

«Кардиоваскулярная» граница смещается на Восток

Первый день EuroPREVENT традиционно был посвящен профилактике кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) в принимающем городе и регионе – в данном случае в Чешской Республике. Доктор Рената Цифкова (Институт клинической и экспериментальной медицины, г. Прага) представила данные, согласно которым за период с 1985 по 2008 год смертность от КВЗ мужчин и женщин в Чешской Республике снизилась примерно на 50%; наибольшее снижение (более 60%) отмечено для смертности от инсульта. Основной вклад в улучшение ситуации со смертностью от КВЗ как у мужчин, так и у женщин внесло снижение общего холестерина в популяции на 15% за этот период, а также стабильное снижение систолического артериального давления (САД).

В другом докладе доктор Мартин Бобак (Университетский колледж г. Лондона, Великобритания) отметил, что практически двукратное снижение смертности от КВЗ за последние 20 лет, наблюдаемое в большинстве стран Запада, было достигнуто благодаря уменьшению воздействия факторов риска, и ярким примером этому является Чешская Республика, а также Польша, Венгрия, Болгария и Румыния. В то же время в странах бывшего Советского Союза отмечается противоположная тенденция. На протяжении ранних 1990-х годов в Украине, Беларуси и России произошло беспрецедентное повышение заболеваемости и смертности от КВЗ, после чего наблюдался устойчивый рост или определенные колебания этих показателей, однако без каких-либо признаков стабильного улучшения.

«До падения «железного занавеса» разделительной чертой между низкой и высокой кардиоваскулярной смертностью и продолжительностью жизни была политическая граница между Западной Европой и бывшими коммунистическими странами, – сказал М. Бобак. – Однако сегодня эта черта сместилась к границе бывшего Советского Союза, за исключением стран Балтии. В первые годы демократии Литва, Латвия и Эстония получили существенный объем помощи от Скандинавских стран и в результате политически и социально значительно приблизились к Западной Европе, что также отразилось на здоровье их наций».

По словам доктора Бобака, распространенность факторов риска в Восточной Европе выше по сравнению с Западной, однако не во всей популяции. Например, в России мужчины «дымят как паровозы» и «пьют как сапожники», однако социальное клеймо относительно курения и употребления алкоголя для российских женщин означает, что эти вредные привычки не являются реальными факторами риска для половинной популяции. «Российские женщины не курят и не пьют и тем не менее имеют очень высокую смертность, – сказал М. Бобак. – Таким образом, факторы риска широко распространены, но не всей популяции, и они не могут предоставить нам простого и красивого объяснения, например тому, почему кардиоваскулярная смертность у мужчин в возрасте от 45 до 59 лет в России в 8 раз выше, чем в Швеции».

Чтобы лучше понять причины такого явления, М. Бобак и соавт. проанализировали различия в диагностике и лечении в странах бывшего Советского Союза и странах Центральной Европы. Оказалось, что в Украине, Беларуси и России значительная часть пациентов с КВЗ практически не получают необходимого им лечения, а если оно и проводится, то, как правило, устаревшими методами. Исследователи отметили низкую доступность тропониновых тестов в странах бывшего Советского Союза, а также неоправданно низкий процент смертей, классифицируемых как коронарная смерть, наравне с высоким процентом смертей, в качестве причины которых указаны «другие формы ИБС».

Йога в составе кардиологической реабилитации снижает артериальное давление. Просто не называйте ее «йогой»

В амбициозном рандомизированном исследовании по оценке двух нетрадиционных методов лечения в составе комплексной программы кардиологической реабилитации, проведенном в Германии, было установлено, что индивидуализированная программа йоги на фоне оптимальной медикаментозной терапии может обеспечивать значительное дополнительное снижение артериального давления (АД) даже у пациентов, которые ранее ни разу не посещали йога-студию. Терапия сравнения – прогрессивная мышечная релаксация (ПМР), являющаяся более распространенным компонентом реабилитационных программ в Германии, – не оказывала подобного благоприятного действия на АД.

