

Профиль сердечно-сосудистых факторов риска в городской популяции Украины и пути их устранения



Е.И. Митченко

Профиль наиболее распространенных в Украине сердечно-сосудистых факторов риска и пути их устранения стали темой беседы нашего корреспондента с руководителем отдела дислипидемий Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктором медицинских наук, профессором Еленой Ивановной Митченко.

— В настоящее время Украина принимает участие в международном (российско-украинском) многоцентровом исследовании по выявлению 20 основных факторов сердечно-сосудистой патологии во взрослой популяции, координатором которого в Украине вы являетесь. Чем обусловлена актуальность проведения этого исследования для России и Украины?

— Согласно данным Европейского общества кардиологов за 2010 г., в категории пациентов в возрасте 65 лет максимальный уровень сердечно-сосудистой смертности в мире зарегистрирован именно в Восточной Европе, в частности в странах постсоветского пространства — России, Украине, Беларуси; несколько оптимистичнее выглядит ситуация в государствах Прибалтики. В одном из исследований, оценивавших частоту сердечно-сосудистой смерти с учетом возраста и гендерных особенностей, Украина разделила печальное лидерство с Болгарией (Россия не принимала участие в испытании). За период с 1990 по 2000 год динамика смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) среди населения в возрасте 35-74 лет в нашей стране превысила таковую даже в России. На современном этапе одним из главных условий обеспечения успеха стратегии профилактики ССЗ на популяционном уровне является своевременное выявление и коррекция сердечно-сосудистых факторов.

Данные, полученные в 3-этапном проекте EUROASPIRE, посвященном оценке динамики факторов риска с 1996 по 2007 год и их распространенности в популяции пациентов с ССЗ, продемонстрировали следующие результаты: на протяжении указанного периода наблюдалось снижение уровня общего холестерина (ОХС) у пациентов с ИБС (предположительно за счет широкого охвата (около 50%) больных гиполипидемической терапией); показатель достижения контроля артериальной гипертензии (АГ) практически не изменился и составлял около 50% (незначительные улучшения обусловлены увеличением потребления антигипертензивных препаратов); отмечалось значимое увеличение распространенности сахарного диабета (СД) — с 17 до 28% (предположительно за счет улучшения диагностики); и ожирения (с 25 до 38%); незначительно снизилась распространенность курения (с 21 до 18%).

В консенсусе по лечению дислипидемий Европейского общества кардиологов и Европейского атеросклеротического общества (2011) красной нитью проходит мысль о том, что распространенность ССЗ в значительной степени обусловлена глобальной пандемией ожирения и СД — заболеваний, пред-

ставляющих серьезную проблему для клиницистов в XXI веке. В этом документе подчеркивается, что, несмотря на прилагаемые усилия и достижение определенного прогресса в области первичной и вторичной профилактики ССЗ, ситуация по улучшению контроля основных сердечно-сосудистых факторов риска требует активного вмешательства.

Проведение в Украине крупномасштабного исследования, направленного на изучение распространенности и характера сердечно-сосудистых факторов риска, продиктовано современными реалиями и необходимостью получения информации для определения приоритетных направлений общей стратегии профилактики ССЗ в Украине.

— Расскажите подробнее о дизайне и предварительных результатах проводимого исследования.

— Украинская часть проекта выполняется в г. Днепропетровске при участии Ассоциации кардиологов Украины (руководитель — академик НАМН Украины В.Н. Коваленко) и Днепропетровской медицинской академии (руководитель — академик НАМН Украины Г.В. Дзяк). Руководителем российской части проекта является академик РАМН Р.Г. Оганов.

Данный проект является первым масштабным испытанием, посвященным изучению 20 основных факторов во взрослой популяции (возраст участников — 30-69 лет). Хочу отметить чрезвычайно сложный дизайн исследования, согласно которому обследуется каждое 20-е домохозяйство, однако учитываются данные только 1 представителя семьи (мужчины или женщины); требуемое соотношение мужчин и женщин в работе — 1:1. В рамках испытания оцениваются следующие параметры: социальный статус; наследственность; статус потребления алкоголя; статус курения; физическая активность; питание; тревога, депрессия и стресс; избыточная масса тела (ИМТ) и ожирение; АГ и частота сердечных сокращений; липидный профиль (уровень ОХС, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ); гликемический статус; уровень С-реактивного белка, мочевой кислоты; наличие ИБС). Эти параметры оцениваются в городской популяции г. Днепропетровска (на базе 5 городских поликлиник).

Протокол исследования был разработан Институтом профилактической кардиологии (Россия).

В сентябре 2011 г. в рамках XII Национального конгресса кардиологов Украины состоялось первое ознакомление медицинской общественности с предварительными результатами этого масштабного многоцентрового исследования — на тот момент мы располагали результатами анализа данных 50% (500 обследованных) пациентов из 1000.

Согласно этим данным, распространенность традиционных факторов риска в популяции г. Днепропетровска следующая: гиперхолестеринемия — 71% (для сравнения: в Европе — 56%); повышенный уровень ХС ЛПНП — 65%; АГ — 35% (что созвучно с ранее проведенными эпидемиологическими исследованиями); гипергликемия — 25%; ИМТ — 34%; ожирение — 40%. Почти все факторы, изучаемые в популяции г. Днепропетровска, относятся к модифицируемым.

