

Погосова Н. В.<sup>1</sup>, Оганов Р. Г.<sup>1</sup>, Бойцов С. А.<sup>1</sup>, Аушева А. К.<sup>1</sup>, Соколова О. Ю.<sup>1</sup>, Курсаков А. А.<sup>1</sup>, Поздняков Ю. М.<sup>1</sup>, Гомыранова Н. В.<sup>1</sup>, Карпова А. В.<sup>1</sup>, Исакова С. С.<sup>1</sup>, Салбиева А. О.<sup>1</sup>, Юсубова А. И.<sup>1</sup>, Лельчук И. Н.<sup>1</sup>, Алленов А. М.<sup>2</sup>, Винокуров В. Г.<sup>2</sup>, Стрелкова С. Н.<sup>2</sup>, Климова А. О.<sup>2</sup>, Лошкарев Ю. В.<sup>2</sup>, Рубанов Р. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» МЗ РФ, 101990, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

<sup>2</sup> – ГБУЗ «ГП № 210 ДЗМ», 115211, Москва, Каширское шоссе, д. 57, корп. 1

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ РИСКОМ В РОССИИ И ДРУГИХ СТРАНАХ ЕВРОПЫ (ЧАСТЬ 1)

Ключевые слова: многоцентровое исследование, первичная профилактика, высокий сердечно-сосудистый риск

Ссылка для цитирования: Погосова Н. В., Оганов Р. Г., Бойцов С. А., Аушева А. К., Соколова О. Ю., Курсаков А. А. и др.

Эффективность первичной профилактики заболеваний, обусловленных атеросклерозом, у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском в России и других странах Европы (часть 1). Кардиология 2017;57(S1):333–344

### РЕЗЮМЕ

**Актуальность.** Оценка эффективности контроля ФР у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском в условиях практического здравоохранения является важной мерой в свете решения задачи по снижению смертности населения от ССЗ. **Цель.** Анализ распространенности и контроля ФР у пациентов с высоким риском (ВР) ССЗ из российских центров ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV, в сравнении с общей популяцией исследования. **Материалы и методы.** В данном поперечном исследовании участвовало 14 европейских стран, в том числе Российская Федерация. В исследование включались пациенты в возрасте 18–80 лет, без клинических проявлений атеросклероза, которым в период от ≥6 месяцев до <3 лет перед включением была назначена антигипертензивная терапия и/или гиполипидемическая терапия, и/или лечение СД. Протокол исследования включал анализ медицинской документации и проведение визита-интервью с использованием специально разработанного структурированного опросника, посвященного основным аспектам образа жизни (курение, питание, физическая активность, психосоциальные факторы), приему препаратов и соблюдению прочих рекомендаций. Во время интервью также регистрировались антропометрические данные, АД, концентрация СО, а также забиралась венозная кровь для определения уровней липидов, глюкозы крови и HbA<sub>1c</sub>. Всем пациентам без СД при отсутствии гипергликемии натощак ≥11,1 ммоль/л проводился оральная глюкозотолерантный тест. **Результаты.** В общей сложности в российских центрах участниками исследования были 505 пациентов с ВР и состоялось 405 интервью (71,6% женщин). Распространенность курения в российской когорте и в общей популяции исследования составила 17,8% и 16,6%, соответственно, ожирения – 56,6 и 43,5%, СД – 18,7 и 27,7%, низкой физической активности – 53,2 и 68,5%. Получаемая пациентами поддержка при отказе от курения была явно недостаточной и крайне редко включала медикаментозную терапию. Частота достижения целевого уровня АД на фоне терапии составила, соответственно, 68,1 и 42,8%, а целевого уровня ХС ЛНП – 26,2 и 32,7%. Уровень HbA<sub>1c</sub> <7%, был зарегистрирован у 64,3% пациентов с СД в российской когорте и у 58,5% в исследовании в целом. Доля пациентов, у которых СД был выявлен только при визите-интервью, составила 26,4 и 21,8% соответственно. **Заключение.** Различные компоненты кардиоваскулярной профилактики в России и в общей популяции исследования имели определенные различия, при этом в некоторых областях (в частности, контроле АД), российские пациенты с ВР достигали даже лучших результатов, чем в Европе в целом. Напротив, в российских центрах была хуже ситуация в отношении распространенности у пациентов с ВР избыточной массы тела и ожирения, контроля уровня липидов крови, а также частоты обнаружения недиагностированного ранее СД.

Pogosova N. V.<sup>1</sup>, Oganov R. G.<sup>1</sup>, Boytsov S. A.<sup>1</sup>, Ausheva A. K.<sup>1</sup>, Sokolova O. Yu.<sup>1</sup>, Kursakov A. A.<sup>1</sup>, Pozdnyakov Yu. M.<sup>1</sup>, Gomyranova N. V.<sup>1</sup>, Karpova A. V.<sup>1</sup>, Isakova S. S.<sup>1</sup>, Salbieva A. O.<sup>1</sup>, Yusubova A. I.<sup>1</sup>, Lel'chuk I. N.<sup>1</sup>, Allenov A. M.<sup>2</sup>, Vinokurov V. G.<sup>2</sup>, Strelkova S. N.<sup>2</sup>, Klimova A. O.<sup>2</sup>, Loshkarev Yu. V.<sup>2</sup>, Rubanov R. V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> – National Research Center for Preventive Medicine, Petroverigsky Per. 10, Bldg. 3, Moscow 101990, Russia

<sup>2</sup> – Municipal Clinic #210, Moscow Department of Health Care, Kashirskoe Shosse 57, Bldg 1, Moscow 115211

## EFFICACY OF PRIMARY PREVENTION FOR ATHEROSCLEROSIS-INDUCED DISEASES IN PATIENTS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK IN RUSSIA AND OTHER EUROPEAN COUNTRIES (PART 1)

Keywords: multi-center study, primary prevention, high cardiovascular risk

For citation: Pogosova N. V., Oganov R. G., Boytsov S. A., Ausheva A. K., Sokolova O. Yu., Kursakov A. A. et al.

