

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

¹ – ФГБУ «НМИЦ ПМ» МЗ РФ, 101990, Москва, Петроверигский пер., д. 10, стр. 3

² – 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 2)

Ключевые слова: первичная профилактика, атеросклероз, 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 2). Кардиология 2017;57(S3):5–16

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Получаемая с помощью регистровых исследований картина реальной практики делает возможным планирование мероприятий по ее совершенствованию. Цель. анализ особенностей медикаментозной и немедикаментозной терапии, направленной на снижение сердечно-сосудистого риска у российских пациентов с высоким риском (ВР) ССЗ, 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), полученным рекомендациям по медикаментозному и немедикаментозному лечению и приверженности пациентов. Во время интервью также регистрировались антропометрические данные, АД, концентрация СО, а также забиралась венозная кровь для определения уровней липидов, глюкозы крови и НbA_{1c}. Всем пациентам без СД при отсутствии гипергликемии натощак ≥11,1 ммоль/л проводился оральная глюкозотолерантный тест. **Результаты.** В общей сложности в российских центрах было 505 пациентов с ВР и состоялось 405 интервью (71,6% женщин). Наиболее частыми рекомендациями по коррекции избыточной массы тела и ожирению и в российской когорте, и в остальных странах были советы по питанию и физической активности, медикаментозная терапия назначалась крайне редко. Частота целенаправленных занятий физическими тренировками в российской когорте и в исследовании в целом была примерно одинаковой и составляла 16–18%. В российской когорте антигипертензивные препараты получали 92,1% пациентов, в общей популяции исследования – 82,7%. Наиболее популярными классами антигипертензивных препаратов были бета-блокаторы (39,9 и 36,8 соответственно), иАПФ/БРА (79,6 и 79,8%), АСа²⁺ (14,7 и 29,1%) и диуретики (26 и 38,3%). Какие-либо гиполипидемические препараты получали 18 и 35,6% соответственно, при этом в 89 и 96,1% это были статины. Сахароснижающая терапия была представлена пероральными препаратами в 70,8 и 75,1% соответственно, 16,7 и 18,3% получали инсулин. Как правило, пациенты оценивали свою приверженность к медикаментозной терапии достаточно высоко. **Заключение.** Результаты ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV указывают на наличие значительных резервов для совершенствования профилактической помощи пациентам с ВР, как в российской когорте, так и для общей популяции исследования.

Pogosova N. V.¹, Oganov R. G.¹, Boytsov S. A.¹, Ausheva A. K.¹, Sokolova O. Yu.¹, Kursakov A. A.¹, Pozdnyakov Yu. M.¹, Gomyranova N. V.¹, Karpova A. V.¹, Isakova S. S.¹, Salbieva A. O.¹, Yusubova A. I.¹, Gusarova T. A.¹, Lel'chuk I. N.¹, Allenov A. M.², Vinokurov V. G.², Strelkova S. N.², Klimova A. O.², Loshkarev Yu. V.², Rubanov R. V.²

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

² – Municipal Clinic #210, Moscow Department of Health Care, Kashirskoe Shosse 57, Bldg 1, Moscow 115211, Russia

EFFICIENCY OF PRIMARY PREVENTION FOR DISEASES CAUSED BY ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS AT HIGH CARDIOVASCULAR RISK IN RUSSIA AND OTHER EUROPEAN COUNTRIES (PART 2)

Keywords: primary prevention, atherosclerosis, 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. Efficiency of primary prevention for diseases caused by atherosclerosis in patients at high cardiovascular risk in Russia and other European countries (Part 2). *Kardiologiya*. 2017;57(S3):5–16

SUMMARY

Background. The picture of primary prevention obtained from real-life practice makes possible scheduling measures for prevention improvement. **Aim.** To analyze features of drug and non-drug therapy aimed at decreasing cardiovascular risk in Russian patients with a high risk (HR) of CVD compared with the study general population. **Materials and methods.** 14 European countries, including the Russian Federation, participated in this cross-sectional study. The study included patients aged 18–80 without clinical signs of atherosclerosis who have received antihypertensive and/or lipid-lowering therapy and/or therapy for diabetes mellitus (DM) within >6 to <3 years of enrollment in the study. The study protocol included analysis of medical records and an interview focusing on a specially developed, structured questionnaire on major aspects of the life style (smoking, nutrition, physical activity, psychosocial factors), recommendations on drug and non-drug treatment, and patients' compliance. During the interview, anthropometrics, blood pressure (BP) and CO concentrations were recorded and venous blood was withdrawn for measuring levels of lipids, glucose, and HbA_{1c}. Oral glucose tolerance test was performed for all patients without fasting hyperglycemia of ≥ 11.1 mmol/l. **Results.** In total, 505 patients with HR were evaluated at Russian study sites and 405 interviews (71.6% females) were taken. Both in the Russian cohort and other countries, the most common recommendations for correction of overweight and obesity concerned diet and physical activity; a drug therapy was administered extremely rarely. Proportion of targeted exercise was approximately similar in the Russian cohort and the study as a whole, 16–18%. Antihypertensive medications were administered to 92.1% of patients in the Russian cohort and 82.7% of patients in the entire study. The most popular classes of antihypertensive drugs were beta-blockers (39.9% and 36.8% respectively), ACEI/ARB (79.6% and 79.8%), calcium antagonists (14.7% and 29.1%), and diuretics (26% and 38.3%). 18% and 35.6% of patients, respectively, received lipid-lowering drugs, and these drugs were statins in 89% and 96.1% of cases. Antihyperglycemic therapy was represented by oral drugs in 70.8% and 75.1% respectively; 16.7% and 18.3% of patients received insulin. Generally, patients estimated their compliance with the drug therapy rather highly. **Conclusion.** Results of the primary care arm of the EUROASPIRE IV survey indicate considerable room for improvement of CVD prevention.

Исследования, оценивающие реальную картину помощи пациентам, в частности, регистры, дают важную информацию об особенностях применения и эффективности современных терапевтических вмешательств в повседневной медицинской практике, и эта информация дополняет результаты рандомизированных клинических исследований [1]. Кроме того, получаемая с помощью регистровых исследований картина реальной практики делает возможным планирование мероприятий по ее совершенствованию, особенно в случаях, когда речь идет о непрерывном или регулярно повторяемом мониторинге. Ярким примером такого систематического мониторинга качества профилактической помощи пациентам с ССЗ и высоким риском их развития в масштабах Европы является программа обсервационных исследований EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events), которая проводится Европейским обществом кардиологов (ESC) с середины 1990-х годов [2]. К преимуществам этой программы относится охват достаточно разнородной популяции, включающей как пациентов с подтвержденной ИБС в госпитальной ветви исследования, так и представителей 3 разных категорий высокого риска – пациентов с АГ, гиперлипидемией и СД – в ветви первичного звена [2]. Не менее важно, что это международное исследование, которое проводится по единому протоколу и периодически повторяется, позволяет оценивать ситуацию в общеевропейском масштабе и регулярно отслеживать ее динамику. Наконец, програм-

ма EUROASPIRE отличается от многих других подобных программ очень широким набором оцениваемых показателей, включая использование медикаментозных и немедикаментозных методов, приверженность к лечению, информированность пациентов и достигаемый контроль ФР ССЗ. Этот последний аспект очень важен для нашей страны, поскольку проводившиеся у нас в последние годы исследования национального и регионального уровня охватывали, скорее, отдельные аспекты общей картины, например, распространенность ФР [3], а в тех случаях, когда учитывались и мероприятия, проводимые с целью коррекции ФР, в центре внимания большинства работ все равно оказывалась медикаментозная терапия [4–6]. Даже в исследованиях, в которых оценивалась информированность пациентов или приверженность к проводимому лечению [7, 8], важнейшие немедикаментозные аспекты кардиоваскулярной профилактики изучались существенно менее подробно, чем в программе EUROASPIRE.

