

Анализ ключевых показателей вторичной профилактики у пациентов с ишемической болезнью сердца в России и Европе по результатам российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V

Погосова Н. В.¹, Оганов Р. Г.², Бойцов С. А.¹, Аушева А. К.¹, Соколова О. Ю.¹, Курсаков А. А.², Осипова И. В.³, Антропова О. Н.³, Поздняков Ю. М.⁴, Салбиева А. О.², Лельчук И. Н.², Гусарова Т. А.², Гомыранова Н. В.¹, Сказин Н. А.⁵, Kotseva K.^{6,7,8}

¹ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии” Минздрава

России. Москва, Россия; ²ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр терапии

и профилактической медицины” Минздрава России. Москва, Россия; ³КГБУЗ Краевая клиническая больница. Барнаул, Россия; ⁴ТБУЗ МО “Жуковская ГКБ”. Жуковский, Московская область, Россия;

⁵ТБУЗ ГКБ № 36 им. Ф. И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, Россия;

⁶National Institute for Prevention and Cardiovascular Health. London, UK; ⁷National University of Ireland —

Galway. Galway, Ireland; ⁸Imperial College Healthcare NHS Trust. London, UK

Цель. Оценить ключевые показатели вторичной профилактики у больных ишемической болезнью сердца на отдаленном этапе после перенесенного острого инфаркта миокарда, острого коронарного синдрома (ОКС), чрескожного коронарного вмешательства и/или операции аортокоронарного шунтирования, полученные в исследовании EUROASPIRE V (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) в российских центрах в сравнении с общей популяцией исследования.

Материал и методы. EUROASPIRE V — поперечное исследование с участием 27 стран, включая Россию, где в одном или нескольких регионах идентифицировали такие стационарные учреждения кардиологического профиля, в которые все пациенты с ОКС или показаниями к реваскуляризации миокарда из данной местности имели шансы на госпитализацию. В участвующих центрах идентифицировались последовательно поступающие пациенты, госпитализированные по поводу ОКС или для проведения чрескожного коронарного вмешательства или аортокоронарного шунтирования. Через ≥6 мес. и <2 лет после выписки при визите-интервью у пациентов оценивалось наличие ключевых факторов риска и достижение их целевых уровней, а также адекватность полученных рекомендаций.

Результаты. Всего в России идентифицировано 699 пациентов, 399 посетили визит-интервью (женщины — 27,1%, средний возраст 62,8±8,7 года). В общей популяции исследования идентифицировано 16208 пациентов, проинтервьюировано 8261 (женщины — 25,8%, средний возраст 63,6±9,6 года). На момент интервью курить продолжали 18,5% российских пациентов (16,8% в исследовании в целом), частота избыточной массы тела или ожирения составила 85,4 и 81,7%, абдоминального ожирения — 60,4 и 58,5%, сахарного диабета — 21,9 и 29,3% пациентов, соответственно; у 19,7 и 16,4%

пациентов, соответственно, сахарный диабет был впервые выявлен при глюкозотолерантном тесте в рамках исследования. Целевой уровень гликированного гемоглобина был достигнут у 47,1 и 54,4%, артериального давления у 64,0 и 53,7%, холестерина липопротеинов низкой плотности у 27,6 и 29,0% пациентов, соответственно.

Заключение. Между российской когортой и общей популяцией исследования выявлены заметные различия, при этом по некоторым ключевым показателям вторичной профилактики ситуация была более благоприятной в российской когорте, а по другим — в общей группе. В обеих сравниваемых популяциях сохраняются значительные резервы для дальнейшей оптимизации.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, вторичная профилактика, факторы риска, целевые уровни.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 29/10-2020

Получена рецензия 16/11-2020

Принята к публикации 25/11-2020



Для цитирования: Погосова Н. В., Оганов Р. Г., Бойцов С. А., Аушева А. К., Соколова О. Ю., Курсаков А. А., Осипова И. В., Антропова О. Н., Поздняков Ю. М., Салбиева А. О., Лельчук И. Н., Гусарова Т. А., Гомыранова Н. В., Сказин Н. А., Kotseva K. Анализ ключевых показателей вторичной профилактики у пациентов с ишемической болезнью сердца в России и Европе по результатам российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE V. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(6):2739. doi:10.15829/1728-8800-2020-2739

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: nanapogosova@gmail.com

[Погосова Н. В.* — д.м.н., профессор, заместитель генерального директора по научно-аналитической работе, ORCID: 0000-0002-4165-804X, Оганов Р. Г. — д.м.н., профессор, академик РАН, г.н.с., ORCID: 0000-0001-8087-4231, Бойцов С. А. — профессор, академик РАН, генеральный директор, ORCID: 0000-0001-6998-8406, Аушева А. К. — к.м.н., в.н.с. лаборатории профилактической кардиологии, ORCID: 0000-0001-9794-7484, Соколова О. Ю. — к.м.н., с.н.с. лаборатории профилактической кардиологии, ORCID: 0000-0002-9756-8684, Курсаков А. А. — к.м.н., м.н.с. лаборатории профилактической кардиологии, ORCID: 0000-0002-9913-2059, Осипова И. В. — д.м.н., профессор; главный специалист по профилактической медицине Алтайского края, ORCID: 0000-0002-6845-6173, Антропова О. Н. — д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии, ORCID: 0000-0002-6233-7202, Поздняков Ю. М. — д.м.н., профессор, зав. кардиологическим отделением, руководитель Московского областного кардиологического центра, ORCID: 0000-0002-0879-0946, Салбиева А. О. — м.н.с. отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, ORCID: 0000-0002-3716-9788, Лельчук И. Н. — врач-терапевт Федерального центра здоровья, ORCID: 0000-0002-0122-5952, Гусарова Т. А. — врач-терапевт Федерального центра здоровья, ORCID: 0000-0003-1570-0520, Гомыранова Н. В. — д.б.н., зав. отделением клинической лабораторной диагностики, ORCID: 0000-0003-4500-0904, Сказин Н. А. — врач-кардиолог отделения кардиоренимации, ORCID: 0000-0001-8918-9417, Kotseva K. — MD, PhD, FESC Senior Clinical Research Fellow, ORCID: 0000-0003-0469-9413].

Secondary prevention in patients with coronary artery disease in Russia and Europe: results from the Russian part of the EUROASPIRE V survey

Pogosova N. V.¹, Oganov R. G.², Boytsov S. A.¹, Ausheva A. K.¹, Sokolova O. Yu.¹, Kursakov A. A.², Osipova I. V.³, Antropova O. N.³, Pozdnyakov Yu. M.⁴, Salbieva A. O.², Lelchuk I. N.², Gusarova T. A.², Gomyranova N. V.¹, Skazin N. A.⁵, Kotseva K.^{6,7,8}

¹National Medical Research Center of Cardiology, Moscow, Russia; ²National Research Center for Therapy and Preventive Medicine, Moscow, Russia; ³Regional Clinical Hospital, Barnaul, Russia; ⁴Zhukovsky City Clinical Hospital, Zhukovsky, Moscow region, Russia; ⁵F. I. Inozemtsev City Clinical Hospital № 36, Moscow, Russia; ⁶National Institute for Prevention and Cardiovascular Health, London, UK; ⁷National University of Ireland — Galway, Galway, Ireland; ⁸Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

Aim. To assess the secondary prevention in Russian patients with coronary artery disease in the long-term period after acute myocardial infarction, acute coronary syndrome (ACS), percutaneous coronary intervention and/or coronary artery bypass grafting, obtained in the European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE V) survey in comparison with the general population of the study.

Material and methods. EUROASPIRE V is a cross-sectional study with 27 countries, including Russia, which involved patients with ACS or indications for myocardial revascularization. At participating centers, patients admitted to hospital due to ACS or for percutaneous coronary intervention or coronary artery bypass grafting were identified. After 6 months and <2 years after discharge, patients were examined.

Results. In total, 699 patients were identified in Russia, 399 of which visit an interview (women, 27,1%; mean age, 62,8±8,7 years). In the general population of the study, 16,208 patients were identified, 8,261 of which were interviewed (women, 25,8%; mean age, 63,6±9,6 years). At the time of the interview, 18,5% of Russian patients continued to smoke (16,8% in the general study population), the prevalence of overweight or obesity — 85,4 and 81,7%, abdominal obesity — 60,4 and 58,5%, diabetes — 21,9 and 29,3% of patients, respectively. In 19,7 and 16,4% of patients, respectively, diabetes was first diagnosed with a glucose tolerance test in the study. The target glycated hemoglobin was achieved in 47,1 and 54,4%, blood pressure — in 64,0 and 53,7%, low-density lipoprotein cholesterol — in 27,6 and 29,0% of patients, respectively.