Efficacy of primary prevention for atherosclerosis-induced diseases in patients with high cardiovascular risk in Russia and other European countries (Part 1). *Kardiologiia*. 2017;57(S1):333–344

### SUMMARY

**Relevance.** Evaluation of the effectiveness of risk management in persons with high cardiovascular risk is an important element in reducing the death rate of the population from cardiovascular diseases (CVD). **Aim.** Analysis of the prevalence and level of risk factors control in patients with high CV risk CVD from the Russian centers of the primary care unit of the EUROASPIRE IV study in comparison with the general population of the study. **Materials and methods.** In this cross-sectional study, 14 European countries, including the Russian Federation, participated. Patients aged 18 to 79 years were included in the study, without clinical manifestations of atherosclerosis, who were prescribed antihypertensive therapy and/or lipid lowering therapy and/or treatment for diabetes between the ages of  $\geq 6$  months and  $< 3$  years before switching on. The study protocol included analysis of medical records and a visit-interview using a specially designed structured questionnaire on the main aspects of lifestyle (smoking, nutrition, physical activity, psychosocial factors), taking medications and adhering to other recommendations. Anthropometric data, blood pressure, concentration of carbon monoxide (CO) in the exhaled air were also recorded during the interview, and venous blood was taken to determine the levels of lipids, glucose and glycated hemoglobin (HbA<sub>1c</sub>). All patients without diabetes in the absence of fasting hyperglycaemia  $\geq 11.1$  mmol/l conducted an oral glucose tolerance test. **Results.** In total, 505 patients with known high CV risk were examined in Russian centers and 405 interviews took place (71.6% of women). The prevalence of smoking in the Russian cohort and in the general population of the study was 17.8 and 16.6%, obesity – 56.6 and 43.5%, diabetes – 18.7 and 27.7%, low physical activity – 53.2 and 68.5%, respectively. Support received by patients with smoking quitting was clearly insufficient and rarely included medical therapy. The frequency of reaching the target level of blood pressure on the background of therapy was 68.1 and 42.8%, respectively, and the target level of LDL-C was 26.2 and 32.7%. HbA<sub>1c</sub>  $< 7\%$  was reported in 64.3% of patients with diabetes in the Russian cohort and 58.5% in the study as a whole. The proportion of patients whose diabetes was detected only during the visit-interview was 26.4% and 21.8%, respectively. **Conclusion.** The different components of cardiovascular prevention in Russia and in the general population of the study had some differences, while in some areas, in particular in the control of blood pressure, Russian patients with BP achieved even better results than in Europe as a whole. On the contrary, the situation in Russian centers was worse with regard to the prevalence of overweight and obesity in patients with BP, control of blood lipid levels, as well as detection rates not previously diagnosed with diabetes.

Существуют три основных стратегии снижения заболеваемости и смертности от ССЗ: популяционная стратегия, стратегия высокого риска и вторичная профилактика [1, 2]. Стратегия высокого риска фокусируется на выявлении в популяции лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и проведении у них активных профилактических мероприятий, направленных прежде всего на контроль ФР (в том числе посредством медикаментозных мер) с целью предотвращения новых случаев ССЗ и их осложнений. Оценка эффективности контроля ФР у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском в условиях практического здравоохранения является важным элементом снижения смертности населения от ССЗ.

Европейское общество кардиологов регулярно проводит Программу обсервационных исследований EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events), изначально созданную для мониторинга эффективности вторичной профилактики у больных ИБС в странах Европы, однако уже с 2006–2007 гг. в рамках 3-го исследования EUROASPIRE III было решено включить в Программу мониторинг эффективности первичной профилактики заболеваний,

обусловленных атеросклерозом [3]. С этой целью исследование было разделено на госпитальную ветвь, в которую включались пациенты с ИБС после перенесенных ОКС или вмешательств по реваскуляризации миокарда, и ветвь первичного звена, с включением пациентов с высоким риском (ВР) без клинических проявлений атеросклероза.

Россия присоединилась к ветви первичного звена Программы, начиная с 4-го исследования – EUROASPIRE IV [4], и это стало важным событием в сфере кардиоваскулярной профилактики. Хотя за последние десятилетия в нашей стране осуществлено несколько проектов по оценке распространенности и контроля основных кардиоваскулярных ФР у лиц с ВР без клинических проявлений атеросклероза [5–7], только Программа EUROASPIRE позволяет нам, благодаря применению единых методологических подходов, корректно оценить эффективность профилактической помощи пациентам с ВР в разных странах Европы.

Это первая публикация результатов российской ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV. В статье рассматриваются распространенность и контроль ФР

у пациентов с ВР. Следующая публикация будет посвящена особенностям медикаментозных и немедикаментозных вмешательств с целью коррекции ФР.

### Материалы и методы

Дизайн ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV во многом был аналогичен описанному ранее дизайну госпитальной ветви [8]. Это поперечное исследование было проведено с января 2014 по апрель 2015 года, в общей сложности в проекте участвовало 71 медицинское учреждение первичного звена здравоохранения из 14 стран: Боснии и Герцеговины, Болгарии, Великобритании, Испании, Литвы, Польши, Португалии, Румынии, России, Сербии, Украины, Хорватии, Швеции, а также Казахстана. В медицинских учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, ретроспективно по медицинской документации идентифицировались последовательные пациенты в возрасте  $\geq 18$  и  $< 80$  лет, не имеющие ИБС и другие клинические проявления атеросклероза, которым в период от  $\geq 6$  месяцев до  $< 3$  лет до включения в исследование была назначена антигипертензивная терапия и/или гиполипидемическая терапия, и/или лечение СД (диета и/или пероральные сахароснижающие препараты, и/или инсулин).

Критериями исключения служили тяжелые острые состояния, хронические заболевания в стадии декомпенсации, тяжелые психические расстройства, наркотическая или алкогольная зависимость, отказ пациента от участия в исследовании. Все идентифицированные по медицинским документам пациенты с ВР приглашались на визит-интервью с целью оценки отдаленных результатов лечения, наличия и уровней ФР, клинического, психологического статуса и показателей качества жизни, а также оценки адекватности немедикаментозных и медикаментозных рекомендаций, предоставленных пациентам. Каждый пациент подписывал информированное согласие на участие в исследовании.

Во время визита-интервью с помощью структурированной индивидуальной регистрационной карты проводился детальный опрос пациентов по основным аспектам образа жизни (курению, питанию, физической активности, психосоциальным факторам), приему препаратов и соблюдению прочих рекомендаций. С использованием идентичного для всех стран оборудования регистрировались антропометрические данные (рост, масса тела, окружность талии (ОТ)), АД (автоматический цифровой тонометр Omron M6, производитель – корпорация OMRON, Киото, Япония), концентрация монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе (прибор Smokerlyser, модель Micro+, изготовитель – Bedfont Scientific, Великобритания) с целью объективизации факта курения и оценки его тяжести. Пациенты считались

куращими с их слов и/или при обнаружении содержания СО в выдыхаемом воздухе более 10 ppm. В соответствии с общепринятыми критериями наличие избыточной массы тела определялось при ИМТ 25,0–29,9 кг/м<sup>2</sup>, ожирение – при  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>. Значения ОТ  $\geq 94$  см у мужчин и  $\geq 80$  см у женщин расценивалось, как абдоминальное ожирение (АО), а  $\geq 102$  см у мужчин или  $\geq 88$  см у женщин – как выраженное АО. Целевым считали уровень АД  $< 140/90$  мм рт. ст. и  $< 140/80$  мм рт. ст. при наличии у пациента СД.

