардия; СС – стабильная стенокардия.

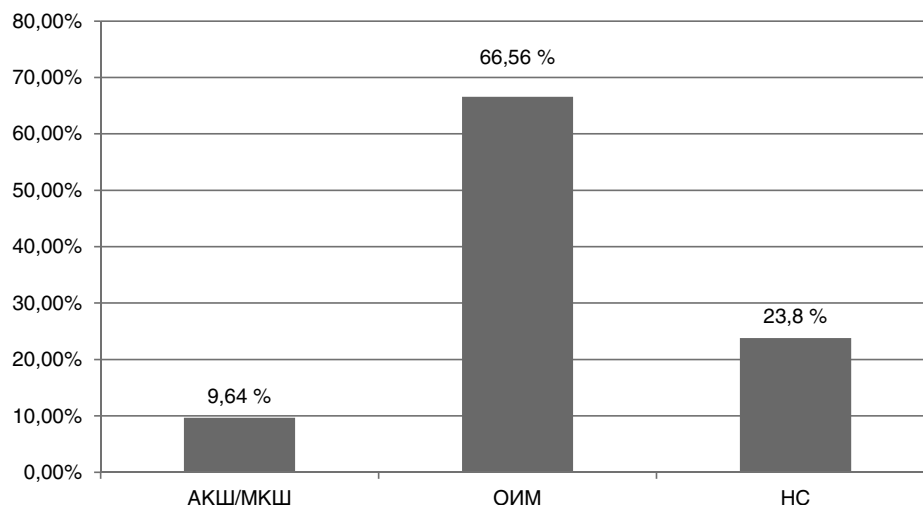


Рис. 6. Распределение индексных событий EuroAspire IV в украинских центрах.

выполнено только 282 процедуры стентирования (45,4 %), из которых планово – 161 (25,0 %), urgently по поводу ОКС – 121 (18,8 %) стентирование и 10 (1,55 %) процедур баллонной ангиопластики (рис. 7).

Структура медикаментозной терапии при выписке из стационара представлена в табл. 1.

Таким образом, если выделить группы препаратов, достоверно улучшающих прогноз, то можно сделать вывод, что практически каждый шестой пациент с доказанной ИБС при выписке

из стационара после индексного события по той или иной причине не получал бета-адреноблокаторы, каждый четвертый не получал блокатор РААС, около трети пациентов не получали статины, и каждый шестой пациент не получал анти-тромботическую терапию (антиагреганты или антикоагулянты), при том что каждому четвертому пациенту назначалась метаболическая терапия (триметазидин).

Для интервью в центры для заполнения опросника и проведения антропометрии и лаборатор-