Это 2-я публикация по результатам российской части исследования EUROASPIRE IV, проведенного в первичном звене здравоохранения, и в ней будут обсуждаться особенности медикаментозной и немедикаментозной терапии, направленной на снижение сердечно-сосудистого риска у российских пациентов с высоким риском (BP) ССЗ в сравнении с общей популяцией исследования. Ранее уже были опубликованы данные о распространенности ключевых ФР ССЗ и успешности их коррекции у пациентов с BP [9].

Материалы и методы

Дизайн ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV был во многом аналогичен описанному ранее дизайну госпитальной ветви [10]. 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 (Босния и Герцеговина, Болгария, Великобритания, Испания, Литва, Польша, Португалия, Румыния, Россия, Сербия, Украина, Хорватия, Швеция, а также Казахстан). В медицинских учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, ретроспективно по медицинской документации идентифицировались последовательные пациенты в возрасте ≥ 18 и < 80 лет, не имеющие ИБС и других клинических проявлений атеросклероза, которым в период от ≥ 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 являлись 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 ССЗ, 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 (курение, питание, физическая активность, психосоциальные факторы), приему препаратов и соблюдению прочих рекомендаций. С использованием идентичного для всех стран оборудования регистрировались антропометрические данные (рост, масса тела, окружность талии), АД (автоматический цифровой тонометр Omron M6, производитель – корпорация OMRON, Киото, Япония), концентрация монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (прибор Smokerlyser, модель Micso+, изготовитель – Bedfont Scientific, Великобритания) с целью объективизации факта курения и оценки его тяжести. Пациенты считались курящими либо с их слов, либо 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/м², ожирение – ≥ 30 кг/м². Значения окружности

талии (ОТ) ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у женщин расценивалось как абдоминальное ожирение, а ≥ 102 см у мужчин или ≥ 88 см у женщин – как выраженное абдоминальное ожирение. 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) [11] и Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression депрессии Scale – HADS) [12]. 8–10 баллов по подшкалам тревоги (HADS-A) и депрессии (HADS-D) расценивали как субклиническую, ≥ 11 баллов – как клинически выраженную тревожную или депрессивную симптоматику.

Во время визита-интервью производился забор венозной крови натощак для определения уровней общего ХС, ХС ЛПВП (ЛВП), ТГ, ХС ЛПНП (ЛНП) (с расчетом по формуле Фридевальда), а также уровней глюкозы крови и гликированного гемоглобина (HbA_{1c}). 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 «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России (Москва), на базе которого проводились визиты-интервью.

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 80%-й частоте отклика). В общей популяции исследования было идентифицировано 6 700 пациентов с ВР, частота отклика была ниже – 68,4% (всего проинтервьюировано 4 579 пациентов). 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 ($52,6 \pm 10,8$ лет и $57,3 \pm 9,6$ лет), в европейской популяции – $57,9 \pm 12,0$ и $59,5 \pm 10,8$ лет.

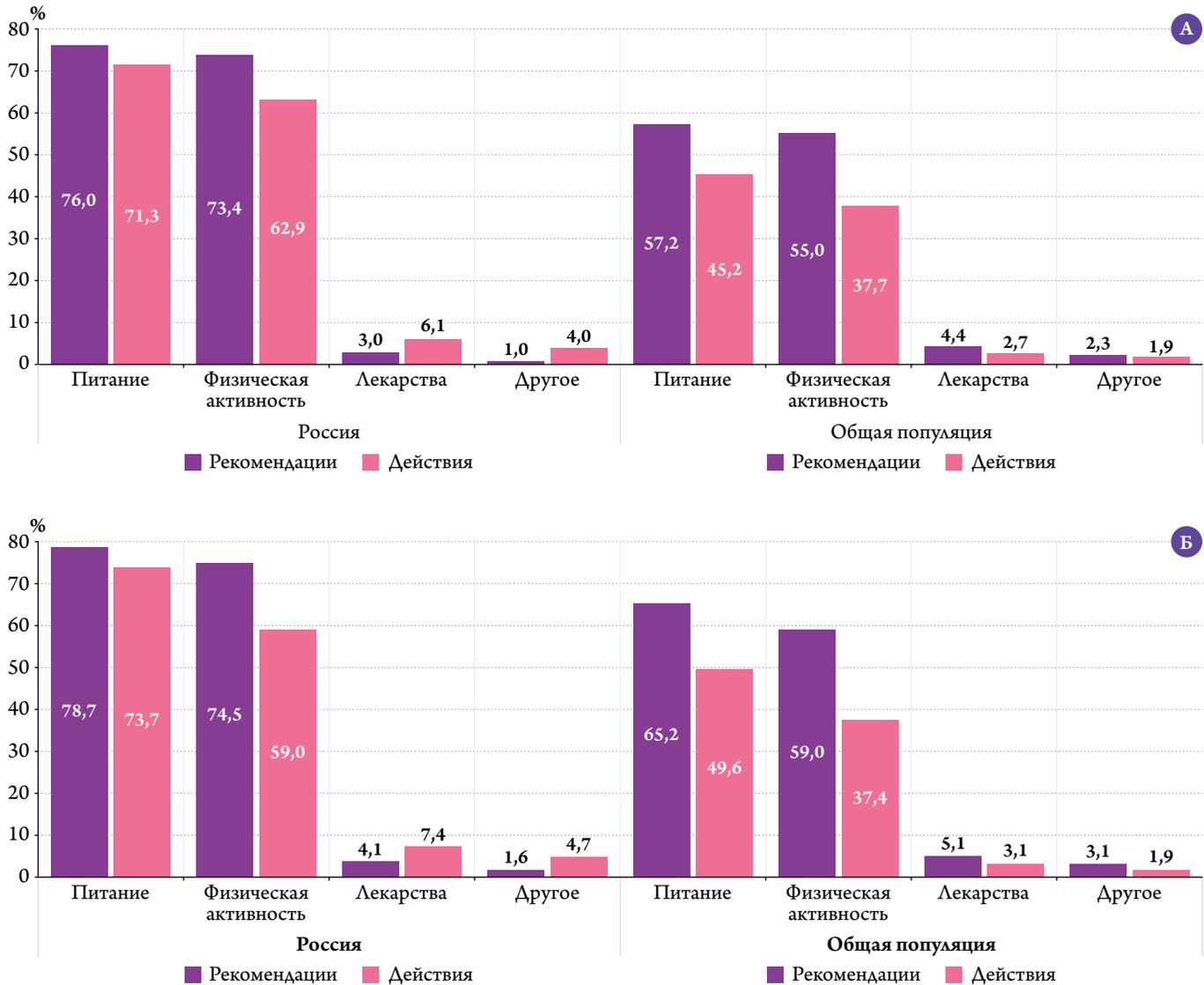


Рис. 1. Индивидуальные рекомендации, полученные пациентами с ВР, и предпринятые ими действия по нормализации массы тела в течение 3 лет до включения в исследование