Conclusion. There were significant differences between the Russian cohort and the general study population. Some key secondary prevention parameters were more favorable in the Russian cohort, and some parameters — in the general group. In both compared populations, significant reserves are retained for further optimization.

Key words: coronary artery disease, secondary prevention, risk factors, target levels.

Relationships and Activities: none.

Pogosova N. V.* ORCID: 0000-0002-4165-804X, Oganov R. G. ORCID: 0000-0001-8087-4231, Boytsov S. A. ORCID: 0000-0001-6998-8406, Ausheva A. K. ORCID: 0000-0001-9794-7484, Sokolova O. Yu. ORCID: 0000-0002-9756-8684, Kursakov A. A. ORCID: 0000-0002-9913-2059, Osipova I. V. ORCID: 0000-0002-6845-6173, Antropova O. N. ORCID: 0000-0002-6233-7202, Pozdnyakov Yu. M. ORCID: 0000-0002-0879-0946, Salbieva A. O. ORCID: 0000-0002-3716-9788, Lelchuk I. N. ORCID: 0000-0002-0122-5952, Gusarova T. A. ORCID: 0000-0003-1570-0520, Gomyranova N. V. ORCID: 0000-0003-4500-0904, Skazin N. A. ORCID: 0000-0001-8918-9417, Kotseva K. ORCID: 0000-0003-0469-9413.

*Corresponding author: nanapogosova@gmail.com

Received: 29/10-2020

Revision Received: 16/11-2020

Accepted: 25/11-2020

For citation: Pogosova N. V., Oganov R. G., Boytsov S. A., Ausheva A. K., Sokolova O. Yu., Kursakov A. A., Osipova I. V., Antropova O. N., Pozdnyakov Yu. M., Salbieva A. O., Lelchuk I. N., Gusarova T. A., Gomyranova N. V., Skazin N. A., Kotseva K. Secondary prevention in patients with coronary artery disease in Russia and Europe: results from the Russian part of the EUROASPIRE V survey. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(6):2739. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2020-2739

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, АКШ — аортокоронарное шунтирование, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМТ — индекс массы тела, НЗТ — никотинзаместительная терапия, ОГТТ — оральная глюкозотолерантный тест, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОКС — острый коронарный синдром, ОТ — окружность талии, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХС — холестерин, ХС ЛВП — холестерин липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство, ESC — European Society of Cardiology (Европейское общество кардиологов), EUROASPIRE — European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events, HbA_{1c} — гликированный гемоглобин.

За последние годы во многих регионах мира достигнуты несомненные успехи в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и, в частности, с ишемической болезнью сердца (ИБС), вносящей наибольший вклад в структуру сердечно-сосудистой смертности, однако даже в странах с наиболее благоприятной ситуацией по ССЗ эту проблему нельзя считать полностью решенной [1-3]. Критически важное значение для снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений и неблагоприятных исходов у пациентов с ИБС имеет контроль кардиоваскулярных факторов риска (ФР), являющихся ключевыми показателями эффективности вторичной профилактики забо-

левания. Оценка адекватности мер по коррекции ФР ССЗ в рамках вторичной профилактики ИБС проводится на самых разных уровнях — от отдельных учреждений до регионального, национального и международного масштабов. Международные программы подобного рода представляют особый интерес, поскольку дают возможность проведения глобальной оценки вторичной профилактики ИБС, сравнительной оценки по регионам и странам, а также позволяют определить приоритетные мишени для оптимизации усилий.

Одной из наиболее известных международных программ является общеевропейская мониторинговая программа EUROASPIRE (European Action

on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events), которая с 1994г проводится Европейским обществом кардиологов (ESC — European Society of Cardiology) раз в несколько лет для оценки эффективности внедрения текущих Европейских рекомендаций по профилактике ССЗ в клиническую практику. В настоящее время проведено пять исследований EUROASPIRE: в 1995-1996гг EUROASPIRE I с участием 9 европейских стран и 3569 пациентов с ИБС [4], в 2000-2001гг EUROASPIRE II с участием 15 европейских стран и 5556 пациентов с ИБС [5], в 2006-2007гг EUROASPIRE III с участием 22 европейских стран и 13593 пациента с ИБС [6], в 2013г EUROASPIRE IV с участием 24 европейских стран и 13586 пациентов с ИБС [7] и, наконец, в 2016-2017гг EUROASPIRE V [8] с участием 27 стран Европы и 16208 пациентов с ИБС.

Российские центры принимали участие в госпитальной ветви последних трех исследований (EUROASPIRE III, IV и V), что обеспечило возможность проведения не только сравнительного анализа с европейской популяцией в целом и по отдельным странам, но и анализа динамики ситуации за истекший период в российских когортах. Исследования EUROASPIRE V представляют собой особый интерес относительно более ранних исследований в связи с его более широкой географией (наряду с центрами из Москвы и Московской области в нем впервые участвовали центры из Западной Сибири) и с тем, что на момент его проведения в России уже в полной мере были реализованы современные подходы к оказанию медицинской помощи пациентам с ИБС [9, 10].

Настоящая статья посвящена оценке ключевых показателей вторичной профилактики у больных ИБС на отдаленном этапе после перенесенного острого инфаркта миокарда (ОИМ), острого коронарного синдрома (ОКС), чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) и/или операции аортокоронарного шунтирования (АКШ), полученных в исследовании EUROASPIRE V в российских центрах, в сравнении с общей популяцией исследования.

Материал и методы

По дизайну EUROASPIRE V [8] представляет собой поперечное исследование, в котором принимали участие 27 стран Европы: Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Чехия, Египет, Финляндия, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Казахстан, Киргизия, Латвия, Литва, Нидерланды, Польша, Португалия, Румыния, Российская Федерация, Сербия, Словения, Испания, Швеция, Индия, Украина, Великобритания. В каждой из стран выбирали одну или несколько географических областей, в которых идентифицировали стационарные учреждения кардиологического профиля, среди которых выбирали один или несколько центров таким

образом, чтобы все пациенты с острыми формами ИБС или показаниями к реваскуляризации миокарда с помощью ЧКВ или АКШ из данной географической области имели шансы на госпитализацию в данное учреждение. В участвующих центрах на основании выписных эпикризов (или регистров) идентифицировались все без исключения последовательно поступавшие пациенты (в возрасте 18-80 лет), госпитализированные по поводу ОИМ с подъемом/без подъема сегмента ST или ОКС без формирования инфаркта миокарда (без повышения уровня тропонинов крови), или с целью планового/экстренного ЧКВ или плановой/экстренной операции АКШ. Период от момента идентификации пациента до визита-интервью составлял ≥ 6 мес. и < 2 лет. Каждой из стран-участниц рекомендовалось включить в исследование не менее 400 пациентов, пришедших в центры для включения в исследование. 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 ИБС приглашались на визит-интервью с целью оценки отдаленных результатов лечения, клинического, психологического статуса и показателей качества жизни, наличия и достижения целевых уровней ФР, а также оценки адекватности предоставленных пациентам немедикаментозных и медикаментозных рекомендаций. Каждый пациент подписывал информированное согласие на участие в исследовании.

При анализе медицинской документации (данных электронных регистров или историй болезни) учитывались социально-демографические характеристики пациентов; данные анамнеза; наличие информации по ФР (курение, ожирение, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, гипергликемия); назначенная при госпитализации и выписке терапия (с названиями препаратов и их суточными дозами), а также записи о предоставленных пациентам немедикаментозных рекомендациях по изменению образа жизни.

Во время визита-интервью с помощью структурированной индивидуальной регистрационной карты и валидированных опросников проводился детальный опрос пациентов по основным аспектам образа жизни (курение, питание, физическая активность, психосоциальные факторы), приему препаратов и выполнению немедикаментозных рекомендаций.

Регистрировались антропометрические данные: рост и масса тела (оценивались с помощью SECA 701/220 в легкой одежде и без обуви), окружность талии (ОТ) — на середине расстояния между нижним краем реберной дуги и гребнем подвздошной кости по средней подмышечной линии в положении пациента стоя. Избыточную массу тела определяли при значении индекса массы тела (ИМТ) ≥ 25 и < 30 кг/м²; ожирение — ≥ 30 кг/м²; абдоминальную избыточную массу тела — при значении ОТ ≥ 80 и < 88 см у женщин и ≥ 94 и < 102 см у мужчин; центральное ожирение — ОТ ≥ 88 см у женщин и ≥ 102 см у мужчин.