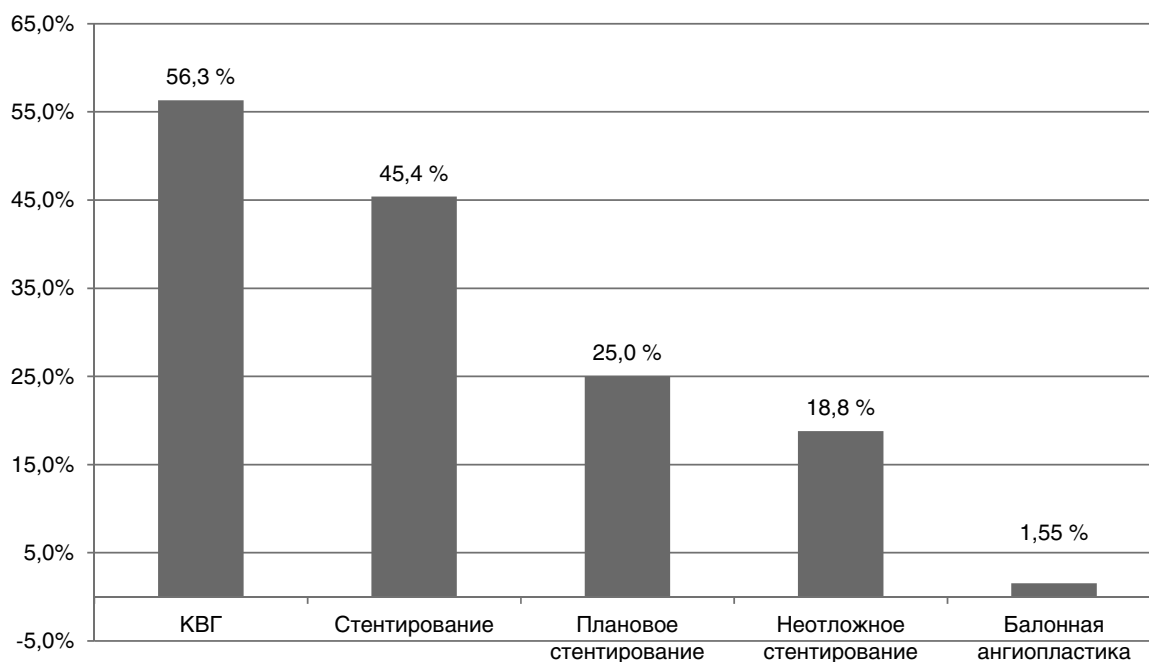


Рис. 7. Удельный вес интервенционных вмешательств в группе обследованных пациентов. КВГ – коронаровентрикулография.

Таблица 1

Структура медикаментозной терапии обследованных пациентов при выписке из стационара по поводу индексного события и на момент включения

Группа препаратов	Абс.	%
Бета-адреноблокаторы	537	83,51
Ингибиторы АПФ	421	65,47
Блокаторы рецепторов АГ II	45	7,0
Блокаторы кальциевых каналов	88	13,7
Нитраты	209	32,5
Диуретики	182	28,3
Антиаритмические препараты	42	6,53
Статины	450	70,0
АСК	523	81,34
Клопидогрель	388	60,34
Антикоагулянты	17	2,64
Блокаторы I _f (ивабрадин)	10	1,56
Метаболические средства (триметазидин)	162	25,2

Примечание. АСК – ацетилсалициловая кислота.

ных тестов явилось 254 больных. Из них около половины имели отягощенный семейный анамнез по ИБС (121 (47,83 %) пациент) и примерно пятая часть – по СД (54 (21,34 %) пациента).

При оценке осведомленности об опасности АГ и необходимости контроля АД и других факторов риска было выяснено, что большинство пациентов (82,28 %) были информированы о наличии у них повышенного АД, и сопоставимое количество (79,53 %) получали регулярно медикаментозную антигипертензивную терапию, однако лишь около половины (58,66 %) пациентов придерживались соответствующей антигипертензивной диеты. Лишь две трети (68,9 %) пациентов были информированы медработниками о наличии у них гиперлипидемии и придерживались соответствующей гиполипидемической диеты (66,54 %) (табл. 2).

Количество больных с установленным диагнозом СД (n=60, 23,16 %) среди интервьюированных было сопоставимо с количеством больных согласно данным анализа историй болезней по поводу индексных событий (18,04 %, p=0,058), при этом все они были информированы об этом медицинскими работниками. При этом более половины (55,74 %) больных СД получали пероральные гипогликемические препараты и подавляющее большинство (83,61 %) придерживались гипогликемической диеты и модификации образа жизни. Инсулин получали лишь 2 больных СД 2-го типа, остальные 6 имели СД 1-го типа. Однако лишь 67,21 % пациентов регулярно контролировали тощаковую глике-

Таблица 2

Информированность опрошенных пациентов с манифестной ИБС после индексного события об АГ и гиперхолестеринемии и необходимости их контроля

	Абс.	%
Знают от врача об АГ	209	82,28
Принимают гипотензивную терапию	202	79,53
Придерживаются АГ диеты	149	58,66
Следят за уровнем АД	199	78,35
Знают от медработника о повышенном уровне ХС	175	68,90
Придерживаются гиполипидемической диеты	169	66,54

Таблица 3

Информированность опрошенных пациентов с манифестной ИБС после индексного события о наличии у них СД и других нарушений углеводного обмена и необходимости их контроля

	Абс.	%
Говорил ли медработник, что у вас диабет	60	23,16
1-го типа	6	2,36
2-го типа	54	21,26
Говорил ли медработник о НТГ/ПТГ	18	7,09
Лечение диабета		
с помощью таблеток	34	55,74
с помощью инсулина	8	13,11
с помощью изменения образа жизни	51	83,61
Контроль уровня глюкозы	41	67,21
Способ контроля		
кровь	41	100,00
моча	0	0,00
Сколько раз в неделю	4,0±6,6	
Осложнения СД	10	3,94
ретинопатия	6	60,00
нефропатия	2	20,00
ангиопатия	1	10,00

мию в среднем (4,0±6,6) раза в неделю при отсутствии либо возможности, либо осведомленности о возможности контроля глюкозурии, и лишь 3,94 % пациентов были осведомлены о наличии у них осложнений СД (ретинопатия, нефропатия или ангиопатия) (табл. 3).

