

Немедикаментозная вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний у больных стабильной стенокардией на базе специализированного амбулаторного учреждения

Фитилёв С.Б., Шкробнева И.И., Возжаев А.В., Цуканова К.О., Димитрова Д.А.

*Кафедра общей и клинической фармакологии
Медицинского института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва*

Резюме. В настоящей статье приводятся результаты ретроспективного двухэтапного фармакоэпидемиологического исследования, посвящённого анализу изменений за пятилетний период в структуре выявления и коррекции у больных стабильной стенокардией модифицируемых факторов риска ССЗ. Проведённое исследование выявило ряд положительных сдвигов в области фиксации врачами в медицинской документации информации о факторах риска и их немедикаментозной коррекции на уровне специализированного амбулаторного звена, но в целом степень внимания специалистов к факторам риска ССЗ остаётся неудовлетворительной.

Ключевые слова: вторичная профилактика, стабильная стенокардия, модифицируемые факторы риска, неинтервенционные исследования

Non-pharmacological secondary prevention of cardiovascular diseases in patients with stable angina at specialized ambulatory institution

Fitilev S.B., Shkrebneva I.I., Vozzhaev A.V., Tsukanova K.O., Dimitrova D.A.

Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology, Medical institution, RUDN University, Russian Federation, Moscow

Abstract. The article describes the results of retrospective epidemiology (non-interventional study) two-stage study. This study was initiated to reveal and analyze changes occurred in the field of detection and modification of cardiovascular risk factors in patients with stable angina over the five-year period. The study identified some positive shifts in how doctors of outpatient cardiology clinic captured information about risk factors in medical records and how they implemented measures of non-pharmacological modification. However, in general degree of physicians' attention to cardiovascular risk factors remains low.

Keywords: secondary prevention, stable angina, modifiable risk factors, non-interventional study

Автор, ответственный за переписку:

Цуканова К.О. — аспирант кафедры общей и клинической фармакологии Медицинского института ФГАОУ ВО «РУДН»; адрес: 117198, Россия, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8; тел.: +7(926) 131-81-46; e-mail: kristina.cris.2011@ya.ru

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) стали одной из главных проблем современной медицины, начиная со второй половины 20-го столетия [1] и остаются основной причиной инвалидизации и смертности [2]. В 2015 г. на долю смертности от ССЗ в РФ пришлось более 50%, что значительно меньше по сравнению с 2005 г., где она составляла более 56%. Ведущей причиной смерти от ССЗ, по-прежнему, остаётся ишемическая болезнь сердца (ИБС),

на её долю в 2015 г. пришлось более 52% среди всех причин смерти [3].

Многочисленные исследования, проводимые с 1950 годов в мире, продемонстрировали, что наибольший вклад в снижение смертности от ИБС, обуславливает уменьшение распространённости и выраженности факторов риска ССЗ. Впервые, ещё в рамках Фрамингемского исследования (1948 г.), было показано, что основными факторами риска ССЗ являются: высокое артериальное давление, ожирение, сахарный диабет, низкая физическая

активность, курение, а также высокое содержание общего холестерина, триглицеридов и низкий уровень холестерина липопротеинов высокой плотности в крови. В большинстве стран, в которых произошло снижение смертности от ИБС, вклад уменьшения распространённости и выраженности факторов риска оказался более значимым, чем фактор лечения [4]. После появления у больного признаков ИБС, факторы риска продолжают оказывать неблагоприятное воздействие, способствуя прогрессированию болезни и ухудшая прогноз, поэтому их коррекция должна быть составной частью тактики лечения и вторичной профилактики [5]. Основным принципом успешного лечения больных ИБС является комплексность. Очевидно, что одной фармакотерапией без использования полноценного комплекса немедикаментозных методов лечения и профилактики невозможно получить существенные положительные сдвиги сердечно-сосудистой заболеваемости [6].