Артериальное давление (АД) измерялось дважды после 5-минутного отдыха на правом плече с 5-минутным интервалом в положении больного сидя с использованием автоматического цифрового сфигмоманометра

Таблица 1

Доля историй болезни пациентов с ИБС, в которых при поступлении в стационар была зафиксирована информация о ФР ССЗ, в российских центрах и в общей популяции исследования

	Пациенты, идентифицированные в российских центрах	Общая популяция исследования EUROASPIRE V
Наличие СД в анамнезе, %	98	85,8
Статус курения, %	88,2	81,4
Масса тела, %	68,7	64,9
ОТ, %	26,3	13,9
Систолическое АД, %	83,7	85,8
Общий ХС, %	80,7	68,7
ХС ЛНП, %	51,6	58,2
Глюкоза крови, %	83,5	75,1
HbA _{1c} , %	2,8	17,8
Результаты ОГТТ, %	3,3	1,6

(Omron M6). Объективную оценку курения проводили по концентрации монооксида углерода в выдыхаемом воздухе с помощью прибора Smokerlyser (Bedfont Scientific, модель Micro+).

Уровень физической активности оценивали с помощью вопроса: “Выполняете ли Вы регулярные физические нагрузки продолжительностью не <30 мин в среднем 5 раз в неделю?” и вопроса о проведении каких-либо физических тренировок.

Все перечисленные данные вносились в единую для всех стран бумажную регистрационную карту пациента, а также в электронную карту пациента в поддерживаемой ESC базе данных Программы Европейских обсервационных исследований (EURObservational Research Program).

Во время визита-интервью проводился забор венозной крови натощак для определения уровней общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП), триглицеридов, ХС липопротеинов низкой плотности (ЛНП) (с расчетом по формуле Фридвальда), а также уровня глюкозы в крови и гликированного гемоглобина (HbA_{1c}). Всем пациентам без сахарного диабета (СД) и с уровнем гликемии натощак <11,1 ммоль/л проводился пероральный тест на толерантность к глюкозе с 75 г безводной глюкозы в 200 мл воды после не менее чем 10-часового голодания. Концентрация глюкозы в крови определялась на локальном уровне с использованием портативного устройства (Glucose 201RT, NemoCue®, Ängelholm, Швеция). Кровь для определения уровня ХС общего и ХС, входящего в состав ЛНП и ЛВП, забирали в пробирку, содержащую активатор сгустка, для определения уровня HbA_{1c} — ЭДТА (Venosafe). Кровь центрифугировали (2000 об./мин) при комнатной температуре в течение 10 мин, после чего плазму помещали в кодированные пробирки, замораживали в холодильной камере при температуре -70° С и отправляли из всех стран-участниц исследования в центральную лабораторию (Laboratory in the National Institute for Health and Welfare, Хельсинки, Финляндия), где проводились измерения надлежащих показателей на биохимическом анализаторе (Architect c8000; Abbott Laboratories, Abbott Park, Illinois, USA).

Статистический анализ данных настоящего исследования 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 исследовании EUROASPIRE V участвовали 4 центра — ФГБУ “НМИЦ профилактической медицины” Минздрава России (Москва), ГБУЗ ГКБ № 36 ДЗМ (Москва), Московский областной кардиологический центр (Жуковский) и Краевая клиническая больница (Барнаул). Российская часть исследования EUROASPIRE V проведена под эгидой Национального медицинского общества профилактической кардиологии. На проведение российской части исследования EUROASPIRE V было получено разрешение Независимого этического комитета ФГБУ “НМИЦ профилактической медицины” Минздрава России. Все пациенты дали свое письменное информированное согласие.

Результаты и обсуждение

Всего в российских центрах было идентифицировано и включено в исследование 699 пациентов с ИБС, средний возраст которых на момент госпитализации составил 61,7±8,7 года, доля женщин 27,1% (в целом в Европе 16208 пациентов; средний возраст 62,4±9,6 года; женщин 25,8%). При этом 9,8% включенных в России пациентов на момент госпитализации были <50 лет, 30,6% — в возрасте 50–59 лет, 43,6% — 60–69 лет и 16% — ≥70 лет.

Согласно действующим рекомендациями ESC по кардиоваскулярной профилактике [11], у госпитализированных пациентов с ИБС, перенесших острые состояния или вмешательства по реваскуляризации миокарда, критически важно начинать адекватные мероприятия по вторичной профилактике заболевания еще до выписки из стационара, поскольку на амбулаторном этапе интенсивность вмешательств со временем, как правило, снижается и достижения целевых уровней ключевых ФР так и не происходит. С этой точки зрения важным индикатором является регистрация данных об основных ФР ССЗ в историях болезни пациентов с ИБС (таблица 1).

У российских пациентов и в общей популяции исследования отмечается значительная гетерогенность в регистрации информации об отдельных ФР ССЗ. В подавляющем большинстве случаев при поступлении пациентов в истории болезни была отмечена информация об уровне систолического АД, наличии СД и статусе курения, тогда как уровень ХС ЛНП был зафиксирован лишь ~ в половине случаев, а значения ОТ и ключевые характеристики углеводного обмена — у меньшинства пациентов. В целом, частота регистрации ФР в историях болезни российских пациентов была или сопоставима с таковой в общей популяции исследования, или несколько превышала ее. В частности, у российских пациентов масса тела была указана в 68,7% случаев, значение ОТ — в 26,3%, наличие СД — в 98%, статус курения — в 88,2%, уровень систолического АД — в 83,7%. В общей выборке соответствующие цифры составили 64,9, 13,9, 85,8, 81,4 и 85,8%. В российских центрах информация об уровне ХС ЛНП фиксировалась у каждого второго пациента (51,6%), об уровне общего ХС — в 80,7%, тогда как в общей популяции исследования несколько чаще фиксировали информацию о ХС ЛНП (58,2%) и реже об уровне общего ХС (68,7%). Результаты по глюкозе плазмы крови и оральному глюкозотолерантному тесту (ОГТТ) были более полно отражены у российских пациентов (таблица 1). Исключение составил только HbA_{1c} , который в российской медицинской документации фигурировал значительно реже (в 2,8 vs 17,8% в общей популяции), что, видимо, связано с доступностью этого анализа.

Аналогичная картина отмечалась и при анализе выписных эпикризов пациентов: в российских центрах чаще указывалась информация о ФР, чем в исследовании EUROASPIRE V в целом, хотя резервы для дальнейшего улучшения имелись и в российской когорте. В выписных эпикризах российских пациентов статус курения был зафиксирован в 89,0%, наличие избыточной массы тела или ожирения — в 88,7%, наличие АГ — в 98,7%, состояние липидного обмена отражалось в 96,5% случаев, состояние углеводного обмена — в 99,5%, состояние функции почек — в 97,0%. В общей популяции исследования в 78,3, 71,5, 89,6, 80,5, 76,7 и 84,5% эпикризов, соответственно.

Визит-интервью в российской когорте состоялся в среднем через 0,92 (0,67-1,45) года после исходной госпитализации по поводу ОИМ, ОКС, ЧКВ или АКШ, в общей популяции исследования — через 1,12 (0,82-1,56) года. Его прошли 399 российских пациентов, а всего в исследовании — 8261 человек. За вычетом умерших пациентов и тех, кто не мог посетить визит-интервью по другим объективным причинам (значительное ухудшение состояния здоровья или переезд), отклик соста-

вил 67,4% пациентов в российской когорте и 56,3% в исследовании в целом. Среди российских участников было 27,1% женщин (25,8% в общей выборке). Средний возраст российских пациентов, пришедших на визит-интервью, составил $62,8 \pm 8,7$ года (7,3% <50 лет, 29,8% — 50-59 лет, 42,4% — 60-69 лет, 20,6% ≥ 70 лет), в общей популяции — $63,6 \pm 9,6$ года (18,4, 20,8, 26,0 и 32,4% в возрастных группах <50 лет, 50-59 лет, 60-69 лет и ≥ 70 лет, соответственно). У подавляющего большинства российских участников (92,2%) в анамнезе были те или иные вмешательства по реваскуляризации миокарда, главным образом, методом ЧКВ (89,2%), а АКШ ранее перенесли 9,8% пациентов. В общей популяции исследования частота перенесенной ранее реваскуляризации миокарда составила 88,9%, при этом доля пациентов с АКШ в анамнезе была заметно выше, чем в российской когорте (18,6%), а 80,2% были выполнены ЧКВ. Доля пациентов с вовлечением других сосудистых бассейнов была небольшой как в российских центрах, так и в исследовании в целом: инсульты в анамнезе отмечались у 3,3 и 4,1%, а госпитализации по поводу атеросклероза периферических артерий — у 2,3 и 2,7% пациентов, соответственно. Редкими также были и госпитализации в связи с хронической сердечной недостаточностью (3,5 и 6,3% пациентов, соответственно).