А. У пациентов с ИМТ ≥ 25 кг/м²; Б. У пациентов с ИМТ ≥ 30 кг/м²

В российских центрах основанием для включения пациентов с ВР в исследование в 88,6% случаев было назначение антигипертензивной терапии, в 8,9% – гиполлипидемической 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. В большинстве случаев пациенты сообщали, что действительно получают эти виды лечения. Так, препараты для нормализации АД принимали 98,1% российских пациентов, которые были включены в связи с назначением антигипертензивной терапии (в общей популяции исследования – 94%); частота фактического приема гиполлипидемической терапии у тех пациентов, которые были включены в исследование в связи с ее назначением, составила 86,1% для России и 76,3% для Европы в целом; для сахароснижающей терапии эти показатели составили 79,6 и 78,1%, соответственно.

В предыдущей публикации была показана высокая распространенность избыточной массы тела (ИЗМТ) и ожирения у пациентов с ВР во всей популяции исследования и в особенности в российской когорте [9]. Рассмотрим рекомендованные пациентам с ВР меры по коррекции этого ФР и предпринятые ими действия в течение 3 лет перед визитом-интервью (рис. 1).

Российские пациенты с ИЗМТ и ожирением чаще, чем в общей популяции исследования, получали индивидуальные рекомендации по питанию, физической активности и чаще следовали этим советам. Медикаментозная терапия для снижения массы тела назначалась очень редко (менее 8% пациентов). При этом в российской когорте число пациентов, принимавших препараты для снижения массы тела, оказалось больше, чем тех, кому они были рекомендованы, то есть некоторые наши пациенты принимали решение о приеме лекарств само-

НАСТАЛО ВРЕМЯ ЮПЕРИО®



- **Доказанная положительная динамика качества жизни пациентов**^{*1,2}
- **20% снижение риска сердечно-сосудистой смерти и госпитализации**^{§*1}
- **Представитель нового класса препаратов АРНИ**^{1,3}

Юпердио®
Надмолекулярный комплекс
Валсартан + Сакубитрил

Показания к применению

Хроническая сердечная недостаточность (II-IV класса по классификации NYHA) у пациентов с систолической дисфункцией с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и госпитализации по поводу сердечной недостаточности.

<p>Юпердио 50 мг (25,7 мг + 24,3 мг) Валсартан + Сакубитрил</p> <p>Для приема внутрь</p> <p>28 таблеток, покрытых пленочной оболочкой</p> <p>NOVARTIS</p>	<p>Юпердио 100 мг (51,4 мг + 48,6 мг) Валсартан + Сакубитрил</p> <p>Для приема внутрь</p> <p>28 таблеток, покрытых пленочной оболочкой</p> <p>NOVARTIS</p>	<p>Юпердио 200 мг (102,8 мг + 97,2 мг) Валсартан + Сакубитрил</p> <p>Для приема внутрь</p> <p>28 таблеток, покрытых пленочной оболочкой</p> <p>NOVARTIS</p>
<p>50 мг (25,7 мг + 24,3 мг)</p>	<p>100 мг (51,4 мг + 48,6 мг)</p>	<p>200 мг (102,8 мг + 97,2 мг)</p>

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ЮПЕРДИО
Валсартан+сакубитрил, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 100 мг и 200 мг РУ № ЛП-003532.
Перед началом применения ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.
Показания к применению: Хроническая сердечная недостаточность (II-IV класса по классификации NYHA) у пациентов с систолической дисфункцией с целью снижения риска сердечно-сосудистой смертности и госпитализации по поводу сердечной недостаточности.
Способ применения и дозы: Целевая (максимальная суточная) доза препарата Юпердио составляет 200 мг (102,8 мг + 97,2 мг) 2 раза в сутки. Рекомендуемая начальная доза препарата Юпердио составляет 100 мг (51,4 мг + 48,6 мг) 2 раза в сутки. В зависимости от переносимости дозу препарата Юпердио следует увеличивать в два раза каждые 2-4 недели вплоть до достижения целевой (максимальной суточной) дозы 200 мг (102,8 мг + 97,2 мг) 2 раза в сутки. Применение препарата Юпердио возможно не ранее, чем через 36 часов после отмены ингибитора АПФ. У пациентов, не получавших ранее терапии ингибиторами АПФ или АРА II, или получавших эти препараты в низких дозах, начинать терапию препаратом Юпердио следует в дозе 50 мг (25,7 мг + 24,3 мг) 2 раза в сутки с медленным повышением дозы (удваивание суточной дозы 1 раз в 3-4 недели). Пожилые пациенты: у пациентов старше 65 лет коррекция режима дозирования не требуется. Препарат Юпердио не рекомендуется для применения у детей в возрасте до 18 лет в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности. Нарушение функции почек: у пациентов с нарушениями функции почек легкой (СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м²) или умеренной степени тяжести (СКФ 15-30 мл/мин/1,73 м²) коррекция дозы препарата не требуется. У пациентов с тяжелой дисфункцией почек (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²) рекомендуемая начальная доза препарата составляет 50 мг два раза в сутки с соблюдением осторожности. Нарушение функции печени: у пациентов с нарушениями функции печени легкой степени (класс А по классификации Чайлд-Пью) коррекция дозы препарата не требуется. У пациентов с нарушениями функции печени умеренной степени (класс В по классификации Чайлд-Пью) рекомендуемая начальная доза препарата составляет 50 мг два раза в сутки. Препарат Юпердио не рекомендован к применению у пациентов с тяжелыми нарушениями функции печени (класс С по классификации Чайлд-Пью). **Способ применения:** Внутрь, независимо от приема пищи.
Противопоказания: Повышенная чувствительность к сакубитрилу или к валсартану, а также к другим вспомогательным компонентам препарата. Одновременное применение с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), а также период 36 часов после отмены ингибиторов АПФ. Наличие ангионевротического отека в анамнезе на фоне предшествующей терапии ингибиторами АПФ или АРА II. Одновременное применение с дислипемическими препаратами у пациентов с сахарным диабетом или у пациентов с умеренным или тяжелым нарушением функции почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²) площадью поражения печени. Нарушение функции печени тяжелой степени (класс С по классификации Чайлд-Пью), билирубин цирроз и холестаза. Препарат Юпердио не рекомендуется для применения у детей в возрасте до 18 лет в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности. **Особые указания:** Двойная блокада ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС): препарат Юпердио не следует применять одновременно с другими ингибиторами АПФ в связи с риском развития ангионевротического отека. При возникновении выраженного снижения АД следует рассмотреть вопрос о коррекции дозы диуретиков, сопутствующих гипотензивных средств, а также об устранении причин возникновения выраженного снижения АД (например, гиповолемии). Если, несмотря на эти меры, выраженное снижение АД сохраняется, дозу препарата Юпердио следует уменьшить или препарат следует на время отменить. Окончательная отмена препарата обычно не требуется. Перед началом применения препарата Юпердио следует провести коррекцию содержания натрия в организме и/или восполнить ОЦК. В случае клинически значимого ухудшения функции почек следует рассмотреть вопрос об уменьшении дозы препарата Юпердио. При применении препарата Юпердио у пациентов с тяжелыми нарушениями функции почек следует соблюдать осторожность. Гиперкалиемия: препараты, способные увеличивать содержание калия в сыворотке крови (например, калийсберегающие диуретики, препараты калия) одновременно с препаратом Юпердио следует применять с осторожностью. В случае возникновения клинически значимой гиперкалиемии следует рассмотреть такие меры, как снижение потребления калия с пищей или коррекция дозы сопутствующих препаратов. Рекомендуется регулярно контролировать содержание калия в сыворотке крови, в особенности у пациентов с такими факторами риска, как тяжелые нарушения функции почек, сахарный диабет, гипонатриемия или диета с высоким содержанием калия. Ангионевротический отек: при возникновении ангионевротического отека препарат Юпердио следует немедленно отменить и назначить надлежащее лечение и наблюдение за пациентом до полного и стойкого разрешения всех возникших симптомов. Повторно назначать препарат Юпердио не следует. Применение препарата у пациентов с ангионевротическим отеком в анамнезе не изучено, следует соблюдать осторожность при применении препарата у пациентов данной категории, т.к. они могут быть подвержены повышенному риску развития ангионевротического отека. Пациенты негроидной расы могут быть более подвержены риску ангионевротического отека. У пациентов со стенозом почечной артерии препарат следует применять с осторожностью, регулярно контролируя функцию почек. **Беременность и период грудного вскармливания:** применение препарата во время беременности и в период грудного вскармливания противопоказано. Следует информировать пациентов с сохраненным репродуктивным потенциалом о возможных последствиях применения препарата во время беременности, а также о необходимости использования надежных методов контрацепции до время лечения препаратом и в течение недели после его последнего приема. Побочное действие: Очень часто (≥10%): гиперкалиемия, артериальная гипотензия, нарушение функции почек. Часто (1-9%): кашель, головокружение, почечная недостаточность, диарея, гипонатриемия, утомляемость, головная боль, обмороч, тошнота, астения, ортостатическая гипотензия, головокружение. Нечасто (0,1-1%): ангионевротический отек, постуральное головокружение. **Взаимодействие:** Одновременное применение противопоказано: с алискиреном у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, применение с ингибиторами АПФ. Препарат Юпердио не следует применять ранее, чем через 36 часов после прекращения терапии ингибитором АПФ. Терапию ингибитором АПФ следует начинать не ранее, чем через 36 часов после приема последней дозы препарата Юпердио. Одновременное применение не рекомендуется: АРА, одновременного применения препарата Юпердио с алискиреном следует избегать у пациентов с нарушением функции почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²). Следует соблюдать осторожность при одновременном применении со статины, сипиднафеном, препаратами лития, калийсберегающими диуретиками, включая антагонисты минералокортикоидов (например, спиронолактон, триамтерен, амилорид), препаратами калия или заменителями соли, содержащими калий, нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), в т.ч. с селективными ингибиторами циклооксигеназы-2 (ингибиторами COX-2), ингибиторами OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (например, рифампицином, циклоспорином) или MP2R (например, вилнофармом).
За более подробной информацией о препарате обратитесь к инструкции по медицинскому применению препарата Юпердио, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 100 мг, 200 мг, ООО «НОВАРТИС ФАРМА»