Целью исследования Mayer-Berger и соавт. было сравнить две техники релаксации/снижения стресса, каждая из которых ассоциировалась со снижением АД (однако в условиях,

отличающихся от данной работы). ПМР представляет собой технику, основанную на попеременном напряжении и расслаблении мышц, разработанную Э. Якобсоном и используемую для уменьшения стресса и тревожности. В Германии ПМР является стандартной методикой кардиологической реабилитации, но ее эффективность в отношении снижения АД ранее не оценивалась. В свою очередь, йога доказанно снижает АД у молодых здоровых индийцев, однако она не изучалась у пожилых европейцев с кардиоваскулярной патологией.

В настоящем исследовании использовалась особая практика йоги – винийога, допускающая адаптацию стандартных асан йоги (под руководством инструктора) к индивидуальным нуждам и возможностям практикующего, благодаря чему она часто используется у травмированных и пожилых больных. Инструкторы винийоги, принявшие участие в исследовании, придерживались высоко стандартизированной программы, подстраивая отдельные ее компоненты в зависимости от характеристик пациента.

В исследовании 340 мужчин, проходящих кардиологическую реабилитацию (у всех после первичного кардиального события был установлен диагноз артериальной гипертензии – АГ), рандомизировали для получения стандартной интенсивной кардиологической реабилитации, дополнительно включавшей ПМР либо винийогу, на протяжении 3-недельного периода (5 занятий в неделю в среднем по 30 мин). По словам авторов, в исследование включали только мужчин, потому что, во-первых, женщины очень редко участвуют в программах кардиологической реабилитации и, во-вторых, эти программы специально разрабатывались для мужчин трудоспособного возраста, которые могут возвратиться к своей трудовой деятельности.

Большинство мужчин были включены в программу реабилитации после инфаркта миокарда или чрескожного коронарного вмешательства. После окончания 3-недельного реабилитационного периода пациентам рекомендовали продолжать упражнения в домашних условиях и сообщили о том, что через 6 мес им будет предложено ответить на вопросы специальной анкеты, касающиеся комплаенса.

После 3 нед реабилитации в условиях клиники САД у пациентов группы йоги снизилось на 8 мм рт. ст. по сравнению с 6 мм рт. ст. в группе ПМР. Среди мужчин с наиболее высоким изначальным САД (>140 мм рт. ст.) снижение этого показателя было достоверно более выраженным в группе йоги (21,2 vs 12,6 мм рт. ст. в группе ПМР; $p=0,005$). Заслуживает внимания тот факт, что все пациенты получали комплексную медикаментозную терапию, многие принимали 2-3 антигипертензивных препарата.

Через 6 мес частота прекращения упражнений, по данным анкет, была выше в группе йоги (50% пациентов группы ПМР использовали релаксационную терапию не менее чем 1 раз в неделю, и лишь 30% мужчин группы йоги продолжали практиковать с такой же частотой). По словами авторов, даже эти цифры их очень впечатлили, так как они ожидали значительно худшей приверженности к программе реабилитации. Кроме того, по мнению исследователей столь высокая мотивация пациентов была обусловлена оригинальным дизайном программы: она начиналась с регулярных упражнений в условиях клиники, после чего следовал самостоятельный амбулаторный этап, причем пациенты знали о том, что через 6 мес медицинский работник проверит их комплаенс. Стандартные программы реабилитации предусматривают постоянные посещения клиники на протяжении нескольких месяцев, и неудивительно, что приверженность к ним очень низкая.

Ведущий автор, доктор Майер-Бергер считает, что использование термина «йога» помогло значительному проценту йогов продолжать практику. В уже запланированном новом исследовании, в котором йога будет оцениваться у пациентов с АГ без кардиальных событий в анамнезе, вместо слова «йога» также будут использоваться неопределенные термины.

Последние данные EuroASPIRE III подчеркивают неадекватность первичной и вторичной профилактики

Первые два исследования EuroASPIRE, инициированные Европейским обществом кардиологов (EuroASPIRE I – 1995-1996 гг., 9 стран; EuroASPIRE II – 1999-2000 гг., 15 стран), показали высокую распространенность модифицируемых факторов риска у пациентов с ИБС. Согласно результатам третьего исследования EuroASPIRE, проводившегося в 2006-2007 гг. в 22 странах, существенного улучшения ситуации с факторами риска за этот период не произошло. В 8 странах Европы, принимавших участие во всех трех исследованиях EuroASPIRE, лечение гиперлипидемии и АГ у пациентов с ИБС

остается субоптимальным, несмотря на расширение спектра доступных лекарственных препаратов.