При опросе о регулярном контроле модифицируемых факторов риска было выяснено, что лишь 66,14 % пациентов регулярно контролируют свою массу тела, лишь около одной пятой (21,65 %) измеряют окружность талии, хотя эти показатели являются одними из основных факторов риска, подлежащими контролю в рамках модификации образа жизни [2], лишь две трети (68,9 %) регулярно контролируют значение ОХС крови, чуть более половины (53,94 %) следят за тощаковой гликемией, и лишь одна десятая часть (10,24 %) пациентов осведомлены о своем

Таблица 4

Осведомленность пациентов с манифестной ИБС после индексного события о необходимости контроля модифицируемых факторов риска

Контроль факторов риска	Абс.	%
Масса тела	168	66,14
Окружность талии	55	21,65
АД	235	92,52
Общий ХС	175	68,90
Тошачковая гликемия	137	53,94
HbA1c	26	10,24
ГТГ	10	3,94

значении гликозилированного гемоглобина и менее 4 % выполняли ГТГ. Наиболее мониторируемым оказался контроль уровня АД, за которым следило подавляющее большинство (92,52 %) больных (табл. 4).

При анализе осведомленности о фактических и целевых значениях факторов риска в целом была выявлена низкая осведомленность при адекватном их фактическом контроле ($M \pm SD$). Подавляющее большинство опрошенных пациентов были хорошо информированы лишь о своей фактической массе тела (83,86 %), при том что о целевых значениях знали менее половины (48,43 %), а также как о фактических, так и целевых значениях систолического (САД) (соответственно 91,73 и 81,89 %) и диастолического (ДАД) (соответственно 88,19 и 77,56 %) АД. Лишь четверть (26,38 %) пациентов знали о своей фактической окружности талии, при том что менее одной десятой части (9,84 %) пациентов знали ее целевое значение. Лишь около половины пациентов были осведомлены о фактических (59,45 %) и целевых (45,67 %, $p=0,002$) значениях ОХС и значениях тошачковой гликемии (соответственно 53,15 и 42,91 %, $p=0,021$). Лишь одна десятая часть (11,81 %) пациентов знала свой фактический уровень гликозилированного гемоглобина, и лишь половина из них была осведомлена о его целевых значениях (5,51 %, $p<0,0001$) (табл. 5).

При анализе приверженности медикаментозной терапии выяснилось, что большинство пациентов были высоко привержены назначенным схемам лечения, никогда или редко произвольно меняя назначенные дозировки (84,2 %), и никогда или редко пропуская прием назначенных лекарств (85,38 %). Лишь менее десятой части пациентов часто или регулярно произвольно изменяли дозировку назначенных препаратов (8,7 %) или часто или регулярно пропускали прием (7,12 %) назначенных лекарственных средств (табл. 6).

Таблица 5

Осведомленность пациентов с манифестной ИБС после индексного события о фактических и целевых значениях показателей, относящихся к факторам риска

Информированность о факторах риска	Абс.	%	$M \pm SD$
Масса тела			
действительный уровень	213	83,86	85,97 \pm 14,70
целевой уровень	123	48,43	73,49 \pm 12,44
Окружность талии			
действительный уровень	67	26,38	96,52 \pm 13,35
целевой уровень	25	9,84	90,00 \pm 10,33
САД			
действительный уровень	233	91,73	130,28 \pm 14,86
целевой уровень	208	81,89	119,52 \pm 17,12
ДАД			
действительный уровень	224	88,19	82,74 \pm 13,61
целевой уровень	197	77,56	78,09 \pm 9,19
ОХС			
действительный уровень	151	59,45	4,79 \pm 1,24
целевой уровень	116	45,67	4,46 \pm 0,69
Тошачковая гликемия			
действительный уровень	135	53,15	6,47 \pm 1,85
целевой уровень	109	42,91	5,86 \pm 0,98
HbA1c			
действительный уровень	30	11,81	6,32 \pm 1,10
целевой уровень	14	5,51	6,36 \pm 0,53

Таблица 6

Приверженность к медикаментозному лечению опрошенных пациентов с манифестной ИБС после индексного события