Только для медицинских и фармацевтических работников. Для распространения в местах проведения медицинских или фармацевтических выставок, семинаров, конференций и иных подобных мероприятий.
АРНИ – ангиотензиновых рецепторов и неперилизин ингибитор. NYHA – New York Heart Association (Нью-Йоркская Ассоциация кардиологов). ХСН – хроническая сердечная недостаточность
* По сравнению с эналаприлом у пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса. § Госпитализация в связи с ухудшением сердечной недостаточности
1. McMurray et al. N Engl J Med 2014;371:993-1004. 2. Lewis et al. Circulation 2015;132:A17912. 3. Лечение болезней сердца. В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава, С.В. Моисеев. Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. – 600 с.

Использованные изображения не являются изображениями реальных пациентов



ООО «Новartis Фарма»
125315, Москва, Ленинградский проспект, дом 72, корпус 3.
Тел.: +7 495 967 12 70, факс: +7 495 967 12 68
www.novartis.ru

867347/УРЕ/А4/12/17/7500

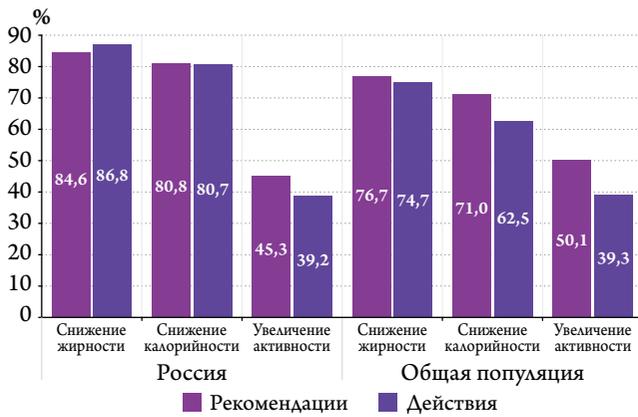


Рис. 2. Индивидуальные рекомендации, полученные пациентами с ВР, и предпринятые ими действия по немедикаментозным методам коррекции ожирения в течение 3 лет до включения в исследование

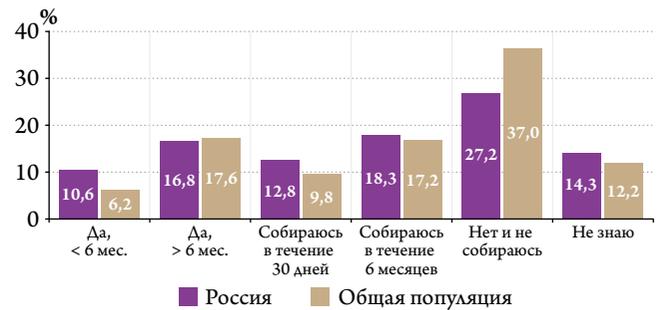


Рис. 3. Регулярные занятия физическими тренировками длительностью 20–60 минут не менее 3 раз в неделю у пациентов с ВР в российской когорте и общей популяции исследования

стоятельно. Несмотря на то, что возможности современной медикаментозной терапии по коррекции ожирения весьма ограничены, проблема недостаточного использования даже тех препаратов для снижения массы тела, которые доступны в настоящее время, хорошо известна. Например, в одном из недавних исследований [13] частота выдачи пациентам из аптек противодиабетических препаратов была в 15 раз выше, чем частота выдачи препаратов для лечения ожирения, хотя эти два состояния нередко сосуществуют.

С учетом очень низкой частоты медикаментозной терапии ожирения, а также того факта, что, по данным опросов, врачи склонны рассматривать ожирение в значительной степени, как поведенческую проблему [14], рекомендации по соответствующим поведенческим вмешательствам и предпринятые пациентами действия были проанализированы более подробно. Из рисунка 2 видно, что абсолютное большинство пациентов с ожирением получали рекомендации по снижению содержания жиров и ограничению калорийности рациона (в России несколько чаще, чем в общей популяции исследования). В то же время только половине пациентов с ВР было рекомендовано увеличение физической активности (в нашей когорте – несколько реже, чем в исследовании в целом). При этом частота следования этим рекомендациям была еще ниже, что неудивительно, учитывая физические ограничения, с которыми могут сталкиваться пациенты с ожирением.