Как и в более ранних исследованиях EUROASPIRE [12, 13], образовательный уровень российской когорты был в целом выше, чем в общей популяции исследования: высшее образование имели 40,8% наших пациентов, среднее специальное — 38,5%, среднее образование — 20,8% (во всех странах EUROASPIRE V — 27,2, 15,7 и 42,1%, соответственно).

Наблюдение за российскими пациентами после индексного клинического события чаще всего осуществляли кардиологи (88,7 vs 77,9% в общей популяции исследования). 41,4% российских пациентов наблюдались также у терапевта или врача общей практики (64,8% в исследовании в целом). Несмотря на значительный охват специализированной помощью, на отдаленном этапе было обнаружено значительное поле для совершенствования мероприятий по контролю целевых уровней ФР ССЗ.

В частности, в рассматриваемой выборке с очень высоким сердечно-сосудистым риском о курении на отдаленном этапе после перенесенных ОИМ, ОКС и/или вмешательств по реваскуляризации миокарда, сообщили 18,5% российских пациентов, во всех странах EUROASPIRE V доля курящих пациентов была немного ниже (16,8%). При этом, как и в предыдущем исследовании EUROASPIRE IV [12], наш показатель частоты курения складывался из более высокой частоты курения у мужчин (23,7%) и более низкой у женщин (4,6%). Объек-

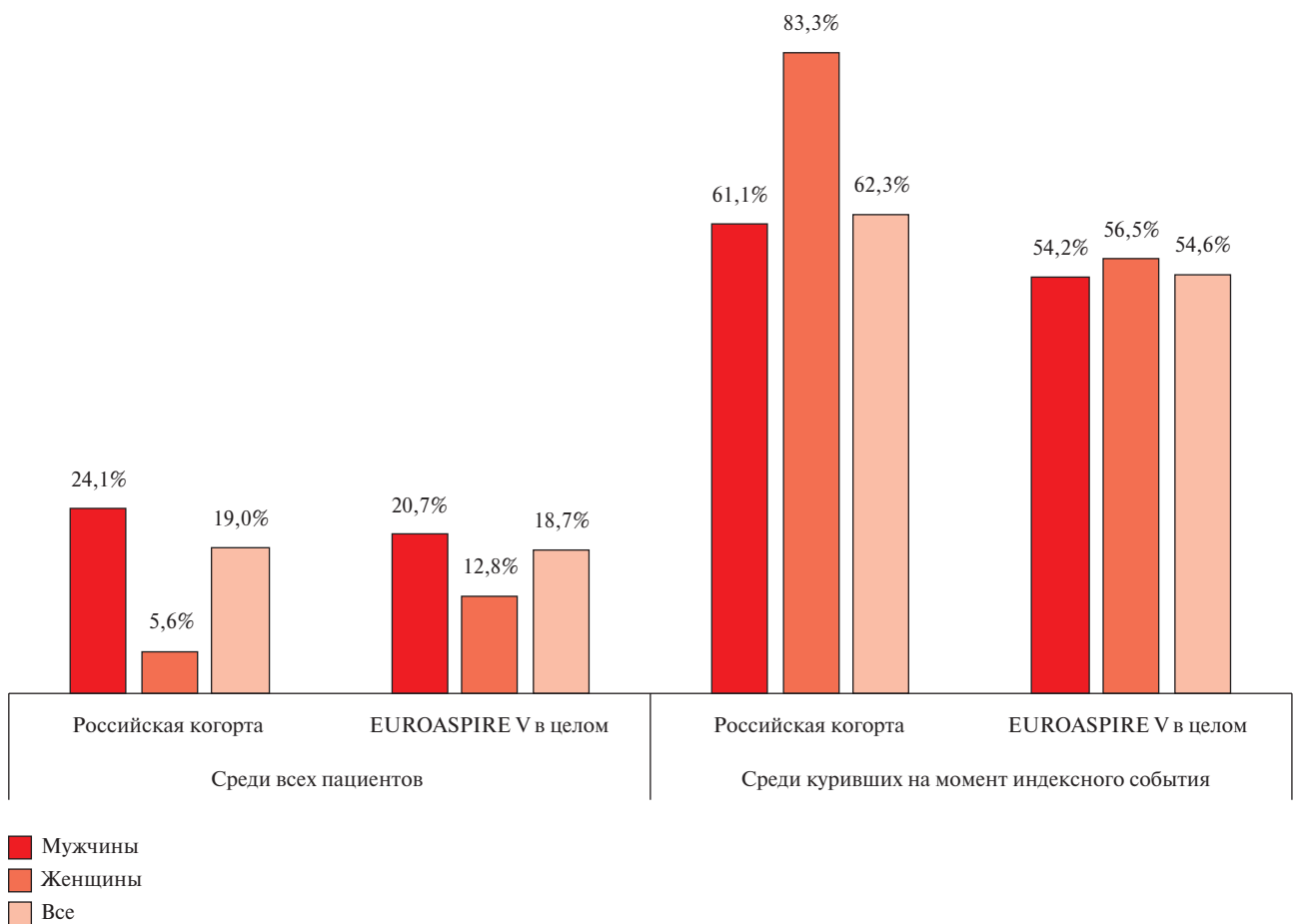


Рис. 1 Доля курящих пациентов на визите-интервью в российских центрах и в общей популяции исследования EUROASPIRE V среди всех участников и среди куривших в течение непосредственно предшествовавшего индексному событию месяца.

Примечание: пациенты классифицировались как курящие на основании опроса и/или обнаружения уровня монооксида углерода в выдыхаемом воздухе >10 ppm (частиц на млн).

тивизация факта курения с помощью измерения уровня монооксида углерода в выдыхаемом воздухе (>10 ppm), проводившаяся в этом исследовании, не выявила значительного изменения доли курящих пациентов (рисунок 1).

Хотя отказ от курения относится к числу наиболее эффективных мероприятий вторичной профилактики [14, 15], вероятность отказа от курения у пациентов, куривших в течение месяца перед исходной госпитализацией, была невелика: в российской когорте на момент интервью продолжали курить порядка двух третей исходно куривших пациентов, в общей популяции исследования — немного больше половины. Частота успешного отказа от курения была особенно низкой у российских женщин (всего 16,7%), однако этот результат следует рассматривать с осторожностью в связи с малым числом наблюдений. Следует отметить, что на момент интервью около половины (54,1% всего, 53,6% мужчин и 60% женщин) продолжающих курить российских пациентов отметили желание отказаться от курения в ближайшие полгода. В общей популяции исследования доля мотивированных в от-

ношении отказа от курения пациентов была даже несколько меньше — 46,6% (47,2% мужчин и 43,8% женщин).

В дополнение к успешно отказавшимся от курения пациентам (33,7%), среди тех российских пациентов, которые курили на момент индексной госпитализации, 61,7% сообщили, что им удалось сократить количество выкуриваемых сигарет (в общей популяции исследования 49,0 и 37,6%, соответственно). Это происходило, несмотря на крайне низкую частоту оказания какой-либо медицинской помощи по отказу от курения: среди российских пациентов лишь 3,1% участвовали в специализированных программах, а фармакологическая поддержка ограничивалась только никотинзаместительной терапией (НЗТ) у 4,1% пациентов. Варениклин или недоступный в России бупропион не принимал никто. В общей выборке исследования эти показатели были несколько выше, хотя охват медицинской помощью по отказу от курения был явно недостаточным: в специализированных клиниках или программах наблюдались 5,2%, НЗТ получали 7,1%, бупропион — 1,4%, варениклин —