Менял дозу препарата	Абс.	%
никогда	133	52,57
редко	80	31,62
часто	21	8,30
всегда	1	0,40
Пропускал прием препарата		
никогда	125	49,41
редко	91	35,97
часто	17	6,72
всегда	1	0,40

При анализе качественной структуры медикаментозной терапии, получаемой опрошенными пациентами на момент интервью, не выявлено достоверной разницы в частоте приема бета-адреноблокаторов, ингибиторов АПФ, диуретиков, АСК, антиаритмических препаратов, антикоагулянтов и ивабрадина. С другой стороны, было выявлено достоверное увеличение частоты назначения статинов (79,05 % по сравнению с 70,0 %, $p=0,0063$), что, безусловно, является положительной тенденцией и может свидетельствовать, с одной стороны, о повышении уровня осведомленности медработников о необходимости постоянной статинотерапии, а с другой –

Таблиця 7

Структура медикаментозної терапії опрошених пацієнтів во время інтерв'ю по сравнению с медикаментозної терапії при виписке из стационара по поводу индексного события на момент включения по данным анализа медицинской документации

Группа препаратов	Анализ и/б (n=643)	%	Опросник явившихся на интервью (n=254)	%	P
Бета-адреноблокаторы	537	83,51	197	77,87	0,48
Ингибиторы АПФ	421	65,47	151	59,68	0,10
Блокаторы рецепторов ангиотензина II	45	7,0	33	13,14	0,0034
Блокаторы кальциевых каналов	88	13,7	54	21,34	0,005
Нитраты	209	32,5	47	18,58	<0,0001
Диуретики	182	28,3	70	27,56	0,82
Антиаритмики	42	6,53	13	5,14	0,44
Статины	450	70,0	200	79,05	0,0063
АСК	523	81,34	215	84,98	0,19
Клопидогрель	388	60,34	107	43,08	<0,0001
Антикоагулянты	17	2,64	11	4,35	0,19
Блокаторы If (ивабрадин)	10	1,56	9	3,56	0,061
Метаболические средства (триметазидин)	162	25,2	23	9,09	<0,0001

об улучшении функционального состояния пациентов. Повышение частоты назначения блокаторов рецепторов ангиотензина II ($p=0,0034$), блокаторов кальциевых каналов ($p=0,005$), вероятно, объясняется их более частым применением у пациентов после индексных событий и тем, что их назначение в острый период ОКС чаще не является рекомендованным. Уменьшение назначения нитратов ($p<0,0001$) и клопидогреля ($p<0,0001$) также может объясняться лучшим функциональным состоянием пациентов в отдаленный после индексного события период и ограниченным рекомендованным сроком приема клопидогреля после ОИМ (табл. 7). При этом показатели назначения и приверженности основных групп препаратов, улучшающих прогноз (АСК, бета-адреноблокаторов, блокаторов РААС и статинов), были сопоставимы и существенно не отличались от среднеевропейских значений за период 2006–2007 гг. по данным результатов исследования EuroAspire III [5].

При анализе распространенности табакокурения были получены следующие данные: до индексного события из всех пациентов, явившихся на интервью, курили более половины (53,15 %) опрошенных, из которых около половины (28,35 %) продолжали курить за месяц до события. На момент интервью после индексного события продолжали курить 13 % опрошенных, из которых около четверти (27,27 %) планировали бросить курить в течение ближайшего месяца, а около трети (30,3 %) – в течение ближайшего полугодия. Из продолжающих курить 42,42 % не собирались бросать, около четверти

(24,24 %) пациентов однозначно, а примерно каждый пятый (18,18 %) не задумывался об этом (табл. 8). При этом следует отметить, что в Украине отсутствует опыт применения варениклина для желающих бросить курить, что позволяет существенно повысить продолжительность воздержания и достоверно снизить общий кардиоваскулярный риск [6].

При опросе информирования пациентов о факторах риска выяснилось, что примерно трем четвертям (73,62 %) пациентов медицинские работники сообщали о том, что они неправильно питаются. При этом только около половины (51,57 %) пациентов были информированы о том, что они имеют избыточную массу тела, при том, что средний ИМТ в популяции составил $(30,00 \pm 5,33)$ кг/м², то есть большинство пациентов имели избыточную массу тела или ожирение. Из общего количества опрошенных лишь приблизительно каждый пятый (22,05 %) пытался сбросить массу тела за последний месяц, и менее половины (42,52 %) пытались прекратить набирать массу тела либо (46,06 %) удерживали массу тела на целевом уровне в течение полугодия (табл. 9), что свидетельствует о недостаточной осведомленности пациентов относительно необходимости модификации образа жизни и контроле массы тела, что соответствует общеевропейским тенденциям [2, 3].