При рассмотрении этих результатов, впрочем, следует иметь в виду, что вероятность начала немедикаментозных мероприятий по коррекции ИзМТ и ожирения существенно выше у тех пациентов, у которых недавно были диагностированы патофизиологически связанные с ожирением состояния, например, АГ, СД 2 типа [15]. Это означает, что исходя из критериев включения в амбулаторную ветвь EUROASPIRE IV (впервые рекомендо-

ванное лечение по поводу АГ, гиперлипидемии или СД), частота поведенческих вмешательств по коррекции ИзМТ в обследованной популяции может быть выше, чем в общей популяции пациентов первичного звена. Так, хронологически близкий к EUROASPIRE IV опрос, проведенный на национальной репрезентативной выборке врачей первичного звена в США [16], показал, что своим пациентам с ИзМТ (и связанными с ней медицинскими проблемами) регулярно давали советы по физической активности лишь около половины врачей, по питанию – 43,4%. Проблема недостаточного консультирования по физической активности в условиях первичного звена достаточно известна. Например, по данным проведенного примерно в тот же период немецкого проспективного когортного исследования getABI [17], рекомендации по уровню регулярной физической активности получили лишь 32,8% пациентов с ВР.

Хотя российские пациенты с ВР были в целом несколько более физически активны по сравнению с общей популяцией EUROASPIRE IV [9], ситуация с регулярными занятиями физическими упражнениями у нас и в Европе в целом была примерно одинаково далека от оптимальной (рис. 3). Доля пациентов с ВР, которые более 6 месяцев до включения в исследование регулярно (не менее 3 раз в неделю) занимались физическими тренировками длительностью 20–60 мин, в российской когорте и в исследовании была примерно одинаковой и составляла 16–18%. У нас было несколько больше пациентов, которые начали тренироваться недавно (менее 6 месяцев назад), и вместе с тем было меньше пациентов, которые абсолютно исключали для себя возможность каких-либо физических тренировок, хотя таких насчитывалось около трети. Кроме того, каждый третий пациент и в нашей когорте, и в общей популяции исследования собирался когда-нибудь ввести физические тренировки в свой обиход, однако сделать это в ближайший месяц планировали всего 12,8% наших пациентов и 9,8% пациентов в общей популяции исследования.

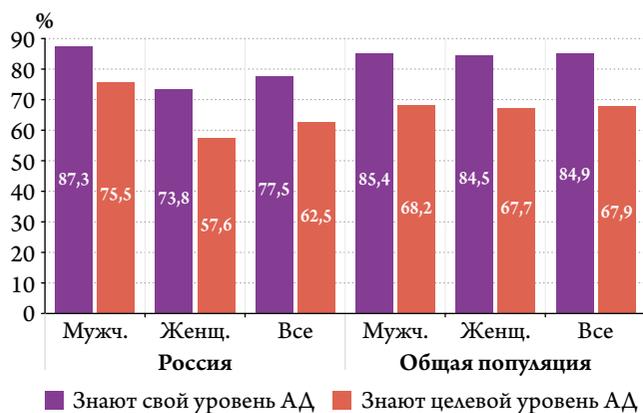


Рис. 4. Осведомленность пациентов с ВР в отношении своего и целевого уровня АД в российской когорте и общей популяции исследования

Перейдем к анализу методов коррекции тех ФР, которые послужили основанием для включения пациентов в исследование – АГ, гиперлипидемии и СД. Большую роль в достижении их успешного контроля имеет осведомленность пациентов. Как видно из рисунка 4, ситуация в отношении знания пациентами с ВР своего собственного уровня АД выглядит достаточно благоприятной и у нас, и в общей популяции исследования, однако осведомленность о целевом уровне АД могла бы быть существенно выше (62,5 и 67,9% соответственно). Интересно, что наши мужчины продемонстрировали более высокий уровень знаний целевых уровней АД,

Таблица 1. Основные немедикаментозные методы коррекции ФР*, которые использовались пациентами с ВР в российской когорте и в общей популяции исследования

Методы коррекции	Россия	Общая популяция
С целью снижения АД		
Специальная диета	57,9%	46,8%
Уменьшение потребления соли	80,4%	73,3%
Повышение физической активности	41,4%	41,1%
С целью снижения липидов крови		
Гиполипидемическая диета	71,0%	60,3%
Уменьшение потребления жиров	83,1%	76,2%
Увеличение потребления фруктов и овощей	85,9%	80,3%
Увеличение потребления рыбы	78,3%	64,7%
Повышение физической активности	44,9%	43,6%
С целью контроля СД		
Уменьшение потребления жиров	90,3%	77,1%
Увеличение потребления фруктов и овощей	84,5%	81,1%
Снижение потребления сахара	97,2%	83,7%
Уменьшение потребления алкоголя	84,1%	57,4%
Повышение физической активности	43,5%	46,8%

* – Частота использования отдельных немедикаментозных методов приводится относительно числа пациентов, которые получали антигипертензивную или гиполипидемическую терапию, или имели известный диагноз СД, соответственно

в то время как в общей популяции не было существенных гендерных различий. Доля российских пациентов, которые верно назвали целевой уровень АД, практически совпала с результатами недавно проведенного опроса пациентов терапевтического отделения одной из московских больниц [18], где его знали 65%. Со слов участников, самоконтроль АД осуществляли 92,1% пациентов в российской когорте и 79,3% в общей популяции первичного звена EUROASPIRE IV.

Основные немедикаментозные методы, которые использовались пациентами с ВР для коррекции АГ, гиперлипидемии и СД, резюмированы в таблице 1. Большинство пациентов с ВР, по их словам, снижали употребление поваренной соли и придерживались других диетических ограничений. Поскольку в формулировке вопроса не уточнялось, о каких конкретно диетических ограничениях идет речь, маловероятно, чтобы пациенты придерживались специальной диеты типа DASH, к тому же ранее было показано, что частота приверженности пациентов с АГ к диете DASH значительно ниже [19]. При этом свой уровень физической активности с целью снижения АД в нашей когорте и в общей популяции исследования пытались увеличить равное число пациентов (около 40%), и их число практически совпадало с долей тех, кто использовал данный подход с целью нормализации массы тела.