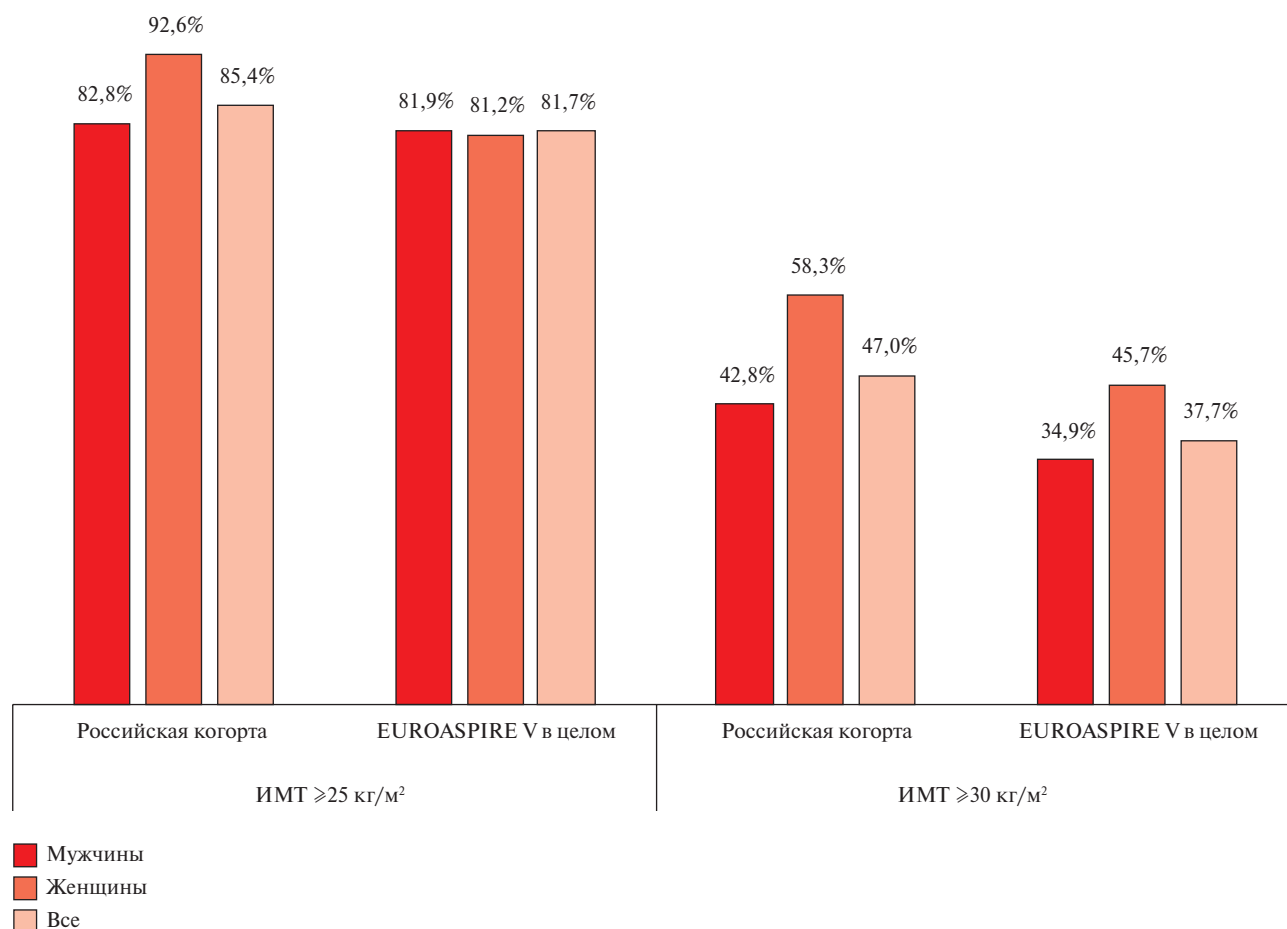


Рис. 2 Доля пациентов с любой степенью превышения нормальной массы тела и ожирением (по данным ИМТ) на визите-интервью в российских центрах и в общей популяции исследования EUROASPIRE V.

2,4% пациентов. Фармакотерапия никотиновой зависимости имела довольно выраженные региональные различия и в некоторых странах соответствующие препараты назначались значительно чаще, чем в среднем по Европе. Например, в Швеции НЗТ получали 35,4% куривших пациентов с ИБС, варениклин — 10,4%, бупропион — 6,2% пациентов, а в Ирландии НЗТ была назначена 37,5% курящих, варениклин — 3,4%, а бупропион не использовался совсем. Наконец, следует отметить, что в участвовавших в исследовании EUROASPIRE V центрах врачи стационаров вообще не были вовлечены в помощь по отказу от курения. Так, в общей популяции исследования варениклин или бупропион при выписке не были рекомендованы ни одному из пациентов, и лишь в 0,5% выписных эпикризов в рекомендациях фигурировала НЗТ.

Избыточная масса тела и ожирение — это еще один ФР, значимость которого в последние годы акцентируется во всем мире [16]. В исследовании EUROASPIRE V оценивалось как соответствие ИМТ надлежащим значениям, так и степень развития висцеральной жировой ткани по данным ОТ. Среднее значение ИМТ в российской когорте составило $29,9 \pm 4,9$ кг/м² ($29,4 \pm 4,8$ кг/м² у мужчин

и $31,3 \pm 4,8$ кг/м² у женщин), в общей популяции исследования — $29,2 \pm 5,0$ кг/м² ($28,9 \pm 4,6$ кг/м² у мужчин и $30,0 \pm 5,8$ кг/м² у женщин).

Установлена крайне высокая частота избыточной массы тела и ожирения среди российских пациентов с ИБС. Надлежащую массу тела имели только 14,6% наших коронарных пациентов, в Европе в целом таких больных было несколько больше (18,3%). При этом, если доля мужчин с избыточной массой тела или ожирением среди российских пациентов была сопоставима с аналогичным показателем в общей популяции исследования, то у российских женщин ситуация была отчетливо хуже, чем в исследовании в целом (рисунок 2). Между отдельными странами EUROASPIRE V отмечалась существенная вариабельность этого показателя, однако даже в странах с наиболее благополучной картиной надлежащую массу тела имела всего лишь приблизительно четверть пациентов. В отношении частоты ожирения (ИМТ ≥ 30 кг/м²), ситуация среди наших пациентов оказалась наименее благоприятной среди всех стран-участниц EUROASPIRE V: в российской когорте оказалось наибольшее число коронарных пациентов с ожирением — 47,0%.

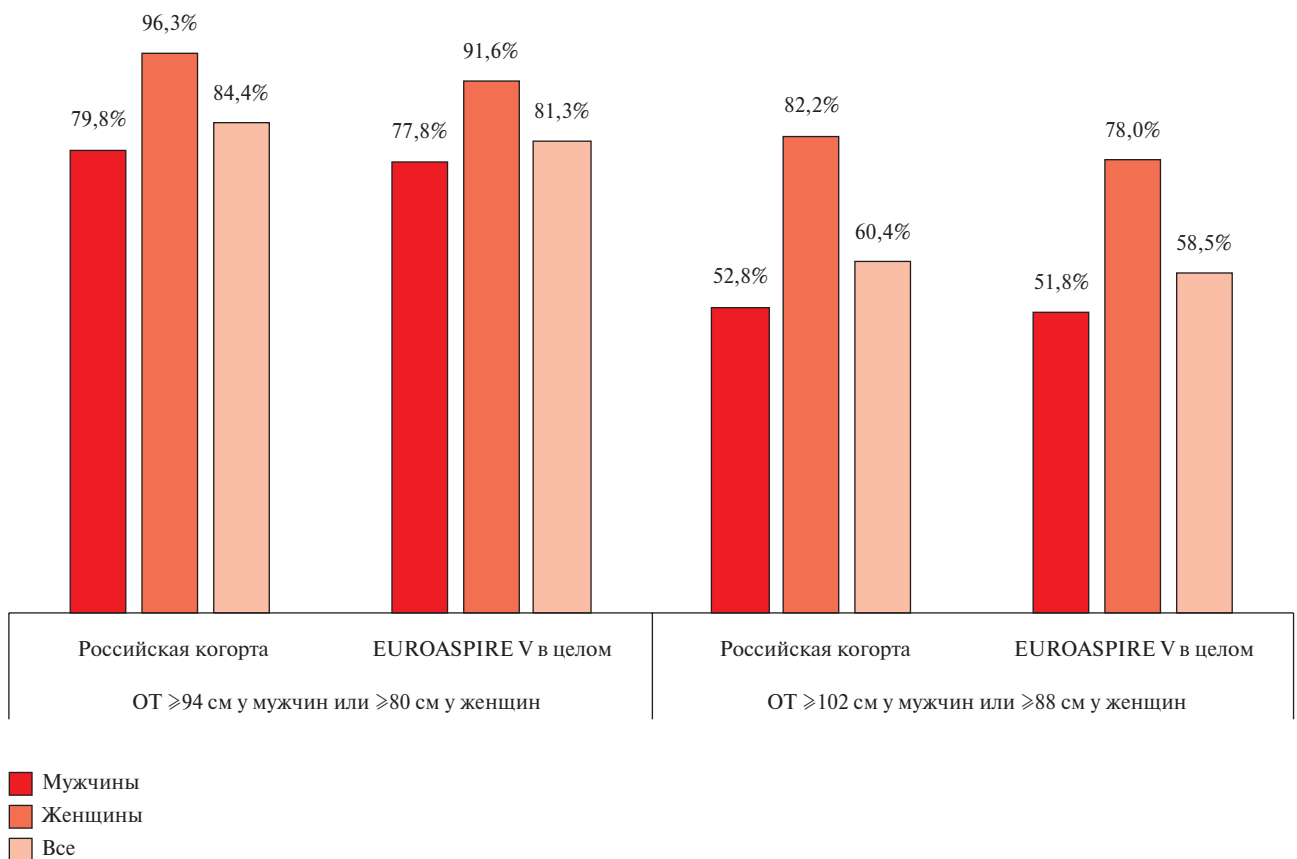


Рис. 3 Доля пациентов с любой степенью превышения нормальных значений ОТ и с абдоминальным ожирением на визите-интервью в российских центрах и в общей популяции исследования EUROASPIRE V.

