

Современное состояние кардиоваскулярной профилактики в Европе и Украине: результаты исследования EUROASPIRE IV

29 ноября 2013 г. на базе Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика состоялась международная онлайн-видеоконференция, посвященная результатам исследования EUROASPIRE IV, которое проводилось на протяжении 2012-2013 гг. с участием 76 медицинских центров 26 стран Европы, в том числе Украины. Генеральным спонсором мероприятия стала фармацевтическая компания STADA.

Основатель и экс-президент Европейской ассоциации по кардиоваскулярной профилактике и реабилитации (EACPR), профессор кардиоваскулярной медицины Дэвид А. Вуд (Международный центр сердечно-сосудистого здоровья, Имперский колледж, г. Лондон, Великобритания) представил слушателям результаты EUROASPIRE IV и поделился собственным видением профилактики сердечно-сосудистой (СС) патологии в будущем.



— Сравнительный анализ результатов трех исследований EUROASPIRE I (1995-1996 гг.), EUROASPIRE II (1999-2000 гг.) и EUROASPIRE III (2006-2007 гг.) продемонстрировал отсутствие положительных тенденций в отношении эффективности контроля уровня артериального давления (АД) и распространенности такого серьезного фактора риска, как курение.

Поэтому было принято решение о проведении исследования EUROASPIRE IV, основной целью которого было осуществление мониторинга ситуации в области вторичной профилактики у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), перенесших острый коронарный синдром (ОКС), операцию аортокоронарного шунтирования или транслюминальную баллонную ангиопластику. Причиной проведения столь масштабного популяционного исследования является высокий уровень кардиоваскулярных катастроф и смертности в популяции больных очень высокого и высокого риска.

Данные в отношении распространенности основных факторов СС-риска среди участников, полученные в ходе проведения исследования EUROASPIRE IV, несколько отличались от подобных показателей у пациентов, принимавших участие в EUROASPIRE II и EUROASPIRE III. Так, значительно увеличилась частота встречаемости ожирения, особенно среди лиц молодого возраста; достоверно увеличилась распространенность сахарного диабета (СД). В то же время медикаментозный контроль АД, уровня липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и глюкозы крови значительно улучшился по сравнению с данными исследований EUROASPIRE II и EUROASPIRE III, хотя достижение целевых уровней этих показателей в клинической практике по-прежнему остается серьезной проблемой. Крайне важно, что отмечено увеличение частоты назначений и постоянного приема антиагрегантов, β-блокаторов, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, сартанов и статинов. Данные EUROASPIRE IV показали, что в лечении и профилактике основных СС-осложнений удалось достичь больших успехов, хотя говорить о полной победе сегодня рано. Результаты этого исследования демонстрируют, что основными проблемами вторичной СС-профилактики являются трудности в обеспечении модификации образа жизни больных высокого риска. Между тем врачи не используют полностью возможности, которыми они располагают, чтобы донести до пациентов важность немедикаментозной профилактики СС-заболеваний.

Эти возможности показаны, в частности, в ходе работы программы EUROACTION, охватившей восемь стран Европы. Целью программы было обеспечение профессионального консультирования больных высокого СС-риска и их семей в области вторичной профилактики. Основой этой программы стало обучение методам модификации образа жизни и разъяснение роли отказа от курения, изменения характера питания, физических нагрузок, контроля массы тела, АД, уровня липидов и гликемии в улучшении прогноза.

Результаты программы свидетельствовали о высокой эффективности такого подхода. Так, увеличилось количество пациентов, изменивших характер питания и достигших целевых значений АД, в том числе — в группе больных СД.

Таким образом, программа EUROACTION продемонстрировала, какие результаты может принести настойчивость врачей и установление с пациентами партнерских отношений.

Корнелия Коцева, консультант-кардиолог, научный руководитель исследования EUROASPIRE IV (Национальный институт сердца и легких, Имперский колледж, г. Лондон)



сообщила, что результаты исследований последних лет продемонстрировали огромный разрыв между положениями доказательной медицины в области СС-профилактики и их применением в кардиологической практике как на госпитальном, так и амбулаторном этапах.