Особое значение в настоящее время в Украине приобрел такой фактор, как патология щитовидной железы (в частности, гипотиреоз), являющаяся наиболее распространенным эндокринным нарушением, опережающим даже СД.

В настоящее время обработано около 80% результатов. Предполагается, что в 2012 г. исследование будет завершено, а результаты проанализированы в соответствии с европейскими стандартами медицинской статистики, используемыми в популяционных исследованиях.

Отмечу, что значимую поддержку в проведении оказала компания Dr. Reddy's, предоставившая возможность для проведения всестороннего лабораторного обследования участников. Подчеркну, что исследование не является промоциональным и направлено на оптимизацию ситуации в системе здравоохранения Украины по выявлению основных сердечно-сосудистых факторов риска. В целом я оцениваю данное исследование как новаторское, чрезвычайно актуальное и важное для Украины: никогда ранее такое количество факторов в рамках эпидемиологических украинских исследований не изучалось.

— Согласно предварительным результатам исследования, нарушения липидного спектра являются одним из наиболее распространенных факторов в украинской популяции. В соответствии с какими руководствами следует осуществлять ведение пациентов с дислипидемиями сегодня?

— В 2011 г. изданы новые европейские рекомендации по лечению, диагностике и профилактике дислипидемий, в которых предложены четкие критерии определения степени сердечно-сосудистого риска (низкий, умеренный, высокий, очень высокий).

Пациенты с установленным ССЗ, СД 2 типа, СД 1 типа с микроальбуминурией, как минимум с одним выраженным фактором (ОХС ≥ 8 ммоль/л, ХС ЛПНП ≥ 6 ммоль/л, уровень артериального давления свыше 180/110 мм рт. ст.), хронической патологией почек классифицируются как пациенты с высоким и очень высоким уровнем сердечно-сосудистого риска и требуют активной модификации всех факторов риска. Для остальных пациентов используют таблицу SCORE для оценки общего сердечно-сосудистого риска и определения потребности модификации факторов. Индивидуальный 10-летний риск сердечно-сосудистой смертности определяется по таблицам SCORE с учетом пола пациента, статуса курения, возраста, уровней артериального давления и ОХС.

Лабораторно определяют 3 составляющих липидного спектра — ОХС, ТГ, ХС ЛПВП (расчеты действительны при значении ТГ $< 4,5$ ммоль/л). ХС ЛПНП определяют по формуле Фридлянда в ммоль/л: $\text{ХС ЛПНП} = \text{ОХС} - \text{ХС ЛПВП} - (0,45 \times \text{ТГ})$. В новых рекомендациях Ассоциации кардиологов Украины (2011), адаптированных в соответствии с европейскими подходами, добавлена формула для пересчета и приведена формула Фридлянда, чтобы специалисты понимали, как оценивается уровень ХС ЛПНП в Украине (возможность определить его прямым методом в наших клиниках отсутствует).

Из немедикаментозных методов для лечения пациентов с дислипидемиями используются диета, физические упражнения, контроль веса, отказ от курения. Основными препаратами для лечения гиперхолестеринемии являются статины, назначаемые в максимально рекомендованных или максимально переносимых дозах для достижения целе-

вого уровня ХС ЛПНП (с учетом необходимого процента снижения указанного показателя).

Между тем обращает на себя внимание низкая частота назначения статинов украинскими врачами: в США в группах риска (пациенты с ИБС) она составляет 95% от потребности, в Европе — 55%, в России — 12%, тогда как в нашей стране — всего 2%.

В новых рекомендациях по лечению дислипидемий присутствуют указания на целесообразность использования при выборе статина и его дозы данных метаанализа эффективности средств этой группы (R.Y. Mukhtar et al., 2005; T.C. Weng et al., 2010), свидетельствующих о наиболее выраженном гиполипидемическом эффекте аторвастатина и розувастатина.

Аторвастатин относится к хорошо изученным препаратам, сейчас накоплено обширная доказательная база, убедительно подтверждающая его высокую эффективность и благоприятный профиль безопасности. Аторвастатин (аторвастатин) производства компании Dr. Reddy's эквивалентен по биофармакологическим свойствам оригинальному аторвастатину. Кроме того, препарат имеет доступную стоимость, что немаловажно с учетом реальной экономической ситуации в нашей стране.

Я часто слышу вопрос: можно ли доверять генерическим компаниям? Думаю, большую роль в решении этого вопроса играет авторитет компании, длительность присутствия ее на международном фармацевтическом рынке, наличие опыта успешного применения препаратов в клинической практике и данных о соответствии продукции компании международным стандартам. Нами накоплен большой опыт использования препаратов производства Dr. Reddy's (в том числе и аторвастатина), проведено ряд исследований.

В США, где фармацевтический рынок тщательно контролируется FDA и содержит продукцию, соответствующую жестким критериям качества, в 2009 г. симвастатин производства Dr. Reddy's занял 5-е место по частоте назначений среди статинов.

Таким образом, широкое использование качественных генерических препаратов является общемировой тенденцией, направленной на оптимизацию профилактики ССЗ.

Коррекция нарушений липидного профиля с помощью назначения статинов занимает важное место в кардиопротекторной терапии и обеспечивает значимое улучшение прогноза кардиологических пациентов высокого риска. При выборе лекарственного средства следует ориентироваться на его качество, накопленные доказательства эффективности и хорошей переносимости, доступную стоимость, что позволит обеспечить высокую приверженность пациентов к лечению.

Подготовила Ольга Радучич