Все пациенты заполняли Международный опросник физической активности IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) [9] и Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression депрессии Scale – HADS) [10]. 8–10 баллов по подшкалам тревоги (HADS-A) и депрессии (HADS-D) расценивали как субклиническую,  $\geq 11$  баллов – как клинически выраженную тревожную или депрессивную симптоматику.

Во время визита-интервью производился забор венозной крови натощак для определения уровней общего ХС (ОХС), ХС ЛВП, ТГ, ХС ЛНП (с расчетом по формуле Фридевальда), а также уровня глюкозы крови и гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>). Оценка проводилась централизованно в Национальном институте здоровья и благополучия (Хельсинки, Финляндия). Всем пациентам без СД при отсутствии уровня гликемии натощак  $\geq 11,1$  ммоль/л проводился оральная глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы в 200 мл воды после не менее чем 10-часового голодания.

Статистический анализ результатов исследования EUROASPIRE IV проводился на кафедре Общественного здравоохранения Гентского Университета (Бельгия) с помощью версии 9.4 пакета прикладных статистических программ SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики.

В России в ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV участвовали городская поликлиника № 210, где производилась идентификация пациентов, и Федеральный центр здоровья ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России (Москва), на базе которого проводились визиты-интервью. Российская часть исследования EUROASPIRE IV проведена под эгидой Национального медицинского общества профилактической кардиологии и при поддержке исследовательского гранта, предоставленного компанией «Фармстандарт».

### Результаты и обсуждение

В рамках ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV в российских центрах было идентифицировано 505 пациентов с ВР и состоялось 405 интервью (что соответствовало частоте отклика

80%). В общей популяции исследования было идентифицировано 6 700 пациентов с ВР, частота отклика была ниже – 68,4% (всего проинтервьюировано 4 579 пациентов). В российских центрах основанием для включения пациентов с ВР в исследование в 88,6% случаев было назначение антигипертензивной терапии, в 8,9% – гиполипидемической и в 12,1% – сахароснижающей терапии; в общей популяции исследования распределение поводов для включения было несколько иным: 70,8, 25,9 и 23,9% соответственно.

И в российских центрах, и в общей популяции исследования среди включенных пациентов преобладали женщины (71,6 и 57,8% соответственно), при этом женщины были старше мужчин, особенно это касается наших пациентов (52,6±10,8 лет и 57,3±9,6 лет), в европейской популяции – 57,9±12,0 и 59,5±10,8 лет.

Как и в госпитальной ветви EUROASPIRE IV [11], российские пациенты из ветви первичного звена имели более высокий образовательный уровень в сравнении с европейскими пациентами (высшее образование – 39,5 против 35,2%, среднее специальное образование – 42,5 против 14,2%).

По результатам исследования у пациентов с ВР установлена высокая распространенность потенциально модифицируемых ФР ССЗ и недостаточная эффективность мероприятий по их коррекции.

Распространенность курения среди пациентов с ВР в российской когорте и общей популяции исследования в целом была сопоставимой (рис. 1), при этом российские мужчины курили в 1,5 раза чаще. Среди участвовавших в исследовании стран наиболее высокой распространенность курения среди пациентов с ВР была в Сербии (46,8% мужчин, 34,0% женщин, 39,4% в целом), а самой низкой – в Румынии (9,1% в целом,

13,9% мужчин и 5,9% женщин). Следует отметить, что распространенность курения в общей популяции Российской Федерации, по данным близкого по срокам проведения исследования ЭССЕ-РФ [7], была выше – 25,7% (43,5% у мужчин, 14,2% у женщин). Различие может быть связано с особенностями обследованных выборок и более активной борьбой с курением среди пациентов с ВР в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Важно отметить, что в российских центрах мужчины в 2 раза чаще женщин выражали желание отказаться от курения в ближайшие полгода (62,9% против 33,3%). Это один из наиболее высоких показателей в Европе: чаще о своем желании бросить курить сообщали только пациенты из Польши (61,2% в целом, 64,2 и 58,0% среди мужчин и женщин соответственно). Реже всего намеревались бросить курить в течение 6 месяцев пациенты Испании (0% мужчин, 8,3% женщин, 4,3% в целом).

Однако медицинская помощь по отказу от курения была явно недостаточной, в результате пациенты нечасто прислушивались к рекомендациям по отказу от курения, даже если получали их (табл. 1). В российских центрах 84,3% пациентов с ВР сообщили, что в течение последних 3-х лет получили от врача устный совет отказаться от курения, письменно эта рекомендация была дана 46,9% пациентов (в общей популяции EUROASPIRE IV – 73,5 и 28,4% соответственно).

В отличие от госпитальной ветви EUROASPIRE IV [8], в которой российские участники получили существенно меньше поддержки по отказу от курения в сравнении с общей популяцией исследования, пациенты с ВР

**Таблица 1.** Медицинская помощь по отказу от курения у пациентов с ВР в российской когорте и в общей популяции исследования в течение 3 лет до включения в исследование

Вид помощи	Россия	Общая популяция исследования
<b>Помощь в специализированных учреждениях или программах</b>		
Направление	10,1%	11,1%
Участие	2,9%	3,2%
<b>Никотинзаместительная терапия</b>		
Назначение	7,7%	11,6%
Прием	4,5%	6,4%
<b>Бупропион</b>		
Назначение	1,6%	2,6%
Прием	1,6%	1,0%
<b>Варениклин</b>		
Назначение	1,6%	2,9%
Прием	0,0%	1,3%
<b>Прочие препараты</b>		
Назначение	4,8%	4,2%
Прием	1,6%	2,6%



**Рис. 1.** Распространенность курения у пациентов с ВР на момент интервью в российской когорте и в общей популяции исследования (со слов пациентов и по содержанию СО в выдыхаемом воздухе >10 ppm)

из российских центров и из остальных стран Европы получали направления в специализированные программы помощи или доступную фармакотерапию с сопоставимой частотой, а именно очень редко (порядка 10%). Даже наиболее популярный вид медикаментозной поддержки отказа от курения – никотинзаместительная терапия назначалась лишь примерно каждому 10-му пациенту в общеевропейской выборке и менее 8% российских пациентов. Однако следует отметить, что среди тех пациентов, которым все же рекомендовалось обращение в специализированные структуры, к этому совету прислушалось всего около трети, и различные варианты медикаментозной поддержки также принимали единичные пациенты. Впрочем, во многих исследованиях показано, что существует достаточно много свидетельств низкой приверженности пациентов к различным мерам помощи при отказе от курения, например, к никотинзаместительной терапии [12].