Результаты эпидемиологических исследований, проводимых в последние годы в нашей стране, показали высокую распространённость поведенческих факторов риска ССЗ, из которых определяющий вклад в преждевременную смертность населения России вносят курение (17,1%), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9%), избыточное потребление алкоголя (11,9%) и низкая физическая активность (9%) [7]. При этом оценка роли различных факторов, повлиявших на снижение смертности от ССЗ в нашей стране с 2003 г. по 2006 г. на 59,6% произошла за счёт уменьшения степени выраженности факторов риска и только на 29,4% — за счёт лечебных мероприятий [4].

По итогам работы, которая стала первым этапом нашего исследования [8], выявлены: недостаточный уровень внимания врачей к фиксации информации о поведенческих факторах риска, уровнях липидов крови и глюкозы, а также крайне низкая частота рекомендаций специалистов по коррекции образа жизни, включая питание и физическую активность.

Цель исследования — проанализировать в динамике за пятилетний период степень внимания врачей-кардиологов к основным модифицируемым факторам риска ССЗ и частоту рекомендаций по их немедикаментозной коррекции у популяции пациентов со стабильной стенокардией на примере амбулаторного кардиологического учреждения г. Москвы.

Материалы и методы

Проведено двухэтапное ретроспективное исследование. Предметом изучения являлись амбулаторные карты пациентов, отобранные случайным образом. В первое исследование было включено

2915 пациентов, во второе — 1633 пациента со стабильной стенокардией. Данные из медицинской документации переносились в разработанную индивидуальную регистрационную карту, а затем в электронную базу данных. Каждому пациенту был присвоен уникальный идентификационный номер. Амбулаторные карты анализировали на предмет фиксации врачами информации о следующих модифицируемых факторах риска: курение, употребление алкоголя, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела, артериальная гипертензия и сахарный диабет. Далее изучали частоту рекомендаций пациентам по немедикаментозной коррекции выявленных факторов риска. Полученные результаты обоих этапов исследования оценивали в динамике. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы PASWStatistics 22. Статистическую оценку значимости различий осуществляли при помощи критерия χ^2 -квадрат. Данные считали достоверными при значении уровня $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В первую очередь представлялось интересным сравнить демографические и анамнестические характеристики популяции больных стабильной стенокардией на обоих этапах нашего исследования. Среди пациентов изучаемой популяции по-прежнему преобладали женщины (66,4% — на первом этапе и 57,6% — на втором этапе; $p < 0,05$), однако спустя 5 лет возросло количество мужчин (42,4% против 33,5%; $p < 0,05$). Средний возраст пациентов составил $65,73 \pm 9,10$ лет и $66,78 \pm 9,46$ лет на первом и втором этапах исследования, соответственно. У большинства пациентов достоверно чаще на втором этапе имели место сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (93,9% против 91,7%), хроническая сердечная недостаточность (76,8% против 53,6%), сахарный диабет (21,9% против 13,7%). Настораживает значительное увеличение числа пациентов с таким мощным фактором риска ССЗ как сахарный диабет.

Сравнительный анализ показал, что за пятилетний период отмечается положительная динамика в отношении внимания врачей-кардиологов к ряду модифицируемых факторов риска. В медицинской документации достоверно чаще стала фиксироваться информация о поведенческих факторах риска: статус курения (27,6 против 2,4%), соблюдение диеты (2,3 против 1,3%), отношение к алкоголю (21,5 против 0,3%) и физическая активность (1 против 0,2%). При этом практически не выявлено изменений в отражении в амбулаторных картах антропометрических параметров, позволяющих оценить индекс массы тела пациента (15,7 против 13,6%). Несмотря на очевидные положительные тенденции

в вопросе внимания врачей к поведенческим факторам риска, в целом контроль данных факторов остаётся на низком уровне. Данный факт не может не настораживать, ведь эффективная коррекция поведенческих факторов риска в масштабах популяции явилась одним из значимых методов существенного снижения смертности, наблюдавшегося в XX—XXI веках в западных странах [4]. Так, например, доказано, что у лиц, отказавшихся от курения, средняя продолжительность жизни приближается к таковой у никогда не куривших, а регулярная физическая активность уменьшает общую и кардиоваскулярную смертность более чем на 30% [5].