Согласно общему опроснику мероприятий, предпринятых относительно модификации факторов риска, большинство пациентов были информированы медицинскими работниками относительно модификации диеты, двум третям

Таблица 8
Распространенность табакокурения в популяции интервьюированных пациентов с ИБС

Показатель	Абс.	%
Курение	135	53,15
Стаж курения	26,0±13,73	
Курили за месяц до индексного события	72	28,35
Курят сейчас	33	12,99
Количество сигарет	14,0±6,93	
Планируют бросить в течение месяца	9	27,27
Планируют бросить в течение полугода	10	30,30
Не собираются бросать	8	24,24
Не знают	6	18,18

Таблица 9
Контроль диеты и массы тела опрошенной популяции пациентов с манифестной ИБС после индексных событий

	Абс.	%
Говорил ли медработник о том, что питание нездоровое?	187	73,62
Говорил ли медработник об избыточной массе тела?	131	51,57
Пытались ли сбросить вес за последний месяц?	56	22,05
Пытались ли прекратить набирать вес?	108	42,52
Удерживали ли свой вес на целевом уровне более 6 мес?	117	46,06

(72,33 %) пациентов сообщали о необходимости регулярной физической активности, а около половины (50,6 %) информировали о необходимости занятий физическими упражнениями. При этом согласно опроснику большинство (~85 %) пациентов действительно модифицировали свои диетические привычки, а почти половина (44,66 %) регулярно занимается в той или иной степени физической активностью. При этом менее чем половине (43,87 %) пациентов после индексного события было рекомендовано посещение специальной реабилитационной программы, что соответствует аналогичному неудовлетворительному результату по опыту европейских стран [4] (табл. 10).

Однако при более детальном опросе относительно уровня физической активности интервьюируемых оказалось, что большинство пациентов живут в состоянии гиподинамии, то есть 4,33 % больных вообще не проявляют произвольной физической активности или подвержены легкой физической нагрузке (54,33 %). Физические упражнения 1–2 раза в неделю выполняет лишь около одной пятой части

Таблица 10
Данные опросника относительно рекомендаций по модификации образа жизни и следованию им среди опрошенных пациентов с ИБС после индексного события

Были ли вы информированы медицинскими работниками о необходимости:	Абс.	%
Диеты		
Снижение потребления соли	227	89,72
Уменьшение потребления жиров	241	95,26
Снижение количества потребляемых калорий	219	86,56
Увеличение потребления фруктов и овощей	240	94,86
Увеличение потребления рыбы	230	90,91
Снижение потребления сахара	230	90,91
Уменьшение чрезмерного потребления алкоголя	191	75,49
Снижения массы тела		
Следование диетическим рекомендациям	179	70,75
Регулярная физическая активность	183	72,33
Увеличение объема физической активности		
Специальные упражнения	128	50,59
Посещение фитнес-клуба	34	13,44
Больше ежедневной физической активности	181	71,54
Что предпринято для снижения риска ССЗ		
Отказ от курения	45	24,32
Сокращение количества сигарет	29	19,08
Снижение потребления соли	206	81,42
Снижение потребления жиров	232	91,70
Изменение типов потребляемых жиров	224	88,54
Снижение количества потребляемых калорий	202	79,84
Увеличение потребления фруктов и овощей	225	88,93
Увеличение потребления рыбы	206	81,42
Снижение потребления сахара	194	76,68
Снижение чрезмерного потребления алкоголя	190	75,10
Регулярная физическая активность	113	44,66
Была ли рекомендована программа реабилитации в течение 3 мес после индексного события	111	43,87

(22,44 %) пациентов, занимаются не менее 3 раз в неделю лишь 15,75 % пациентов. При этом более трети (37,85 %) вообще не испытывают умеренной физической нагрузки, способной вызвать сердцебиение. Кроме того, лишь 14,75 % пациентов поддерживают уровень регулярных физических упражнений в течение более полугода и менее 3 % – менее полугода, в то время как остальные лишь декларируют такое намерение или вообще не планируют заниматься физическими упражнениями (табл. 11).