Это подтвердили и результаты исследования EUROASPIRE IV, в ходе которого проводилась оценка распространенности факторов риска у пациентов с ИБС, а также соответствия врачебных назначений современным стандартам лечения этого заболевания.

В исследовании принимали участие больные ИБС мужского и женского пола не старше 80 лет, госпитализированные в период последних 6 мес — 3 лет в связи с плановыми или неотложными аортокоронарным шунтированием, чрескожными коронарными вмешательствами (ЧКВ), ОКС.

Согласно результатам исследования распространенность ожирения среди пациентов, участвовавших в исследовании, составила 37,6%, центрального ожирения — 58,2%. Количество больных, у которых удалось достичь рекомендуемых показателей АД (более 140/90 мм рт. ст.), составило 43% (при этом 42% мужчин и 44% женщин). Контроль АД ($\leq 140/90$ мм рт. ст.) в соответствии с европейскими рекомендациями по лечению артериальной гипертензии, АГ (2012) достигался только у 53% пациентов. Превышение целевого уровня холестерина (ХС) ЛПНП отмечалось в 69% случаев, целевые уровни этого показателя на фоне гиполипидемической терапии удавалось достичь только у 34% больных.

Распространенность СД составила 27%, при этом уровень гликемии натощак >7 ммоль/л был зафиксирован у 13% пациентов без установленного диагноза СД. В целом показатель распространенности этого заболевания среди участников EUROASPIRE IV составил 38%. Рекомендуемый уровень глюкозы в крови у пациентов с СД отмечался в 15% случаев. Также установлено, что целевого уровня гликозилированного гемоглобина удалось достичь примерно у 30% больных.

Результаты теста на толерантность к глюкозе показали, что только у 33,7% пациентов с ИБС уровень глюкозы в крови соответствует нормальным показателям. У 40,2% больных был впервые выявлен СД.

Уровень физической активности участников с ИБС оценивали с помощью шкалы IPAQ. Наиболее высокий уровень физической активности отмечен у пациентов, проживающих в Германии.

Помимо вышеуказанных показателей, анализировали приверженность больных к назначаемой терапии. Установлено, что 94% пациентов принимали антиагреганты, 83% — β-блокаторы, 75% — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или сартаны и почти 86% — статины.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что, несмотря на повышение частоты назначения антигипертензивных и гиполипидемических препаратов, контроль АД и уровня липидов не улучшился. Кроме того, настаивает высокая распространенность СД, как впервые выявленного, так и уже установленного, и его неудовлетворительный терапевтический контроль.

Таким образом, большинство больных ИБС ведут образ жизни, не соответствующий современным рекомендациям по СС-профилактике, и не достигают целевых значений АД, уровня липидов и глюкозы крови. Улучшению ситуации будет способствовать обеспечение доступа всех пациентов к профилактическим кардиологическим программам, в рамках которых предоставляется профессиональная помощь как в модификации образа жизни, так и в осуществлении медикаментозной профилактики.

Национальный координатор по EUROASPIRE IV в Украине, доктор Анжей Пайк (Польша) в ходе выступления



отметил, что в Польше в настоящее время наблюдается наиболее низкий уровень кардиоваскулярной смертности среди стран Восточной Европы и Балтии. Тенденция к снижению уровня смертности от ИБС наблюдалась еще в середине 1990-х гг., а заметное снижение отмечается с 2004 г. Существенный вклад в этот процесс обеспечило внедрение современных технологий при терапии

пациентов с ОКС и ИБС, однако наиболее важную роль сыграло строгое соблюдение европейских стандартов медикаментозного лечения и профилактики СС-заболеваний и активная коррекция факторов риска. Так, вклад интенсивной коррекции факторов риска в снижение смертности от ИБС составил 54%. В то же время жесткое соблюдение рекомендаций по лечению больных инфарктом миокарда способствовало резкому увеличению частоты назначения антиагрегантов, β-блокаторов, тромболитических препаратов, статинов и, как следствие, снижению уровня внутригоспитальной смертности при этом заболевании. Например, частота использования статинов при ОКС возросла с 35 до 83% за период 1999-2000 гг., что в значительной степени способствовало увеличению выживаемости таких пациентов.