Интересно, что полученные нами данные согласуются с результатами исследования EUROASPIRE IV, где также при анализе записей в историях болезни как у российских пациентов, так и в общей популяции исследования, были выявлены существенные пробелы в фиксации факторов риска развития ССЗ. Так, информация о массе тела отсутствовала более чем у 1/3 больных, у каждого пятого пациента — информация о статусе курения [9].

По результатам нашего исследования, степень внимания врачей к уровню артериального давления за 5 лет практически не изменилась и оставалась высокой (97,9 против 96,4%), тогда как уровни общего холестерина и глюкозы крови стали фиксироваться достоверно чаще — 66,6 против 44,3% и 27,5 против 18,3%, соответственно. Особое внимание в рекомендациях по лечению стабильной стенокардии уделяется достижению целевых уровней не только общего холестерина, а также холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП). Серия эпидемиологических работ показала, что смертность от ССЗ достоверно выше в странах, где у населения уровни ХС ЛПНП более высокие [10]. Установлено, что на каждый 1 ммоль/л снижения уровня ХС ЛПНП можно добиться снижения относительного риска развития ССЗ на 22% [11]. Поэтому почти вдвое возросшая частота фиксации уровня ХС ЛПНП, по результатам нашего исследования (33,1 против 17,0%), несомненно является положительным моментом. Повысилось внимание врачей и к другим показателям липидного спектра. Так, существенно увеличилась частота фиксации уровней ХС ЛПВП (27,3 против 15,1%) и триглицеридов (49,5 против 35,7%).

У лиц, уже страдающих ССЗ, коррекция факторов риска должна обязательно входить в программу лечения и быть более агрессивной, чем у лиц без ССЗ [12]. Известно, что пациенты с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений нуждаются в гиполипидемической терапии. Однако это не исключает проведения у них модификации образа жизни, а наоборот, способствует повышению приверженности и эффективности терапии в целом [13, 14].

Анализ врачебных рекомендаций по коррекции факторов риска в нашем исследовании выявил достоверное повышение частоты рекомендаций по соблюдению диеты (66,6 против 50,1%), что является положительным аспектом, так как питание — мощный фактор воздействия на организм человека на протяжении всей жизни, который может стать как фактором риска развития хронических заболеваний, так и значимой протективной мерой [5].

Отмечалось достоверное увеличение рекомендаций по самостоятельному контролю уровня артериального давления (СКАД) (15,8 против 3,3%). Показатели артериального давления (АД), полученные в домашних условиях, могут стать ценным дополнением при диагностике артериальной гипертензии и контроле за эффективностью её лечения. Величины АД, полученные при СКАД, позволяют точнее судить о прогнозе сердечно-сосудистых осложнений, а также улучшают приверженность пациентов к лечению [15].

Рекомендации по физической активности достоверно снизились (14,9 против 23,5%), что является критичным, так как, по данным исследования EUROASPIRE III [16], IV [9], российские пациенты крайне редко занимались физическими упражнениями с целью повышения своей тренированности.

Несмотря на значительный вклад курения в смертность от ССЗ, врачебные рекомендации по отказу от курения были зафиксированы у весьма ограниченного количества пациентов на первом и втором этапах нашего исследования — в 15,6 и 8,0% случаев, соответственно. Примечательно, что в исследовании ПЕРСПЕКТИВА (2009 г.) авторы также отмечают, что по сравнению с исследованием АТР (2001 г.) сократилось предоставление информации по отказу от курения [17]. Данные EUROASPIRE IV показали, что по частоте курения среди пациентов с ИБС наша страна находится на четвёртом месте в Европе и эффективность мероприятий по борьбе с курением была очень низкой. В российских центрах 81,9% курильщиков (по их словам) получили от врача устный совет отказаться от курения, у 51,6% — совет был зафиксирован письменно, однако, лишь 1 пациент получил конкретное направление на участие в специализированной программе помощи по отказу от курения [9]. В нашей популяции, исходя из медицинской документации, ни один пациент с зафиксированным статусом курения не получил направление на участие в специализированной программе или назначение фармакотерапии никотиновой зависимости.