На конгрессе EuroPREVENT-2010 доктор Корнелия Коцева (Имперский колледж г. Лондона, Великобритания) представила новые данные, полученные в ходе анализа результатов исследования EuroASPIRE III. В 22 странах, включенных в анализ, контроль основных факторов риска среди пациентов с ИБС стал даже хуже, чем раньше. Так, среди 9 тыс. больных, на момент включения уже имевших верифицированный диагноз ИБС, у 56% уровни АД оставались выше целевых 140/90 мм рт. ст. (130/80 мм рт. ст. для пациентов с диабетом); адекватный контроль АД достигался у менее чем 44% больных, находящихся на антигипертензивной терапии. Такое же неблагоприятное положение имеет место и для контроля липидемии: у 51% пациентов уровень общего холестерина сыворотки превышает целевой 4,5 ммоль/л, и только 55% больных, получающих гиполипидемические препараты, достигают целевых уровней липидов. Примерно у одной трети пациентов с ИБС присутствует сахарный диабет, причем среди больных, получающих гипогликемические препараты, лишь 10% достигают целевого уровня глюкозы плазмы натощак $\leq 6,1$ ммоль/л.

В качестве основных причин неадекватного контроля АД, липидемии и гликемии у пациентов с ИБС были названы увеличение распространенности ожирения; низкая осведомленность и мотивация врачей относительно титрации препаратов до оптимальных доз, назначения второго или третьего препарата для достижения целевых уровней, рекомендованных современными руководствами; низкая приверженность пациентов к лечению, которое должно продолжаться пожизненно.

Не лучшая ситуация сложилась и с первичной профилактикой. Анализ первичной профилактики EuroASPIRE III охватил мужчин и женщин в возрасте до 80 лет без ИБС и других заболеваний, связанных с атеросклерозом, в анамнезе, которые получали один или несколько препаратов для контроля АД, липидов или глюкозы как минимум на протяжении последних 6 мес (но не более чем в течение 3 лет). В целом было идентифицировано 5678 пациентов, из них 4366 согласились участвовать в исследовании.

Главной конечной точкой был процент пациентов, относящихся к группе высокого риска, которые смогли модифицировать свой образ жизни и достигли терапевтических целей профилактики КВЗ (ESC, 2003). Как отметила доктор Коцева, этот показатель был очень низким. В частности, целевые значения АД и холестерина ЛПНП были получены у меньше чем одной трети пациентов, находившихся соответственно на антигипертензивной и гиполипидемической терапии; целевого уровня глюкозы достигли <10% больных; рекомендованного значения HbA1c – менее 40%.

По мнению К. Коцевой, ключевыми препятствиями к достижению контроля липидов и глюкозы в условиях первичной профилактики являются высокая распространенность факторов риска, связанных с образом жизни (более 80% участников имели индекс массы тела >25 кг/м², из них более половины были с ожирением), использование субоптимальных доз препаратов и низкая приверженность пациентов к лечению.

Запрет на курение снижает подверженность табачному дыму представителей всех слоев общества

Доктор Дженифер Минделл (Университетский колледж г. Лондона, Великобритания) представила промежуточные данные исследования Health Survey for England, касающиеся последствий запрета на курение в общественных местах Англии, вступившего в силу 1 июля 2007 г.

Участники исследования заполняли опросники относительно активного и пассивного курения, а также предоставляли образцы слюны для анализа на котинин (продукт метаболизма никотина; низкие уровни котинина указывают на воздействие вторичного табачного дыма; уровень >12 нг/мл свидетельствует о персональном потреблении табака).

Многие скептики высказывали опасения, что если людям с низким социально-экономическим статусом запретить курение на работе, в барах, ресторанах и т. д., они будут чаще курить дома, что, учитывая условия проживания, скажется на здоровье остальных членов семьи, прежде всего детей. Тем не менее этого не произошло: частота обнаружения котинина в крови обследованных на протяжении 2007-2010 гг. стабильно снижалась во всех возрастных категориях и социальных слоях, в том числе среди детей и наименее обеспеченных граждан.