Девять из десяти включенных в исследование в России пациентов имели значение ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup> и выше (мужчины – немного чаще, чем женщины), при этом более чем у половины участников (56,5%) значение ИМТ соответствовало ожирению (у 48,7% мужчин и 59,6% женщин) (рис.2). В общей популяции исследования доля пациентов с ожирением была немного меньше, чем в российской когорте, но также приближалась к половине (43,5% в целом, 40,4% у мужчин и 45,7% у женщин), при том, что доля пациентов с ИМТ ≥ 25 кг/м<sup>2</sup> (то есть с избыточной массой тела или ожирением) была сопоставимой (84,3% в Европе в целом и 86,6% в российской когорте). Как и в госпитальной ветви EUROASPIRE IV [8], российские пациенты с ВР фактически заняли 1-е место по распространенности ожирения среди всех стран-участниц, за ними с небольшим отрывом оказались участники из Литвы (54,9%) и Испании (51,6%). Самой низкой распространенность ожирения по данным ИМТ была в Боснии и Герцеговине (17,6%) и Сербии (23,3%). Если же рассматривать пациентов с любой степенью увеличения ИМТ (≥ 25 кг/м<sup>2</sup>), то практически во всех странах-участницах были получены достаточно однородные результаты порядка 80–90%, за исключением Сербии, где распространенность избыточной массы тела и ожирения была наиболее низкой и составила 65,7%. Однако следует отметить, что распространенность ожирения (по показателю ИМТ) в общей популяции нашей страны, по данным исследования ЭССЕ–РФ [7], была ниже (примерно у каждого 3-го и также чаще отмечалось у женщин).

С учетом особой значимости АО для оценки сердечно-сосудистого риска у пациентов определялась ОТ (результаты представлены на рисунке 3).



## Для тех, кто любит жизнь всем сердцем!

*Эспиро снижает смертность у пациентов с сердечной недостаточностью и перенесших инфаркт миокарда*



**Снижает внезапную смертность на 1/3<sup>1</sup>**  
**Снижает количество госпитализаций<sup>2</sup>**  
**Улучшает функцию миокарда<sup>3</sup>**

1 - Pitt B et al. Eur. J Heart Fail/ 2006; 8: 295-301.

2 - Zannad et al., N Engl J Med. (10.1056/NEJM oa 1009492) November 14, 2010

3 - Udelson JF. Et d., Circ. Heart Fail. 2010;3: 347-353

Производитель – фармацевтический завод «Польфарма» АО, Польша  
 АО «АКРИХИН», 142 450, Московская область, Ногинский район,  
 г. Старая Купавна, ул. Кирова, 29, телефон/факс (495) 702-95-03

Распространенность АО у российских пациентов с ВР примерно соответствовала распространенности у них избыточной массы тела и ожирения, а выраженное АО встречалось даже чаще, чем ожирение по показателю ИМТ (63,1% в целом, 44,1% у мужчин и 70,6% у женщин). Распространенность ожирения по показателю ИМТ в общеевропейской популяции хоть и высокая, но все же несколько ниже российской, в то же время

распространенность АО и выраженного АО в Европе в целом была даже чуть выше, чем в российской когорте (84,9 и 63,9% соответственно). Наиболее высокой частота АО у пациентов ВР была в Болгарии (97,9%), а самой низкой – в Великобритании (79,8%). Выраженное АО также чаще отмечалось у пациентов из Болгарии (85,6%), а самая благополучная ситуация по этому показателю была в Боснии и Герцеговине (50,3%).

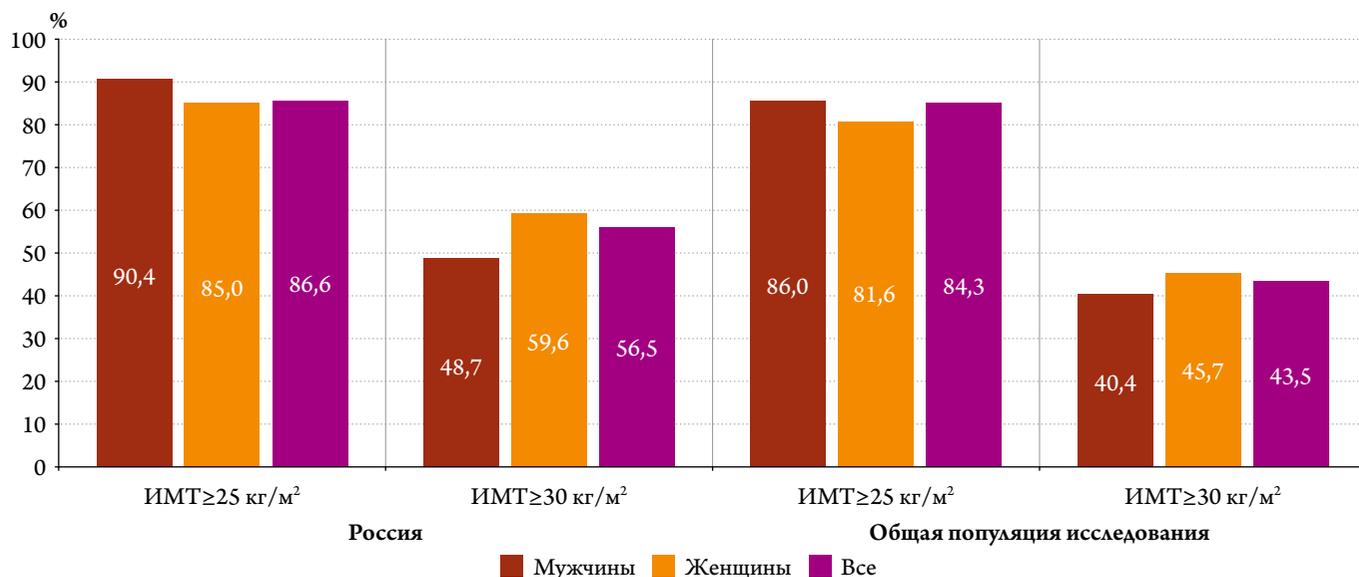


Рис. 2. Распространенность избыточной массы тела и ожирения у пациентов с ВР в российской когорте и в общей популяции исследования на момент интервью