Конечно, мы не можем исключить факта проведения врачом беседы с пациентом на предмет коррекции факторов риска, включая рекомендации по отказу от курения, диетическим и физическим аспектам в устной форме. В рамках нашего исследования данную информацию уточнить не представ-

лялось возможным, так как основным объектом изучения были амбулаторные карты. Для получения более точных данных по частоте предоставления врачебных рекомендаций по коррекции факторов риска целесообразным может быть проведения опросов пациентов на предмет получения ими данных рекомендаций и степени их понимания. Так, при параллельном опросе врачей и пациентов, проведённом *Ароновым Д.М. и соавт.* (2007 г.), врачи указывали на высокий процент предоставления рекомендаций, в том числе в письменном виде. Однако, по результатам опроса больных, было установлено, что процент получивших рекомендации, например, по вопросам физической активности и соблюдения диеты, составлял 23,8 и 46,1%, соответственно, а запомнили рекомендации «частично или хорошо» 39,5% [17].

Литература

1. *Шальнова С.А., Деев А.Д.* Тенденции смертности в России в начале XXI века (по данным официальной статистики). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (6): 5—10.
2. *Шальнова С.А., Оганов Р.Г., СтезФ.Г., Форд Й.* Ишемическая болезнь сердца. Современная реальность по данным всемирного регистра CLARIFY. Кардиология. 2013; 53 (8): 28—33.
3. Здравоохранение в России — 2015. Федеральная служба государственной статистики. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statisti cs/publications/catalog/doc_1139919134734.
4. *Бойцов С.А.* Механизмы снижения смертности от ишемической болезни сердца в разных странах мира. Профилактическая медицина. 2013; 5: 9—19.
5. Комитет экспертов ВНОК. Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика (приложение 2). 2011; 10 (6): 2—64.
6. *Абрамович С.Г.* Немедикаментозное лечение и профилактика ишемической болезни сердца: проблемы и перспективы. Сибирский медицинский журнал. 2005; 1: 91—96.
7. *Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.* Эпидемиологию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики. Профилактическая медицина. 2009; 12: 3—7.
8. *Журавлев Р.И.* Вторичная профилактика и терапия стабильной стенокардии в лечебно-профилактических учреждениях амбулаторного типа г. Москвы (фармакоэпидемиологическое исследование). Дисс. канд. мед. наук. М.: 2010.
9. *Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова А.Ю.* и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. Кардиология. 2015; 12: 99—107.
10. *Keys A., Menotti A., Aravanis C.* et al. Seven Countries Study. The seven countries study: 2,289 deaths in 15 years. Prev Med 1984; 13 (2): 141—154.
11. *Ference B.A., Majeed F., Pennumetcha R.* et al. Effect of naturally random allocation to lower low-density lipoprotein cholesterol on the risk of coronary heart disease mediated by polymorphisms in NPC1L1, HMGCR, or both: a 2 × 2 factorial Mendelian randomization study. J Am Coll Cardiol 2015; 65(15): 1552—1561.
12. *Оганов Р.Г., Фомина И.Е.* Болезни сердца. Москва «Литтерра» 2006.
13. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (V пересмотр). Атеросклероз и Дислипидемии 2012; 4: 1—25.
14. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J 2011; 32 (14): 1769—818.
15. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Кардиолог. вестн. 2015; 1: 3—30.
16. *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.
17. *Бубнова М.Г., Аронов Д.М., Оганов Р.Г., Рудоманов О.Г., Путьлина А.С.* Клиническая характеристика и общие подходы к лечению пациентов со стабильной стенокардией в реальной практике. Российское исследование ПЕРСПЕКТИВА (часть I). Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2010; 9 (6): 47—55.

Заключение

Успех вторичной профилактики во многом зависит от выявления и достаточной коррекции модифицируемых факторов риска. По результатам нашего исследования, отмечается некоторая положительная динамика, однако в целом степень внимания врачей к факторам риска продолжает оставаться недостаточной для осуществления эффективных профилактических мероприятий и возможно врачам первичного звена следует более внимательно подходить к информированию пациента о целесообразности менять его образ жизни и вредные привычки. Полученные результаты могут быть использованы при разработке образовательных программ для медицинских работников по улучшению навыков профилактического консультирования.