В российской когорте антигипертензивную терапию получали 92,1% пациентов, в общей популяции исследования – 82,7%. В таблице 2 представлена частота применения основных классов антигипертензивных препара-

Таблица 2. Медикаментозная терапия*, направленная на коррекцию ФР у пациентов с ВР в российской когорте и в общей популяции исследования

Классы препаратов	Россия	Общая популяция
Антигипертензивная терапия		
Любые антигипертензивные препараты	92,1%	82,7%
Бета-блокаторы	39,9%	36,8%
иАПФ или БРА	79,6%	79,8%
АСа ²⁺	14,7%	29,1%
Диуретики	26,0%	38,3%
Гиполипидемическая терапия		
Любые липидснижающие препараты	18,0%	35,6%
Статины	89,0%	96,1%
Фибраты	2,7%	4,6%
Сахароснижающая терапия		
Инсулин	16,7%	18,3%
Пероральные сахароснижающие средства	70,8%	75,1%

* – Частота использования отдельных классов антигипертензивных и липидснижающих препаратов приводится относительно числа пациентов, которые получали этот вид терапии, а частота использования противодиабетических препаратов – относительно числа пациентов, которые знали о наличии у них СД. БРА – блокаторы рецепторов АП

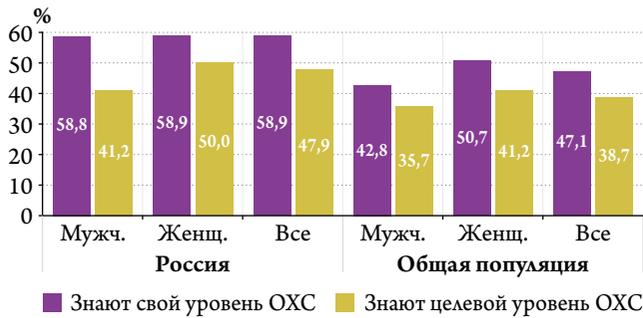


Рис. 5. Осведомленность пациентов в отношении своего и целевого уровней общего холестерина в российской когорте и в общей популяции исследования

ОХС – общий холестерин

тов, которые пациенты принимали на момент интервью, а также аналогичная информация по гиполипидемической и сахароснижающей терапии.

Как видно из таблицы 2, частота использования бета-блокаторов и антагонистов РААС (иАПФ или БРА) у пациентов из нашей страны и в исследовании в целом была практически одинаковой, при этом российские участники заметно реже принимали Ca^{2+} и диуретики. Паттерн частоты использования различных классов антигипертензивных препаратов в российской когорте был достаточно близок к более ранним результатам, полученным в подгруппе пациентов без ИБС в исследовании РЕЛИФ [8], за исключением значительно более низкой частоты применения диуретиков, которая снизилась и по сравнению с этим исследованием, и по сравнению с результатами второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по АГ в Российской Федерации (2005–2007 гг.) [4].

В отличие от осведомленности об актуальном и целевом уровне АД, знания пациентов о соответствующих уровнях липидов крови, а точнее, общего ХС, были значительно более скромными как в российской когорте, так и в исследовании в целом (рис. 5). Свой собственный уровень ХС знали чуть больше половины пациентов, а частота правильных ответов на вопрос о целевом уровне не достигла и 50%, правда, в общей популяции исследования эти показатели были еще ниже. Впрочем, эти результаты были заметно лучше, чем в процитированном выше опросе госпитализированных терапевтических пациентов, по данным которого свой уровень ХС знали 46%, а верно назвать целевой уровень не смог ни один пациент [18].

Как следует из таблицы 1, большинство (78–85%) российских пациентов с ВР сообщили, что изменили свой рацион питания с целью снижения уровня липидов крови (увеличили потребление овощей, фруктов и рыбы, ограничили жиры). И это можно расценить как существенный прогресс, поскольку доля пациентов с ВР, ограничивающих потребление насыщенных жиров, 10 лет назад

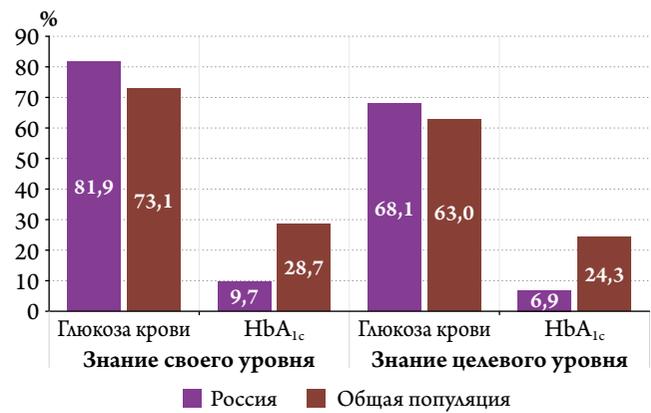


Рис. 6. Осведомленность пациентов в отношении своего актуального и целевого уровней гликемии и гликированного гемоглобина в российской когорте и в общей популяции исследования

НbA_{1c} – гликированный гемоглобин

была значительно ниже: у пациентов с АГ по данным исследования РЕЛИФ [8] она составляла 63,7%.

Медикаментозную гиполипидемическую терапию в российской когорте получали всего 18% пациентов (14,8% мужчин и 19,3% женщин), тогда как в европейской популяции – в 2 раза большее число пациентов (35,6% в целом; 38,1% мужчин и 33,7% женщин). В подавляющем большинстве случаев использовались статины. Частота приема фибратов составляла всего 2,7% в российской и 4,6% в общей популяции исследования, при этом уровень ТГ превышал 1,7 ммоль/л у получавших гиполипидемическую терапию пациентов в 57,8 и 64,9% случаев соответственно. Проблема недостаточного использования фибратов отмечалась и в других работах [20].

Осведомленность пациентов с ВР о своих собственных и целевых показателях гликемии была достаточно высокой как у нас, так и в других европейских странах, хотя существуют резервы для ее дальнейшего улучшения (рис. 6). В то же время осведомленность о гликированном гемоглобине среди наших пациентов была крайне низкой (менее 10%), в общей популяции картина выглядела лучше, тем не менее уровень знаний о гликированном гемоглобине среди пациентов в странах Европы был также явно недостаточен. Вероятно, это связано с меньшей доступностью определения НbA_{1c}. Со слов пациентов, частота проведения самоконтроля гликемии была достаточно высокой: у нас самоконтроль проводили 92,8% пациентов с СД, в исследования в целом – 74,6%. В пользу версии о том, что причиной низкой осведомленности о собственном и целевом уровне НbA_{1c} является относительная новизна и не повсеместная доступность этого анализа для российских пациентов, могут свидетельствовать данные по другим странам с близкими проблемами. Например, в хронологически близком индийском исследовании



КОНГРЕСС ЮЖНОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



Следите за новостями
на сайте www.ossn.ru



РОСТОВ-НА-ДОНУ 13.04.2018

довании [21] даже в специализированном диабетологическом центре о своем последнем результате и целевой уровень гликированного гемоглобина знали только около трети пациентов.

Как видно из таблицы 1, абсолютное большинство (80–90%) российских пациентов с СД ограничили потребление сахара, жиров и алкоголя, а также увеличили количество овощей и фруктов в своем рационе. В общей популяции ситуация была несколько хуже. В то же время доля пациентов, которые пытались улучшить контроль диабета с помощью физической активности, составила в российской когорте чуть более 40% и была ниже, чем в исследовании в целом. Частота следования рекомендациям по физическим тренировкам у пациентов с диабетом в российской когорте практически совпала с результатами крупного международного опроса Time 2 Do More in Diabetes [22], а частота приверженности рекомендациям по питанию – была выше, чем в этом опросе (51%). Впрочем, авторы опроса также пришли к выводу, что пациенты с СД более склонны следовать диетическим рекомендациям, чем советам по увеличению физической активности.