С учетом многочисленных доказательств того, что абдоминальное ожирение обладает более высокой прогностической значимостью, чем ожирение по критерию ИМТ [17], важны также результаты анализа показателей ОТ. Эти показатели в российской когорте практически не отличались от общей популяции исследования — $103,1 \pm 12,1$ см у мужчин и $97,7 \pm 12,1$ см у женщин vs $102,6 \pm 12,8$ и $98,2 \pm 14,2$ см, соответственно. Превышение нормальных значений ОТ (ОТ ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у женщин) зафиксировано у 84,4% наших пациентов, что несколько больше, чем в общей популяции исследования (81,3%). Доли пациентов с центральным ожирением (ОТ ≥ 102 см у мужчин или ≥ 88 см у женщин) в российской когорте и в общей популяции исследования практически не различались (60,4 и 58,5%, соответственно). Необходимо также отметить, что и в России, и в других европейских странах абдоминальное ожирение было более характерно для женщин (рисунок 3).

Подавляющее большинство российских пациентов с ожирением (88,2%) были проинформированы медицинскими работниками о наличии данной проблемы (среднеевропейский показатель — 75,0%). Более того, в России 44,4% пациентов с ИБС и ожирением в течение предшествующего визиту-интервью месяца предпринимали те

или иные активные действия, направленные на снижение массы тела (доля таких участников в общей популяции исследования была примерно такой же — 48,1%). Кроме того, российские пациенты были очень мотивированы в отношении таких попыток в будущем: действия по снижению массы тела в ближайшие полгода серьезно планировали 73,3% пациентов — почти в 1,5 раза больше, чем в среднем по Европе (55,2%). Следует также отметить, что большинство пациентов с ИБС, по их словам, получили достаточно подробные рекомендации в этой области. Так, 82,8% российских пациентов получили рекомендации по питанию, 86,1% — по регулярной физической активности (в общей популяции EUROASPIRE V — 51,7 и 55,0%). Более того, ~ две трети пациентов из российских центров (и ~40% участников исследования в целом) считали, что следуют этим советам. Предоставленные пациентам рекомендации по питанию были достаточно подробными: 93,7% российских участников вспомнили о полученном от медицинских работников совете сократить потребление жиров, 87,6% — изменить тип потребляемых жиров, 87,5% — уменьшить суточный калораж питания, 92,1% — увеличить потребление овощей и фруктов, 90,8% — есть больше рыбы, 85,0% — ограничить потребление сахара; соответствующие показатели

в общей группе были несколько ниже — 77,3, 68,3, 64,5, 73,2, 66,5 и 67,0%. Медикаментозная терапия ожирения рекомендовалась очень редко — со слов участников, в 3,8 и 8,0% случаев, соответственно. Таким образом, и в России, и в остальных странах EUROASPIRE V имеет место сочетание высокой частоты нарушений жирового обмена с очевидно низкой эффективностью рутинного подхода к консультированию этих пациентов по вопросам здорового питания и контроля массы тела, несмотря на достаточно высокую мотивацию участников. В основе этого может лежать, с одной стороны, низкая доступность диетологического консультирования, а с другой, объективные трудности коррекции массы тела при ожирении [18, 19].

Общепризнанно значимым ФР ССЗ, к тому же, во многих случаях связанным с избыточной массой тела и ожирением, является СД [20]. У каждого пятого больного ИБС, пришедшего на визит-интервью в российские центры, имелся ранее диагностированный СД (21,9%, в т.ч. 18,3% мужчин и 31,5% женщин). Это несколько меньше, чем в Европе в целом, где исходно СД имели 29,3% пациентов (28,0% мужчин и 33,1% женщин). У 14,9% наших пациентов с ранее диагностированным СД отмечалась диабетическая ретинопатия, у 11,5% — нефропатия, 23,0% — нейропатия, в общей популяции исследования частота ретинопатии была несколько выше (16,2%), тогда как частота нефропатии и невропатии была заметно ниже (8,3 и 16,6%, соответственно).

В российской когорте мероприятия по контролю СД были представлены диетой и/или другими мерами по коррекции образа жизни у 47,1% участников, 72,4% принимали пероральные сахароснижающие средства, а 14,9% получали инсулин. В общей популяции исследования было в 2 раза больше пациентов на инсулине (31,7%), диеты и других немедикаментозных мероприятий придерживались 56,7%, а пероральные сахароснижающие препараты получали 73,7% пациентов. О регулярном самоконтроле уровня сахара в крови сообщили 87,4% российских пациентов с ИБС и диагностированным СД, причем среди женщин таких ответов было подавляющее большинство — 97,1 vs 81,1% у мужчин. В исследовании в целом самоконтроль гликемии осуществляли 71,8% пациентов с СД без существенных гендерных различий.

Тем не менее, несмотря на регулярно практикуемый со слов пациентов самоконтроль, показатели контроля СД в российской когорте были несколько хуже, чем в среднем по странам EUROASPIRE V, что могло объясняться как более низкой эффективностью лечения, так и выбором разных целевых уровней HbA_{1c} . В частности, средние показатели уровня гликемии натощак при СД в российской когорте составили $9,07 \pm 3,28$ ммоль/л

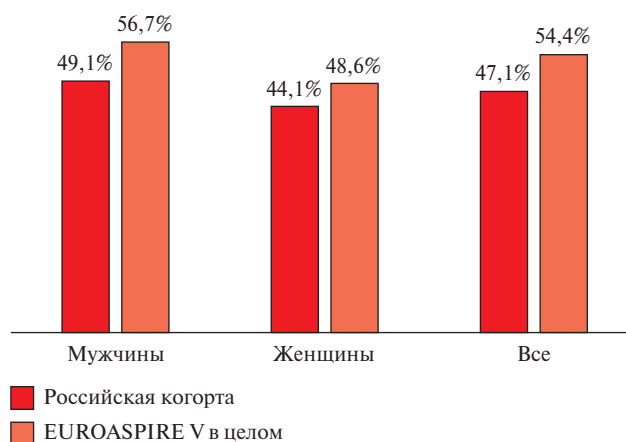


Рис. 4 Доля пациентов с уровнем $HbA_{1c} < 7\%$ на визит-интервью среди лиц с ранее диагностированным СД в российских центрах и в общей популяции исследования EUROASPIRE V.

($8,75 \pm 3,10$ ммоль/л у мужчин и $9,56 \pm 3,54$ ммоль/л у женщин), а в общей популяции исследования — $8,71 \pm 3,01$ ммоль/л ($8,58 \pm 2,87$ ммоль/л у мужчин и $9,03 \pm 3,30$ ммоль/л у женщин). Средний уровень HbA_{1c} у российских пациентов с СД равнялся $7,50 \pm 1,79\%$ ($7,34 \pm 1,61\%$ у мужчин и $7,76 \pm 2,04\%$ у женщин), в Европе в целом $7,24 \pm 1,68\%$ ($7,12 \pm 1,59\%$ у мужчин и $7,53 \pm 1,88\%$ у женщин). Доля пациентов, достигших уровня $HbA_{1c} < 7\%$ в российских центрах (рисунок 4), была несколько ниже, чем в общей популяции исследования, и у мужчин, и у женщин.

С учетом высокой частоты выявления недиагностированного СД, особенно, в старших возрастных группах [21], одной из ключевых особенностей исследования EUROASPIRE V являлся скрининг участников на предмет выявления нарушений углеводного обмена с помощью ОГТТ, проводившегося у пациентов без СД в анамнезе и с уровнем гликемии натощак $< 11,1$ ммоль/л. Как видно из таблицы 2, результаты теста полностью соответствовали нормативным у 38,7% российских пациентов с ИБС (45,6% в общей группе). В то же время благодаря проведению ОГТТ у 19,7% российских пациентов с ИБС был впервые выявлен СД (16,4% в общей популяции исследования).