ИМТ = индекс массы тела

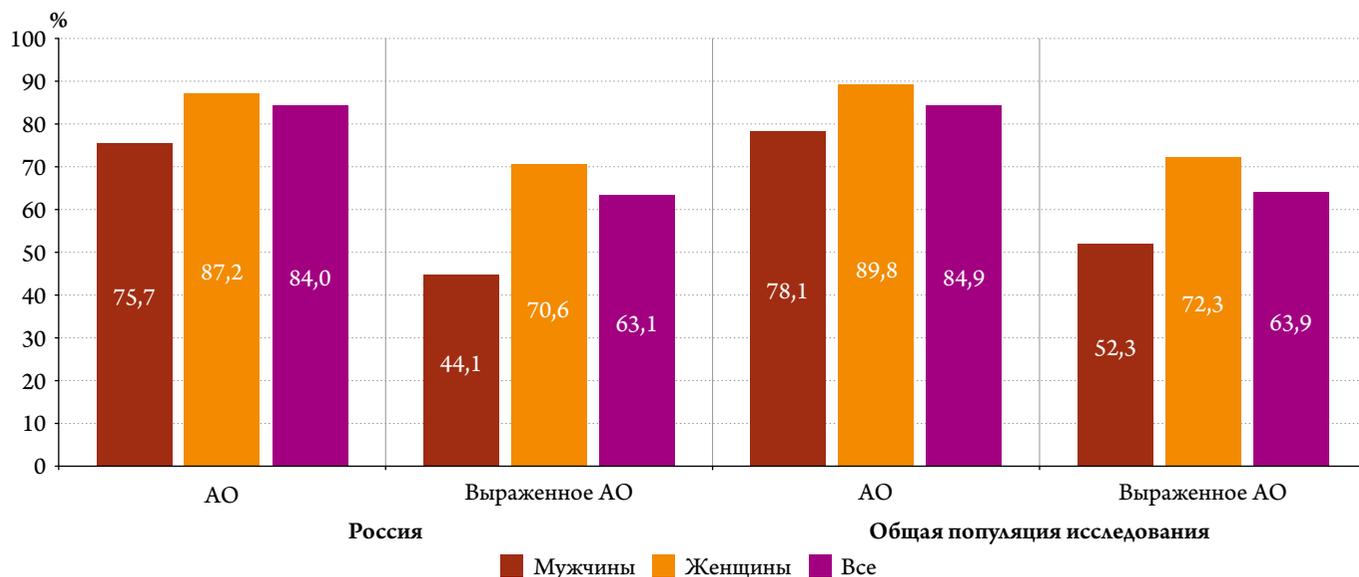


Рис. 3. Распространенность АО у пациентов с ВР в российской когорте и в общей популяции исследования на момент интервью

АО = абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 80/94 см у женщин/мужчин);  
 выраженное АО = (окружность талии ≥ 88/102 см у женщин/мужчин)

Рассмотрим меры, которые предпринимались для коррекции избыточной массой тела и ожирения у пациентов с ВР. Начнем с постановки самой проблемы. Большинству наших пациентов (65,2% с ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> и 71,0% с ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) медицинские работники говорили, что их рацион питания не является здоровым (в общей популяции – 52,9 и 62,0% соответственно). Абсолютное большинство (82,3%) российских пациентов с избыточной массой тела и ожирением сообщили, что медицинские работники говорили им о наличии у них избыточной массы тела (63,8% в общей популяции исследования); среди пациентов с ожирением доля информированных пациентов в России и остальных странах составила 91,1 и 79,9% соответственно.

По данным, представленным в таблице 2, создается впечатление, что российские пациенты ВР с избыточной массой тела и ожирением более активно пытались нормализовать массу тела и чаще имели периоды успеха в анамнезе, что вызывает некоторое недоверие, учитывая вышеприведенные показатели. Возможно, имеет место некоторая неискренность пациентов и желание создать более благоприятное впечатление у интервьюирующего, однако возможно также, что это следствие малой эффективности доступных нам методов лечения ожирения [13], а также компенсаторного увеличения массы тела после резкого похудения, например, при использовании диет с резким ограничением энергетической ценности [14].

Перейдем к одному важному и тесно связанному с показателями массы тела ФР ССЗ – низкой физической активности, которая считалась таковой, если пациент сообщал, что регулярно выполняет физические нагрузки в течение <30 минут 5 дней в неделю, что соответствует рекомендуемому в настоящее время 150 минутам умеренной активности в неделю [1, 2].

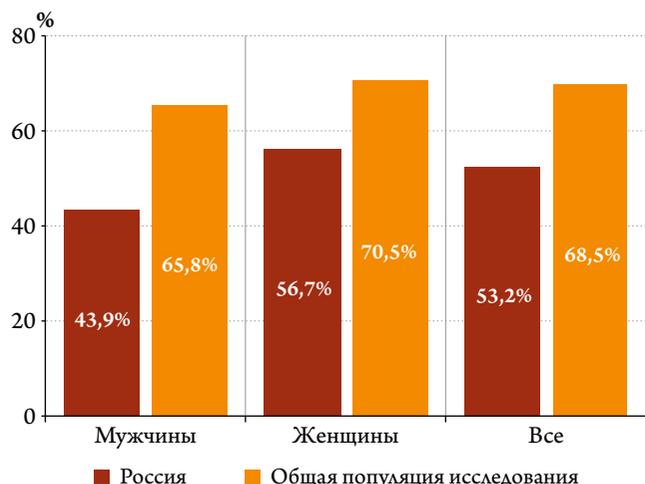
Несмотря на то, что в российской когорте низкую физическую активность имел каждый 2-й участник (53,2%), ситуация у нас была более благоприятной, чем в общей европейской популяции (68,5%) (рис. 4). Сходные результаты были показаны в более ранних исследованиях [6, 15]. Возможно, при ответах на вопросы об уровне активности российские пациенты учитывают длительность бытовых нагрузок, не достигающих умеренной интенсивно-

сти, в то время как пациенты из других странах Европы чаще имеют в виду целенаправленные тренировки. Тем не менее, как и в госпитальной ветви EUROASPIRE IV [8], распределение российских пациентов по категориям физической активности в соответствии с опросником IPAQ также выглядело более благоприятным: низкий уровень физической активности у 19,7% участников, умеренный – у 19,9%, высокий – у 60,4%; в общей популяции исследования – 24,8, 33,7 и 41,4% соответственно. Среди стран-участниц исследования наиболее высокая частота низкой физической активности по данным IPAQ отмечалась в Казахстане (47,6%) и Португалии (44,8%), а наиболее низкая – в Румынии (5,8%). Что касается ситуации в общей популяции Российской Федерации, уровень физической активности был расценен как низкий у 38,8% участников исследования ЭССЕ-РФ (у мужчин незначительно реже, чем у женщин) [7].