Эти данные практически совпадали с данными опросника физической активности IPAQ, согласно которому лишь 21,33 % пациентов имели высокий уровень физической активности, умеренный – около трети (34,67 %) пациентов, а почти половина (44,0 %) пациентов имели низкий уровень физической активности.

Выводы

1. Для пациентов в Украине характерно раннее развитие манифестных форм ишемической болезни сердца – средний возраст (56,0±8,9) года, при том, что распространенность ожирения носит эпидемический характер, сопоставимый с уровнем европейских стран, сахарный диабет диагностирован у одной пятой части больных, и к моменту развития манифестных форм ишемической болезни сердца у большинства (82 %) пациентов выявляют артериальную гипертензию.

2. В Украине имеет место недостаточный уровень интервенционной медицинской помощи. В исследованной популяции лишь 45,5 % пациентам была проведена интервенционная реваскуляризация миокарда по поводу индексного события, и лишь в 18,8 % случаев была возможность ургентного вмешательства. Однако 11 % пациентам, которым была проведена коронарорентрикулография, не была показана реваскуляризация миокарда.

3. Имеет место низкая информированность пациентов медработниками о важности гиперлипидемии и гипергликемии как факторов риска развития ишемической болезни сердца и необходимости гиполипидемической и гипогликемической диеты у индексной группы пациентов, так более 30 % пациентов после индексных событий не были информированы в лечебных учреждениях, вследствие чего более 30 % пациентов с сахарным диабетом регулярно не контролируют уровень гипергликемии.

4. В Украине имеет место недостаточный уровень назначения кардиопротекторной терапии (бета-адреноблокаторы, блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, ацетилсалициловая кислота, статины), однако же сопоставимый с общеевропейским уровнем [5].

5. Остается актуальной проблема табакокурения – около 13 % пациентов в исследованной популяции продолжает курить после развития индексного события, а значительная их часть не собирается отказываться от табакокурения.

Таблица 11

Уровень физической активности опрошенной популяции пациентов с манифестной ИБС после индексных событий

Уровень физической активности	Абс.	%
Отсутствие еженедельной активности	11	4,33
Только легкая	138	54,33
Интенсивная не менее 20 мин не менее 1–2 раза в неделю	57	22,44
Интенсивная не менее 20 мин не менее 3 раз в неделю	40	15,75
Не знают	2	0,79
Нагрузка, вызывающая сердцебиение	Абс.	%
Часто	39	15,54
Иногда	116	46,22
Никогда	95	37,85
Регулярные физические упражнения	Абс.	%
Более 6 мес	36	14,75
Менее 6 мес	7	2,87
Собираются в течение 30 дней	20	8,20
Собираются в течение 6 мес	90	36,89
Не собираются в течение 6 мес	51	20,90
Не знают	40	16,39

6. Отсутствие целенаправленных программ физической реабилитации, являясь общеевропейской проблемой, ведет к крайне низкому уровню физической активности пациентов, большинство из которых в Украине после индексного события продолжает существовать в условиях гиподинамии, что является существенным фактором риска неблагоприятного прогноза.

Литература

- Cooney M.T., Kotseva K., Dudina A. et al. Determinants of risk factor control in subjects with coronary heart disease: a report from the EUROASPIRE III investigators // *Europ. J. of Prevent. Cardiology.*– 2013.– Vol. 20.– P. 4686–4691.
- Bacquer D. De, Dallongeville J., Heidrich J. et al. Management of overweight and obese patients with coronary heart disease across Europe // *Europ. J. of Preventive Cardiology.*– 2010.– Vol. 17.– P. 4447–454.
- Kotseva K., Wood D., De Backer G., et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries // *Europ. J. of Preventive Cardiology.*– 2010.– Vol. 17.– P. 530–540.
- Kotseva K., Wood D., De Backer G. et al. Use and effects of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE III survey // *Europ. J. of Preventive Cardiology.*– 2013.– Vol. 20.– P. 5817–5826.
- Gyberg V., Kotseva K., Dallongeville J. et al. Does pharmacologic treatment in patients with established coronary artery disease and diabetes fulfil guideline recommended targets? A report from the EUROASPIRE III cross-sectional study // *Europ. J. of Preventive Cardiology.*– April 1, 2014.– 2047487314529353.
- Jennings C., Kotseva K., De Bacquer D. et al. Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers: the EUROACTION PLUS varenicline trial // *Eur. Heart J.*– 2014.– Vol. 35 (21).– P. 1411–1420.