Диагностический для СД уровень $HbA_{1c} (\geq 6,5\%)$ был установлен у 4,5% российских пациентов без ранее установленного диагноза СД (у мужчин несколько чаще, чем у женщин, 5,5 и 1,4%, соответственно), в общей популяции исследования наблюдалась схожая картина (4,7%, в т.ч. 4,7% мужчин и 4,8% женщин). Даже исходный уровень глюкозы крови натощак давал основания заподозрить СД у каждого десятого российского пациента с ИБС. Эти данные и выявление с помощью ОГТТ ранее недиагностированного СД у каждого пятого пациента с ИБС в российской когорте указывает на необходимость более пристального внимания к пока-

Таблица 2

Доля пациентов с недиагностированными до визита-интервью нарушениями углеводного обмена в российских центрах и в общей популяции исследования

	Пациенты российских центров	Общая популяция EUROASPIRE V
По данным гликемии натощак при визите-интервью		
Нарушение гликемии натощак (глюкоза крови ≥ 6 ммоль/л, но < 7 ммоль/л), %	17,4	18,1
Гликемия диабетического уровня (глюкоза крови ≥ 7 ммоль/л), %	10,4	8,2
По данным HbA_{1c}		
HbA _{1c} $\geq 6,5\%$, %	4,5	4,7
По данным ОГТТ		
Нарушение гликемии натощак (гликемия натощак $\geq 6,1$ и < 7 ммоль/л, гликемия через 2 ч $< 7,8$ ммоль/л), %	9,3	13,3
Нарушение толерантности к глюкозе (гликемия натощак < 7 ммоль/л, гликемия через 2 ч $\geq 7,8$ ммоль/л и $< 11,1$ ммоль/л), %	32,3	24,7
Впервые диагностированный СД (гликемия натощак ≥ 7 ммоль/л или гликемия через 2 ч $\geq 11,1$ ммоль/л), %	19,7	16,4

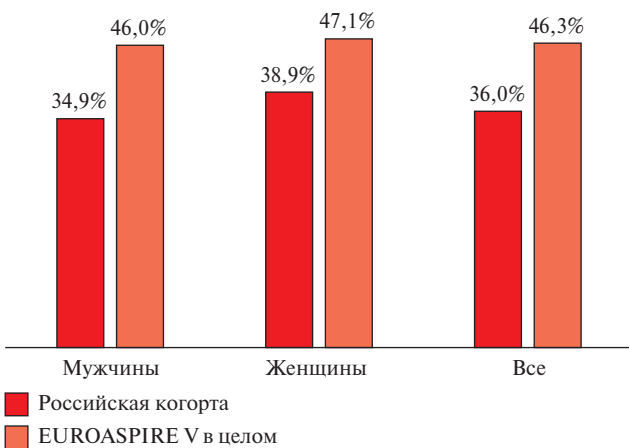


Рис. 5 Доля пациентов с неконтролируемым АД (систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст. при отсутствии СД или ≥ 80 мм рт.ст. у пациентов с СД) на визите-интервью в российских центрах и в общей популяции исследования EUROASPIRE V.

зателям углеводного обмена на этапе диспансерного наблюдения пациентов.

Контроль АД относится к ключевым компонентам вторичной профилактики ИБС. Средний уровень систолического АД у российских пациентов с ИБС составил $129,4 \pm 17,8$ мм рт.ст. (практически без различий между мужчинами и женщинами: $129,1 \pm 17,1$ и $130,3 \pm 19,7$ мм рт.ст.), диастолического АД — $78,6 \pm 10,9$ мм рт.ст. ($79,6 \pm 10,8$ мм рт.ст. у мужчин и $75,8 \pm 10,7$ мм рт.ст. у женщин). В общей популяции исследования цифры были несколько выше: систолическое АД $134,5 \pm 18,6$ мм рт.ст. ($134,3 \pm 18,2$ у мужчин и $134,9 \pm 19,7$ мм рт.ст. у женщин), диастолическое АД $80,7 \pm 10,9$ мм рт.ст. ($81,0 \pm 10,7$ у мужчин, $79,8 \pm 11,5$ мм рт.ст. у женщин). На рисунке 5 представлена доля пациентов с неконтролируемой АГ на момент визита-интервью, которая среди российских участников оказалась заметно ниже, чем в общей популяции исследования EUROASPIRE

V — $36,0$ vs $46,3\%$; у мужчин $34,9$ vs $46,0\%$ и у женщин $38,9$ vs $47,1\%$, соответственно. Следует отметить, что значительные резервы в отношении контроля АД отмечались, несмотря на то, что абсолютному большинству пациентов были назначены те или иные антигипертензивные препараты. Их получали $97,2\%$ российских пациентов ($96,6\%$ мужчин и $99,1\%$ женщин) и $95,0\%$ ($94,7\%$ мужчин и $95,8\%$ женщин) в общей популяции, а приверженность к приему препаратов была достаточно высокой: $89,3\%$ российских пациентов и $77,6\%$ участников исследования в целом сообщили, что регулярно принимали эти лекарства в течение 2 нед. перед визитом-интервью. Частота терапевтического контроля АД среди тех пациентов, которые подтвердили прием антигипертензивных препаратов в последние 2 нед., составила $62,4\%$ в российской когорте ($63,5\%$ мужчин и $59,8\%$ женщин) и $49,4\%$ в исследовании в целом ($49,9\%$ мужчин и $48,2\%$ женщин). В отношении недиагностированной АГ ситуация в российских центрах была достаточно благоприятной. Среди пациентов без АГ в анамнезе АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. (или $\geq 140/80$ мм рт.ст. при наличии СД) на визите-интервью было обнаружено лишь у $12,2\%$ ($11,4\%$ мужчин, $20,0\%$ женщин), в то время как в общей популяции исследования таких пациентов было более чем в 2 раза больше — $28,3\%$ ($29,8\%$ мужчин и $21,8\%$ женщин).

Уровни липидов крови в российской когорте были в целом сопоставимы с общей популяцией исследования: средние значения общего ХС в российских центрах составляли $4,25 \pm 1,15$ ммоль/л ($4,19 \pm 1,17$ ммоль/л у мужчин и $4,43 \pm 1,08$ ммоль/л у женщин) vs $4,28 \pm 1,21$ ммоль/л ($4,16 \pm 1,15$ ммоль/л у мужчин и $4,64 \pm 1,31$ ммоль/л у женщин), ХС ЛНП $2,38 \pm 0,98$ ммоль/л ($2,36 \pm 0,99$ ммоль/л у мужчин и $2,42 \pm 0,96$ ммоль/л у женщин) vs $2,41 \pm 0,99$ ($2,33 \pm 0,94$ ммоль/л у мужчин и $2,63 \pm 1,09$ ммоль/л у женщин), ХС ЛВП $1,14 \pm 0,27$ ммоль/л ($1,10 \pm 0,26$

ммоль/л у мужчин и $1,16 \pm 0,33$ ммоль/л у женщин) vs $1,14 \pm 0,30$ ммоль/л ($1,10 \pm 0,28$ ммоль/л у мужчин и $1,25 \pm 0,34$ ммоль/л у женщин), триглицеридов $1,62 \pm 0,97$ ммоль/л ($1,61 \pm 1,04$ ммоль/л у мужчин и $1,65 \pm 0,76$ ммоль/л у женщин) vs $1,64 \pm 1,12$ ммоль/л ($1,63 \pm 1,15$ ммоль/л у мужчин и $1,66 \pm 1,05$ ммоль/л у женщин).

ХС ЛНП превышал целевой на момент проведения исследования уровень для пациентов с ИБС приблизительно у трех четвертей участников как в России, так и во всех странах EUROASPIRE V (рисунок 6): уровень $\geq 1,8$ ммоль/л был зарегистрирован у 72,4% российских пациентов (71,5% мужчин и 74,5% женщин) и 71,0% пациентов в Европе в целом (68,6% мужчин и 77,9% женщин).

Гиполипидемические препараты получали 88,7% российских пациентов (87,3% мужчин и 92,6% женщин), что даже немного превышало среднеевропейские показатели — 84,2% в целом (85,7% мужчин и 80,1% женщин). Частота достижения целевого уровня ХС ЛНП среди находившихся на гиполипидемической терапии пациентов с ИБС была низкой как в России (30,2% всех участников, 31,7% у мужчин и 26,5% у женщин), так и в общей популяции исследования (соответственно, 32,0, 34,1 и 25,7%), что, по-видимому, свидетельствует об использовании недостаточно эффективных препаратов, недостаточных доз препаратов и редком назначении комбинированной гиполипидемической терапии.