Однако результаты исследования EUROASPIRE IV продемонстрировали, что определенные этапы лечения и профилактики ИБС требуют усовершенствования. Отмечено, что больные с ОКС недостаточно охвачены программами реабилитации. Это стало поводом для проведения в 2013 г. научно-практических конференций, посвященных этой проблеме с привлечением не только кардиологов, но и врачей смежных специальностей.

Доктор Анжей Пайк отметил, что мониторинг ситуации в области кардиоваскулярной заболеваемости и смертности не только способствует повышению эффективности профилактики и лечения СС-заболеваний, но и позволяет заметить и проанализировать эти улучшения.

Главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения г. Москвы, доктор медицинских наук, профессор Нана Вачиковна Погосова поделилась опытом организации мероприятий по СС-профилактике, направленных на снижение СС-заболеваемости и смертности на популяционном уровне, в Российской Федерации.



Профессор Н.В. Погосова напомнила, что одной из новых глобальных целей ООН, провозглашенных во время 67-й Генеральной Ассамблеи в сентябре 2011 г., является снижение смертности от неинфекционных заболеваний в мире на 25% к 2025 г. Эта цель может быть достигнута только в случае снижения СС-смертности на 40%, поскольку значимое снижение уровня смертности от онкологических заболеваний и СД в ближайшей перспективе представляется весьма затруднительным.

В РФ начиная с 2003 г. отмечается четкая тенденция к снижению СС-смертности. Во многом это происходит благодаря закреплению значимости профилактики неинфекционных заболеваний как приоритетного направления развития системы здравоохранения на правовом уровне, а также разработке и внедрению государственных и региональных программ по профилактике и лечению СС-заболеваний и формированию здорового образа жизни.

В рамках одной из таких программ в РФ с 2008 по 2011 год было создано 55 региональных сосудистых центров и 146 первичных сосудистых отделений. Это увеличило доступность для населения высокотехнологичных методов лечения и профилактики сосудистых заболеваний, например, количество ЧКВ за период 2004-2011 гг. увеличилось в 5 раз.

И все же ведущая роль в снижении СС-смертности принадлежит не высокотехнологичным методам лечения СС-заболеваний (их вклад составляет 25-55%), а профилактике и коррекции факторов риска (вклад — 45-75%).

В период 2010-2011 гг. в РФ созданы профилактические государственные центры здоровья. Они представляют собой новые структуры в российской системе здравоохранения, работа которых направлена на первичную СС-профилактику путем проведения обучающих мероприятий по коррекции питания, отказа от курения. Главная цель создания таких центров — формирование у населения осознания рисков, сопряженных с неинфекционными заболеваниями, и создание мотивации для изменения образа жизни. В 2013 г. в РФ стартовала программа диспансеризации населения, направленная на выявление не только СС-заболеваний, но и факторов риска. Первые результаты этой программы показали, что среди всех обследованных доля лиц с высоким и очень высоким СС-риском составляет 22,5%, с низким и умеренным — 32%. Таким образом, есть все основания надеяться, что начатая работа будет способствовать дальнейшему снижению уровня СС-смертности в РФ, помогая приблизиться к мировым стандартам.