Перейдем к анализу ситуации с таким ключевым ФР ССЗ, как АГ. Подавляющее большинство пациентов с ВР (92,1% в России и 82,7% в общей популяции исследования) получали антигипертензивную терапию, и мы заняли 1-е место среди стран-участниц исследования по частоте регистрации целевого уровня АД на момент интервью – у 68,1% российских пациентов (58,6% мужчин и 71,8% женщин). Этот результат близок к частоте контроля АД у больных гипертонией, которая была получена в госпитальной ветви исследования (73,4%), и представлял собой значительный прогресс по сравнению с ранее проведенным в учреждениях первичного звена здравоохранения исследованием РЕЛИФ [6]. На 2-м месте с небольшим отставанием была Сербия (66,4%), в остальных странах-участницах частота достижения целевого АД оказалась значительно ниже, что и обусловило менее успешные среднеевропейские показатели (42,8% в целом, 35% у мужчин и 48,4% у женщин). Самой низкой доля пациентов с успешным контролем АД на фоне антигипертензивной терапии была в Румынии (28,5%). В российской когорте был также один из самых низких в Европе показателей частоты значительного повышения АД (до уровня 160/100 мм рт. ст. и выше) на момент интервью: среди российских пациентов таких случаев было всего 5,6%

**Таблица 2.** Действия по контролю массы тела у пациентов ВР с избыточной массой тела и ожирением в российской когорте и в общей популяции исследования

Предпринимаемые действия в прошлом и намерения	Россия		Общая популяция исследования	
	При ИМТ $\geq 25$ кг/м <sup>2</sup>	При ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup>	При ИМТ $\geq 25$ кг/м <sup>2</sup>	При ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup>
Активно пытались снизить вес в течение последнего месяца перед интервью	48,8%	53,5%	37,8%	44,9%
Активно пытались не набрать вес в течение последнего месяца перед интервью	59,0%	61,5%	47,6%	54,1%
Собираются попытаться снизить массу тела в ближайший месяц	65,5%	73,5%	41,5%	52,2%
Собираются попытаться снизить массу тела в ближайшие 6 месяцев	78,3%	85,8%	51,5%	62,9%
В прошлом удавалось поддерживать желаемую массу тела более 6 месяцев	68,1%	61,1%	49,0%	45,7%



**Рис. 4. Распространенность низкой физической активности у пациентов с ВР в российской когорте и в общей популяции исследования на момент интервью**

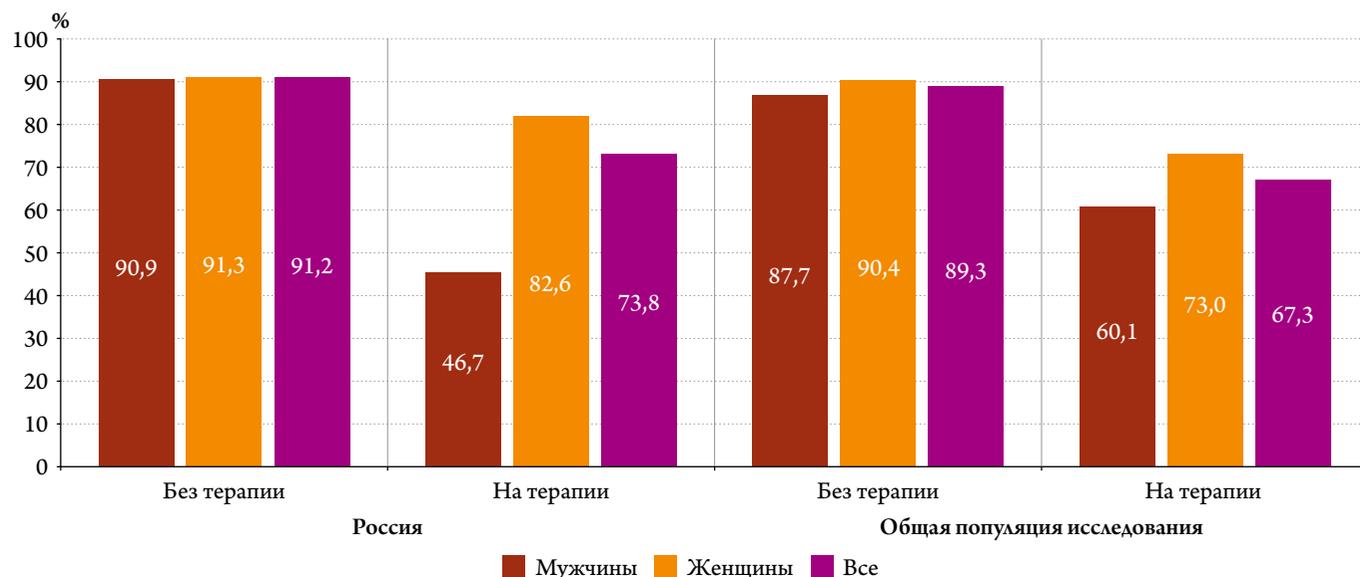
Физическая активность считалась низкой, если выполнение физических нагрузок отнимало у пациента с его слов <30 минут 5 дней в неделю

(при средней для Европы частоте 15%). По этому показателю пациенты из нашей страны уступали только участникам из Сербии (0,6%), при этом больше всего случаев значительного повышения АД в день интервью было в Болгарии (20,7%).