Что касается физической активности, то со слов пациентов с ИБС, рекомендованный Всемирной организацией здравоохранения уровень физической активности (>30 мин ≥ 5 раз в нед.) поддерживали 52,0% российских больных (55,1% мужчин и 44,2% женщин), что заметно выше, чем в исследовании в целом (34,4%, в т.ч. 36,8% мужчин и 27,5% женщин). 52,9% российских пациентов сообщили, что предприняли определенные усилия для повышения физической активности после исходной госпитализации в основном за счет расширения повседневной бытовой активности (47,3% в общей популяции исследования). Доля участников, которые целенаправленно занимались различными вариантами физических тренировок (учитывалась любая запланированная физическая активность, направленная на повышение тренированности и выполняемая 3–5 раз в нед. в течение 20–60 мин) составляла ~ треть: 30,9% в российской когорте и 34,8% в общей группе. 33,2% российских участников сообщили, что не имеют подобной активности на данный момент, но намерены изменить ситуацию в будущем (в общей популяции 23,8%), еще 35,8% наших пациентов указали, что не планируют для себя никаких спортивных занятий в будущем (в исследовании в целом таких ответов было 41,5%).

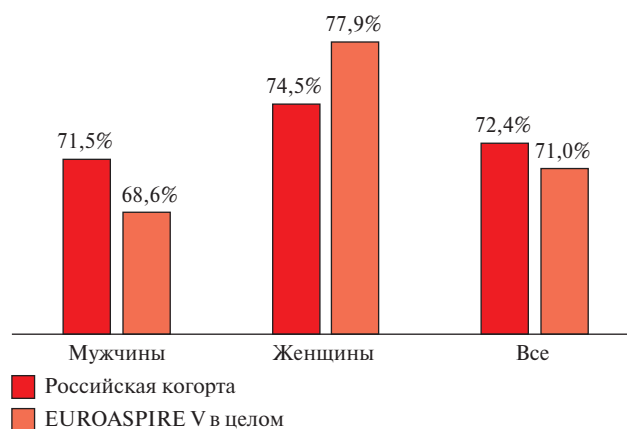


Рис. 6 Доля пациентов с ХС ЛНП $\geq 1,8$ ммоль/л на визите-интервью в российских центрах и в общей популяции исследования EUROASPIRE V.

Рекомендацию принять участие в программе кардиореабилитации после исходной госпитализации получили 64,0% российских пациентов (46,2% в исследовании в целом), однако пройти подобную программу, даже наполовину, смогли лишь 39,4%, что было существенно ниже, чем в общей группе исследования (68,9%).

При обсуждении результатов EUROASPIRE V необходимо упомянуть ограничения, заключающиеся в том, что полученные результаты для отдельных участвующих стран нельзя считать полностью репрезентативными для всех пациентов с ИБС в данном регионе. Задача по получению полностью репрезентативных национальных данных с практической точки не реализуема, учитывая число участвующих стран и отсутствие целевого финансирования. Целью данного проекта ESC является получение своего рода “моментальных снимков” общеевропейской ситуации. Более того, для исследований EUROASPIRE характерно участие медицинских учреждений с высоким уровнем оказания медицинской помощи, нередко — университетских клиник или академических центров, что может приводить к некоторому искажению общей картины результатов в лучшую сторону. Отчасти для преодоления этого ограничения служит интервал между исходной госпитализацией и визитом-интервью, во время которого пациенты наблюдаются в условиях рутинной клинической практики первичного звена здравоохранения. Кроме того, в исследовании EUROASPIRE V была значительно расширена география проекта в каждой из участвующих стран за счет увеличения числа медицинских учреждений и включения учреждений из нескольких регионов [8].

Заключение

Проведенная в рамках исследования EUROASPIRE V оценка контроля ключевых показателей вторичной профилактики ИБС у пациентов,

перенесших ОИМ, ОКС, ЧКВ, АКШ, а именно достижения целевых уровней основных ФР ССЗ, выявила заметные различия между российской когортой и общей популяцией исследования. При этом по некоторым ФР, в частности, по контролю АД, российские пациенты с ИБС достигли лучших результатов, тогда как в отношении контроля курения, особенно у мужчин, избыточной массы тела и ожирения, СД отмечена менее благоприятная ситуация. Результаты исследования свидетельствуют о наличии значительных нереализованных резер-

вов и необходимости дальнейшего совершенствования мероприятий по вторичной профилактике ИБС у пациентов, перенесших ОИМ, ОКС, ЧКВ, АКШ, с целью достижения оптимальных результатов лечения, максимально возможного снижения риска повторных сердечно-сосудистых катастроф и улучшения качества жизни больных.

Отношения и деятельность: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Timmis A, Townsend N, Gale CP, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. *Eur Heart J*. 2020;41(1):12-85. doi:10.1093/eurheartj/ehz859.
2. Piepoli MF, Abreu A, Albus C, et al. Update on cardiovascular prevention in clinical practice: A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27(2):181-205. doi:10.1177/2047487319893035.
3. Pogosova NV, Oganov RG, Suvorov SV. Why cardiovascular mortality in Moscow is lower than regions of the Russian Federation? *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2015;14(2):4-12. (In Russ.) Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Суворов С.В. Почему в Москве смертность от сердечно-сосудистых заболеваний ниже, чем в других регионах Российской Федерации? *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2015;14(2):4-12. doi:10.15829/1728-8800-2015-2-4-12.
4. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE. A European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal results. *Eur Heart J*. 1997;18(10):1569-82. doi:10.1093/oxfordjournals.eurheartj.a015136.
5. EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. *Eur Heart J*. 2001;22(7):554-72. doi:10.1053/euhj.2001.2610.
6. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from twenty-two European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2009;16(2):121-37. doi:10.1097/HJR.0b013e3283294b1d.
7. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. on behalf of the EUROASPIRE Investigators. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016;23(6):636-48. doi:10.1177/2047487315569401.
8. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26(8):824-35. doi:10.1177/2047487318825350.
9. Pogosova N, Oganov R, Saner H, et al. Potential and limitations of health policy to improve coronary heart disease prevention and to reduce the burden of disease: A Russian experience. *Eur J Prev Cardiol*. 2018;25(16):1725-34. doi:10.1177/2047487318768030.
10. Pogosova N, Sokolova O. Governmental efforts for cardiovascular disease prevention efforts in the Russian Federation. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2017;7(Suppl 1):S48-54. doi:10.21037/cdt.2017.03.01.
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37(29):2315-81. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
12. Pogosova GV, Oganov RG, Koltunov IE, et al. Monitoring of Secondary Prevention of Ischemic Heart Disease in Russia and European Countries: Results of International Multicenter Study EUROASPIRE III. *Kardiologia*. 2011;1:34-40. (In Russ.) Погосова Г.В., Оганов Р.Г., Колтунов И.Е. и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и странах Европы: результаты международного многоцентрового исследования EUROASPIRE III. *Кардиология*. 2011;1:34-40.
13. Pogosova NV, Oganov RG, Boytsov SA, et al. Psychosocial factors and life quality in coronary heart disease patients: results of the Russian part of international multicenter study EUROASPIRE IV. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2017;16(5):20-6. (In Russ.) Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2017;16(5):20-6. doi:10.15829/1728-8800-2017-5-20-26.
14. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, et al. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*. 2010;121:750-8. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523.
15. Biery DW, Berman AN, Singh A, et al. Association of Smoking Cessation and Survival Among Young Adults With Myocardial Infarction in the Partners YOUNG-MI Registry. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e209649. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9649.
16. Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., Burns, R., Rayner, M., & Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017*. European Heart Network. <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf> (16 November 2020).
17. Sahakyan KR, Somers VK, Rodriguez-Escudero JP, et al. Normal-Weight Central Obesity: Implications for Total and Cardiovascular Mortality. *Ann Intern Med*. 2015;163(11):827-35. doi:10.7326/M14-2525.
18. Primack C. A review and critique of published real-world weight management program studies. *Postgrad Med*. 2018;130(6):548-60. doi:10.1080/00325481.2018.1498280.
19. Fildes A, Charlton J, Rudisill C, et al. Probability of an Obese Person Attaining Normal Body Weight: Cohort Study Using Electronic Health Records. *Am J Public Health*. 2015;105(9):e54-9. doi:10.2105/AJPH.2015.302773.
20. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020;41(2):255-323. doi:10.1093/eurheartj/ehz486.
21. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistics Report, 2020. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, US Department of Health and Human Services; 2020. <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf> (16 November 2020).