Что касается медикаментозного лечения СД, частота назначения как инсулина, так и пероральных сахароснижающих препаратов в российской когорте была несколько ниже, чем в общей популяции исследования (табл. 2). При этом, как следует из предыдущей публикации [9], целевого уровня гликированного гемоглобина HbA_{1c}

<7% удалось добиться 64,3% российских пациентов с СД и 58,5% пациентов общей популяции EUROASPIRE IV, при этом частота выявления осложнений диабета была достаточно высокой: нейропатия 20,5 и 15%, ретинопатия 13 и 15%, нефропатия 8,7 и 5,7% соответственно. Очевидно, это следствие недостаточной интенсивности лечения пероральными сахароснижающими средствами и/или инсулином.

Важным фактором, который во многом определяет успешность достижения целевых уровней ФР, является приверженность к лечению. К сожалению, она нередко оказывается недостаточной, когда речь идет о профилактических вмешательствах, не оказывающих значимого непосредственного влияния на самочувствие пациента. Таблица 3 отображает ответы пациентов на три вопроса, характеризующих их приверженность к назначенной медикаментозной терапии: (а) не случалось ли им пропускать прием назначенных препаратов, (b) не изменяли ли они самостоятельно рекомендованные врачом дозировки препаратов, (с) как часто они принимали назначенные лекарства в точном соответствии с назначениями. Как видим, и у нас, и в остальных странах EUROASPIRE IV пациенты оценивают свою приверженность к лечению достаточно высоко: примерно 90% пациентов сообщили, что пропусков в приеме лекарств они не допускают «никогда» или же это случается у них «редко». То же самое можно сказать и о случаях самостоятельного изменения дозировок. На прием препаратов в точном соответствии с рекомендациями – «всегда» и «почти всегда» указали примерно 80% пациентов. Следует отметить, что в госпитальной ветви EUROASPIRE IV [23] пациенты оценивали свою приверженность к назначенной медикаментозной терапии еще выше: 79,4% пациентов в российской и 74,1% в общей популяции исследования сообщили, что выполняют эти рекомендации «всегда», а 13,9 и 19,9% соответственно – «почти всегда». Это однозначно говорит о том, что пациенты, которые в большей степени воспринимают свое заболевание, как серьезную угрозу, более склонны к соблюдению рекомендаций [24].

Таблица 3. Приверженность к медикаментозному лечению в российской когорте и в общей популяции исследования

Ответы	Россия	Общая популяция исследования
Распределение ответов пациентов на вопрос о том, не случались ли у них в течение последних 3 лет пропуски отдельных доз назначенных препаратов		
Никогда	54,1%	52,3%
Редко	35,3%	35,9%
Часто	10,3%	10,5%
Всегда	0,3%	1,3%
Распределение ответов пациентов на вопрос о том, не изменяли ли они в течение последних 3 лет дозировки назначенных препаратов		
Никогда	62,7%	68,9%
Редко	29,3%	25,9%
Часто	7,5%	4,8%
Всегда	0,5%	0,5%
Распределение ответов пациентов на вопрос о том, как часто в течение последнего месяца они принимали лекарства в точном соответствии с назначением врача		
Всегда	51,8%	56,6%
Почти всегда	29,1%	28,1%
Большую часть времени	5,7%	7,3%
Примерно в половине случаев	8,6%	3,8%
Менее чем в половине случаев	4,9%	4,2%

Заключение

Подавляющее большинство пациентов с ВР в российской когорте и общей популяции исследования принимали рекомендованные им антигипертензивные, липидснижающие и противодиабетические препараты и оценивали свою приверженность к терапии достаточно высоко. В то же время медикаментозная терапия для коррекции ожирения назначалась пациентам с ВР очень редко (менее 8% случаев). Абсолютное большинство пациентов с ожирением получали рекомендации по снижению содержания жиров и ограничению калорийности рациона (у нас несколько чаще, чем в общей популяции иссле-

дования). Вместе с тем половине пациентов с ВР было рекомендовано увеличение физической активности, при этом частота следования этим рекомендациям была еще ниже. Доля пациентов с ВР, которые более 6 месяцев до включения в исследование регулярно (не менее 3 раз в неделю) занимались физическими тренировками длительностью 20–60 мин, в российской когорте и в исследовании в целом была примерно одинаковой и составляла 16–18%.

Частота приема бета-блокаторов и антагонистов РААС (иАПФ или БРА) у пациентов в нашей стране и в исследовании в целом была практически одинаковой, при этом российские участники заметно реже принимали АСа²⁺ и диуретики.

Свой уровень ХС знали чуть больше половины наших пациентов с ВР, а частота правильных ответов на вопрос о целевом уровне не достигла и 50%, правда, в общей популяции исследования эти показатели были еще ниже. Медикаментозную гиполипидемическую терапию в российской когорте получали всего 18% пациентов (14,8% мужчин и 19,3% женщин), тогда как в европейской популяции – в 2 раза большее число пациентов (35,6% в целом; 38,1% мужчин и 33,7% женщин). В подавляющем большинстве случаев использовались статины.

Осведомленность пациентов с ВР о своих и целевых показателях гликемии была достаточно высокой как у нас, так и в других странах Европы. В то же время осведомленность о гликированном гемоглобине среди наших пациентов была крайне низкой (менее 10%).

При сравнении с популяцией исследования в нашей стране как среди врачей, так и среди пациентов были несколько более популярны многие немедикаментозные рекомендации по коррекции ФР, причем и в России, и в исследовании в целом диетические вмешательства и рекомендовались, и применялись заметно чаще, чем увеличение физической активности.

Таким образом, результаты ветви первичного звена исследования EUROASPIRE IV указывают на наличие значительных резервов для совершенствования профилактической помощи пациентам с ВР как в российской когорте, так и для общей популяции исследования.