В отличие от описанной высокой частоты приема антигипертензивных препаратов, пациенты российской когорты принимали гиполипидемическую терапию в 2 раза реже, чем в общей популяции (18,0 и 35,6% соответственно). Ситуация с контролем уровня ХС ЛНП была плачевной и в России, и в остальных странах, поскольку

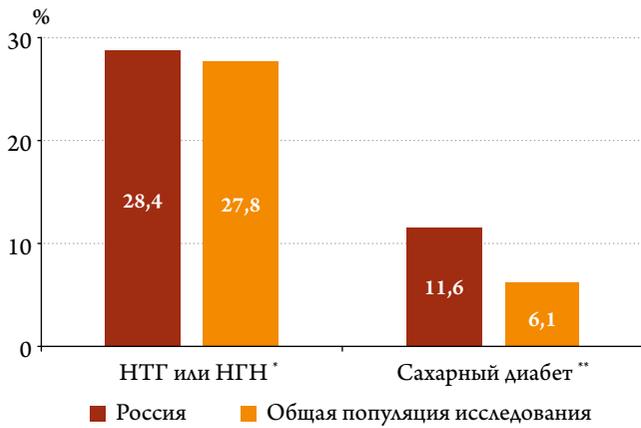
примерно у 9 пациентов из 10 его уровень превышал целевые значения, то есть отказ от медикаментозной гиполипидемической терапии был обоснованным лишь у каждого 10-го пациента. Следует отметить, что среди стран-участниц в этом отношении отмечался довольно большой разброс, и максимальная доля пациентов с целевым уровнем ХС ЛНП, несмотря на отсутствие лечения, была зарегистрирована в Испании (25%), а самая минимальная – в Швеции (3,3%).

Частота достижения целевого ЛНП на фоне гиполипидемической терапии у наших пациентов была немного ниже общеевропейской (26,2 и 32,7% соответственно), при этом в российской когорте обращала на себя внимание существенно меньшая эффективность лечения у женщин по сравнению с мужчинами (рис. 5). Интересно, что соответствие уровня липидов терапевтическим целям у российских женщин достигалось реже, хотя они чаще мужчин принимали гиполипидемические препараты (19,3 и 14,8% соответственно). Это еще раз указывает на необходимость учета не только факта назначения препаратов, но и назначения врачами препаратов в адекватных терапевтических дозировках. Среди остальных стран-участниц исследования частота достижения целевого уровня ХС ЛНП была наиболее высокой в Великобритании (48,3%) и наиболее низкой в Литве (16,0%). В целом пациенты из ветви первичного звена достигали целевого уровня ЛНП чаще, чем это отмечалось в госпитальной ветви [8], что, видимо, объясняется более низким целевым уровнем липидов; в госпитальной ветви исследования также отмечалась большая частота достижения терапевтических целей у пациентов мужского пола по сравнению с женщинами.



**Рис. 5. Доля пациентов с значениями ХС ЛНП >2,5 ммоль/л в российской когорте и в общей популяции исследования на момент интервью**





**Рис. 6. Доля пациентов с нарушениями углеводного обмена на момент интервью по данным орального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы среди лиц без сахарного диабета в российской когорте и общей популяции исследования**

НТТ = нарушенная толерантность к глюкозе, НГН = нарушенная гликемия натощак.

\* – Гликемия через 2 часа 7,8–11,0 ммоль/л

\*\* – Гликемия через 2 часа  $\geq 11,1$  ммоль/л

ентов), а случаев с не выявленным ранее СД среди российских участников было заметно больше. При использовании комбинации всех 3 критериев диагностики СД – гликемия натощак  $\geq 7$  ммоль/л и/или гликемия через 2 часа после нагрузки  $\geq 11,1$  ммоль/л, и/или  $HbA_{1c} \geq 6,5\%$  – доля пациентов с диагностированным в рамках EUROASPIRE IV СД составила у наших пациентов 26,4%, в общей популяции исследования – 21,8%. Среди

других стран-участниц этот показатель колебался от 0% (Сербия) и 2,9% (Швеция) до 41,1% (Болгария).

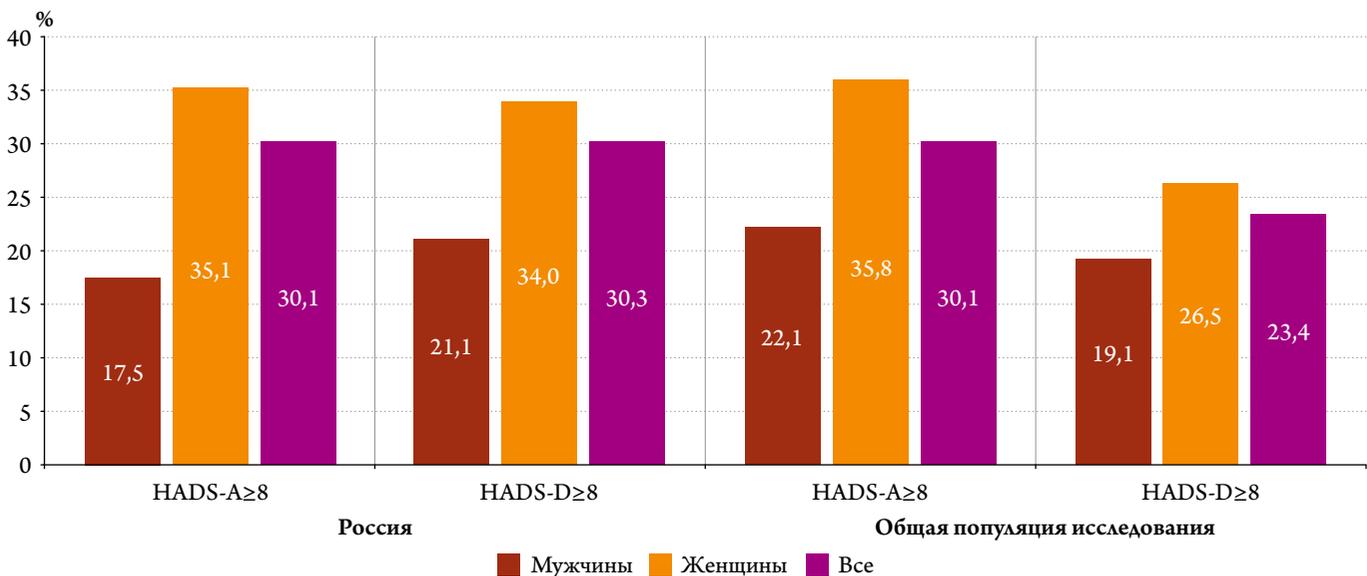
Наконец, рассмотрим наиболее важные психосоциальные ФР ССЗ – тревожную и депрессивную симптоматику.

Частота выявления тревожной симптоматики в российской когорте была практически аналогична общей популяции исследования (рис.7). Это соответствует результатам госпитальной ветви EUROASPIRE IV [8], и это соответствие представляет значительный интерес, поскольку в целом ряде более ранних отечественных работ [6, 16], а также в исследовании EUROASPIRE III (2005–2006 гг.) [17] была установлена очень большая распространенность тревожных состояний у наших пациентов с ССЗ (в том числе в сравнении с другими странами).