Финансирование

Российская часть исследования EUROASPIRE IV проведена под эгидой Национального медицинского общества профилактической кардиологии и при поддержке исследовательского гранта, предоставленного компанией «Фармстандарт».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Price D, Bateman ED, Chisholm A, Papadopoulos NG, Bosnic-Anticevich S, Pizzichini E et al. Complementing the randomized controlled trial evidence base. Evolution not revolution. *Ann Am Thorac Soc.* 2014;11 Suppl 2: S92–98. DOI:10.1513/AnnalsATS.201308-276RM.
- Kotseva K, De Bacquer D, De Backer G, Rydén L, Jennings C, Gyberg V et al. Lifestyle and risk factor management in people at high risk of cardiovascular disease. A report from the European Society of Cardiology European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE) IV cross-sectional survey in 14 European regions. *Eur J Prev Cardiol.* 2016;23 (18):2007–18. DOI:10.1177/2047487316667784.
- 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 [Muromczeva G.A., Konczewa A.V., Konstantinov V.V., Artamonova G.V., Gatagonova T.M., Duplyakov D.V. i dr. Rasprostranennost' faktorov riska neinfekcionny'x zabolevanij v rossijskoj populyaczii v 2012-2013 gg. Rezul'taty' issledovaniya E'SSE-RF. Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2014;13 (6):4–11].
- Баланова Ю.А., Вилков В.Г., Деев А.Д., Капустина А.В., Константинов В.В., Муромцева Г.А. и др. Результаты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации по артериальной 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., Muromczeva G.A. i dr. Rezul'taty' vtorogo etapa monitoringa e'pidemiologicheskoi situaczii po arterial'noj gipertonii v Rossijskoj Federaczii (2005–2007 gg.), provedennogo v ramkax Federal'noj czelevoj programmy "Profilaktika i lechenie arterial'noj gipertonii v Rossijskoj Federaczii". М.; 2008. 224 s].
- Бойцов С.А., Якушин С.С., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М., Никулина Н.Н., Загребельный А.В. и др. Амбулаторно-поликлинический регистр кардиоваскулярных заболеваний в Рязанской области (РЕКВАЗА): основные задачи, опыт создания и первые результаты. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2013;9 (1):4–14 [Bojczov S.A., Yakushin S.S., Marczevich S.Yu., Luk'yanov M.M., Nikulina N.N., Zagrebel'ny'j A.V. i dr. Ambulatorno-poliklinicheskij registr kardiovaskulyarny'x zabolevanij v Ryazanskoj oblasti (REKVAZA): osnovny'e zadachi, opyt' sozdaniya i pervy'e rezul'taty'. Racional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2013;9 (1):4–14].
- Загребельный А.В., Марцевич С.Ю., Лукьянов М.М., Воробьев А.Н., Мосейчук К.А., Якушин С.С. и др. Качество гиполипидемической терапии в амбулаторно-поликлинической практике: данные регистра РЕКВАЗА. Профилактическая медицина. 2016;19 (1):9–14 [Zagrebel'ny'j A.V., Marczevich S.Yu., Luk'yanov M.M., Vorob'ev A.N., Mosejchuk K.A., Yakushin S.S. i dr. Kachestvo gipolipidicheskoj terapii v ambulatorno-poliklinicheskoi praktike: dannye registra REKVAZA. Profilakticheskaya medicina. 2016;19 (1):9–14].
- Лукина Ю.В., Марцевич С.Ю., Загребельный А.В., Айду Ф.А., Деев А.Д. Исследование приверженности лечению у пациентов амбулаторно-поликлинического звена (по данным регистра ПРОФИЛЬ). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2013;12 (5):56–61 [Lukina Yu.V., Marczevich S.Yu., Zagrebel'ny'j A.V., Ajdu F.A., Deev A.D. Issledovanie priverzhennosti lecheniyu u paczientov ambulatorno-poliklinicheskogo звена (po dannym registra PROFIL'). Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2013;12 (5):56–61].
- 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 Federaczii. М.: Викас-принт; 2009. 151 s].
9. Погосова Н. В., Оганов Р. Г., Бойцов С., Бойцов С. А., Аушева А. К., Соколова О. Ю. 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):333–44. DOI:10.18087/cardio.2411 [Pogosova N.V., Oganov R.G., Wojczov S., Wojczov S.A., Ausheva A.K., Sokolova O.Yu. i dr. E'ffektivnost' pervichnoj profilaktiki zabolevanij, обусловlenny'x aterosklerozom, u paczientov s vy'sokim serdechno-sosudisty'm riskom v Rossii i drugix stranax Evropy' (chast' 1). Kardiologiya. 2017;57(S1):333–44. DOI:10.18087/cardio.2411].
 10. 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].
 11. 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.
 12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67 (6):361–70.
 13. Thomas CE, Mauer EA, Shukla AP, Rathi S, Aronne LJ. Low adoption of weight loss medications: A comparison of prescribing patterns of antiobesity pharmacotherapies and SGLT2s. Obesity (Silver Spring). 2016;24 (9):1955–61. DOI:10.1002/oby.21533.
 14. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. Obes Res. 2003;11 (10):1168–77. DOI:10.1038/oby.2003.161.
 15. McVay MA, Yancy WS, Vijan S, Van Scoyoc L, Neelon B, Voils CI et al. Obesity-related health status changes and weight-loss treatment utilization. Am J Prev Med. 2014;46 (5):465–72. DOI:10.1016/j.amepre.2013.11.018.
 16. Smith AW, Borowski LA, Liu B, Galuska DA, Signore C, Klabunde C et al. U. S. primary care physicians' diet-, physical activity-, and weight-related care of adult patients. Am J Prev Med. 2011;41 (1):33–42. DOI:10.1016/j.amepre.2011.03.017.
 17. Hinrichs T, Moschny A, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Thiem U, Platen P. General practitioner advice on physical activity: analyses in a cohort of older primary health care patients (getABI). BMC Fam Pract. 2011;12:26. DOI:10.1186/1471-2296-12-26.
 18. Погосова Н. В., Лысенко М. А., Самсонова И. В., Карпова А. В., Юферева Ю. М., Исакова С. С., Выгодин В. А. Медицинская информированность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний пациентов различного терапевтического профиля, находящихся на стационарном лечении. Кардиология 2017;57(12). DOI: 10.18087/cardio.2017.12.10064. [Pogosova N.V., Lysenko M.A., Samsonova I.V., Karpova A.V., Yufereva Yu.M., Isakova S.S., Vy'godin V.A. Mediczinskaya informirovannost' o faktorax riska serdechno-sosudisty'x zabolevanij paczientov razlichnogo terapevticheskogo profilya, nachodyashixsya na staczionarnom lechenii. Kardiologiya. 2017;57(12)]. DOI: 10.18087/cardio.2017.12.10064.
 19. Steinberg D, Bennett GG, Svetkey L. The DASH Diet, 20 Years Later. JAMA. 2017;317 (15):1529–30. DOI:10.1001/jama.2017.1628.
 20. Toth PP, Zarotsky V, Sullivan JM, Laitinen D. Niacin and fibrate use among patients with high triglycerides and low high-density lipoprotein cholesterol. Curr Med Res Opin. 2009;25 (6):1355–63. DOI:10.1185/03007990902910450.
 21. Kumpatla S, Medempudi S, Manoharan D, Viswanathan V. Knowledge and Outcome Measure of HbA_{1c} Testing in Asian Indian Patients with Type 2 Diabetes from a Tertiary Care Center. Indian J Community Med. 2010;35 (2):290–3. DOI:10.4103/0970-0218.66858.
 22. Strain WD, Cos X, Hirst M, Vencio S, Mohan V, Vokó Z et al. Time to do more: addressing clinical inertia in the management of type 2 diabetes mellitus. Diabetes Res Clin Pract. 2014;105 (3):302–12. DOI:10.1016/j.diabres.2014.05.005.
 23. Погосова Н. В., Оганов Р. Г., Бойцов С. А., Аушева А. К., Соколова О. Ю., Поздняков Ю. М. и др. Медикаментозная терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. Кардиология. 2016;56 (12):11–9 [Pogosova N.V., Oganov R.G., Wojczov S.A., Ausheva A.K., Sokolova O.Yu., Pozdnyakov Yu.M. i dr. Medikamentoznaya terapiya u paczientov s ishemicheskoy bolezny'u serdca v Rossii i Evrope: rezul'taty' rossijskoj chasti mezhdunarodnogo mnogocentrovogo issledovaniya EUROASPIRE IV. Kardiologiya. 2016;56 (12):11–9].
 24. DiMatteo MR, Haskard KB, Williams SL. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. Med Care. 2007;45 (6):521–8. DOI:10.1097/MLR.0b013e318032937e.

Материал поступил в редакцию 10/09/2017