Доля пациентов с депрессивной симптоматикой среди российских участников была выше, чем в среднем по Европе, главным образом за счет женщин. Среди всех участвовавших стран реже всего тревожная симптоматика у пациентов с ВР отмечалась в Испании (8%), чаще всего – в Боснии и Герцеговине (63,8%). В Боснии и Герцеговине также было больше всего пациентов ВР с депрессивной симптоматикой (85,5%), а наиболее благополучная ситуация отмечалась в Швеции (2,7%).

### Ограничения исследования

В начале этой статьи мы обсудили очевидные плюсы участия российских центров в амбулаторной ветви исследования EUROASPIRE IV. Если же говорить об ограничениях данного исследования, традиционной проблемой



**Рис. 7. Распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с ВР на момент интервью в российской когорте и общей популяции исследования**

HADS-A = подшкала тревоги Госпитальной шкалы тревоги и депрессии; значение  $\geq 8$  баллов соответствует любой степени выраженности симптомов тревожности; HADS-D = подшкала депрессии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии; значение  $\geq 8$  баллов соответствует любой степени выраженности симптомов депрессии.



- альной гипертензии в Российской Федерации (2005–2007 гг.), проведенного в рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации». М.; 2008. 224 с [Balanova Yu.A., Vilkov V.G., Deev A.D., Kapustina A.V., Konstantinov V.V., Muromczewa G.A. i dr. Rezul'taty' vtorogo e'tapa monitoringa e'pidemiologicheskoy situacii po arterial'noj gipertonii v Rossijskoj Federacii (2005–2007 gg.), provedennogo v ramkax Federal'noj czelevoj programmy' «Profilaktika i lechenie arterial'noj gipertonii v Rossijskoj Federacii». М.; 2008. 224 s].
6. Погосова Г.В. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. М.: Викас-принт; 2009. 151 с [Pogosova G.V. Vtorichnaya profilaktika arterial'noj gipertonii i ishemicheskoy bolezni serdca v real'noj klinicheskoy praktike Rossijskoj Federacii. М.: Vikas-print; 2009. 151 s].
  7. Муромцева Г.А., Концевая А.В., Константинов В.В., Артамонова Г.В., Гагагонова Т.М., Дупляков Д.В. и др. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в российской популяции в 2012–2013 гг. Результаты исследования ЭССЕ-РФ. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2014;13 (6):4–11 [Muromczewa G.A., Konczewaya A.V., Konstantinov V.V., Artamonova G.V., Gatagonova T.M., Duplyakov D.V. i dr. Rasprostranennost' faktorov riska neinfekcionny'x zabolevanij v rossijskoj populyacii v 2012–2013gg. Rezul'taty' issledovaniya E'SSE-RF. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2014;13 (6):4–11].
  8. Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Курсаков А.А. и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. Кардиология. 2015;55 (12):99–107 [Pogosova N.V., Oganov R.G., Wojczov S.A., Ausheva A.K., Sokolova O.Yu., Kursakov A.A. i dr. Monitoring vtorichnoj profilaktiki ishemicheskoy bolezni serdca v Rossii i Evrope: rezul'taty' rossijskoj chasti mezhdunarodnogo mnogocentrovogo issledovaniya EUROASPIRE IV. Kardiologiya. 2015;55 (12):99–107].
  9. Craig CL, Marshall AL, Sjörström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35 (8):1381–95. DOI:10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB.
  10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67 (6):361–70.
  11. Pogosova N, Kotseva K, De Bacquer D, von Känel R, De Smedt D, Bruthans J et al. Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2017;24 (13):1371–80. DOI:10.1177/2047487317711334.
  12. Burns EK, Levinson AH. Discontinuation of nicotine replacement therapy among smoking-cessation attempters. *American Journal of Preventive Medicine.* 2008;34 (3):212–5. DOI:10.1016/j.amepre.2007.11.010.
  13. Fildes A, Charlton J, Rudisill C, Littlejohns P, Prevost AT, Gulliford MC. Probability of an obese person attaining normal body weight: cohort study using electronic health records. *Am J Public Health.* 2015;105 (9):e54–59. DOI:10.2105/AJPH.2015.302773.
  14. Pietiläinen KH, Saarni SE, Kaprio J, Rissanen A. Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity.* 2012;36 (3):456–64. DOI:10.1038/ijo.2011.160.
  15. Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Юферева Ю.М., Осипова И.В., Рямзина И.Н. Первые результаты анализа российской части европейского регистра по кардиореабилитации (European Cardiac Rehabilitation Database – EuroCaReD) с участием 13 стран. Кардиология. 2015;55 (2):49–56 [Pogosova N.V., Sokolova O.Yu., Yufereva Yu.M., Osipova I.V., Ryamzina I.N. Pervye rezul'taty' analiza rossijskoj chasti evropejskogo registra po kardioreabilitacii (European Cardiac Rehabilitation Database – EuroCaReD) s uchastiem 13 stran. Kardiologiya. 2015;55 (2):49–56].
  16. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. Кардиология. 2007;47 (3):28–37 [Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova G.V., Shal'nova S.A., Deev A.D. Kliniko-e'pidemiologicheskaya prOgramma izucheniya depRescii v karDiologicheskoy praktIke: u bol'ny'x Arterial'noj giperToniej i ishemicheskoy bolezny' serdca (KOORDINATA): rezul'taty' mnogocentrovogo issledovaniya. Kardiologiya. 2007;47 (3):28–37].
  17. Погосова Г.В., Оганов Р.Г., Колтунов И.Е., Соколова О.Ю., Поздняков Ю.М., Выгодин В.А. и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и странах Европы: результаты международного многоцентрового исследования EUROASPIRE III. Кардиология. 2011;51 (1):34–40 [Pogosova G.V., Oganov R.G., Koltunov I.E., Sokolova O.Yu., Pozdnyakov Yu.M., Vy'godin V.A. i dr. Monitoring vtorichnoj profilaktiki ishemicheskoy bolezni serdca v Rossii i stranax Evropy': rezul'taty' mezhdunarodnogo mnogocentrovogo issledovaniya EUROASPIRE III. Kardiologiya. 2011;51 (1):34–40].
  18. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C et al. EUROASPIRE IV: a European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23 (6):636–48. DOI:10.1177/2047487315569401.

Поступила 12.09.17 (Received 12.09.17)