Национальный координатор по EUROASPIRE IV в Украине, заведующая кафедрой кардиологии и функциональной диагностики НМАПО им. П.Л. Шупика, доктор медицинских наук, профессор Марина Николаевна Долженко



сообщила, что в исследовании EUROASPIRE IV участвовали восемь клинических центров г. Киева. Результаты исследования продемонстрировали высокую частоту приема больными антиагрегантными препаратами (более 90%), β-адреноблокаторов (78%), блокаторов ренин-ангиотензиновой системы — ИАПФ или сартанов (74%). Что касается выявления и контроля важнейших факторов риска, то приходится констатировать низкую осведомленность украинских пациентов, перенесших инфаркт миокарда, АКИШ и стентирование, об уровнях собственного АД и липидов крови. В то же время даже при назначении терапии, направленной на коррекцию факторов риска, эффективность лечения практически не контролируется врачами. Так, при высокой частоте приема гипотензивных препаратов (80% больных, включенных в исследование, получали гипотензивную терапию) значения общего ХС <4,5 ммоль/л были достигнуты только в 51% случаев. У 61% участников, принимавших гипотензивные препараты, уровень ХС ЛПНП оказался выше 2,5 ммоль/л, у 88% — выше 1,8 ммоль/л. Между тем пациенты, принимавшие участие в исследовании EUROASPIRE IV, относятся к категории высокого и очень высокого СС-риска, и целевыми для них являются значения ХС ЛПНП ≤2,5 ммоль/л и ≤1,8 ммоль/л. Таким образом, для Украины актуальной задачей является не только повышение осведомленности больных в области СС-профилактики, но и преодоление врачебной инертности.

Главный кардиолог Министерства здравоохранения Украины, руководитель отдела симптоматических артериальных гипертензий Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Юрий Николаевич Сиренко рассказал о современных медико-социальных проблемах АГ в Украине.



АГ — заболевание, сопряженное с высоким риском тяжелых инвалидизирующих осложнений и смерти. Как известно, течение АГ и дальнейший прогноз заболевания во многом зависят от количества и выраженности факторов риска. Относительный риск общей смертности при наличии АГ составляет 1%, при сочетании АГ с двумя факторами риска — 1,6%, и у пациентов с АГ и тремя факторами риска — 3,8%.

АГ занимает ведущее место в структуре СС-заболеваний в Украине. Неуклонный рост этого показателя, наблюдающийся с 1999 г., объясняется проведением государственной программы профилактики и лечения АГ (1999-2010 гг.), одной из целей которой было улучшение диагностики этого заболевания, особенно среди сельского населения. Результаты оценки эффективности терапии АГ, которые проводились в рамках этой программы, оказались весьма неутешительными. Так, охват медикаментозным лечением больных АГ составил 38% среди городского и сельского населения, а его эффективность среди городских пациентов не превышала 14%, среди сельского — 8%. Однако работа в рамках программы способствовала некоторому уменьшению распространенности cerebrovasкулярных заболеваний за счет улучшения контроля АД и увеличения продолжительности жизни пациентов с СС-заболеваниями в среднем на один год и один месяц.

Для изменения сложившейся ситуации был принят ряд мер, направленных как на дальнейшее увеличение выявления АГ, так и на повышение эффективности ее лечения. В 2011 г. междисциплинарной рабочей группой МЗ Украины разработан унифицированный клинический протокол первичной, экстренной и вторичной (специализированной) медицинской помощи больным с гипертонической болезнью. 25 апреля 2012 г. Кабинетом Министров Украины был запущен пилотный проект внедрения государственного регулирования цен на лекарственные средства для лечения лиц с гипертонической болезнью. Действие проекта распространяется на генерические лекарственные средства для лечения АГ, которые зарегистрированы в Украине и производятся в соответствии с требованиями надлежащей производственной практики. В перечень антигипертензивных препаратов, стоимость которых подлежит частичному или полному возмещению, вошли ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента эналаприл, лизиноприл; β-блокаторы бисопролол, метопролол, небиволол; антагонисты кальция амлодипин и нифедипин. В 2013 г. вышло постановление Кабинета Министров Украины по вопросу совершенствования реализации пилотного проекта, которое предусматривало дополнение существующего списка комбинированными лекарственными средствами, а также установление трех уровней частичной компенсации. Подобные изменения позволят не только улучшить эффективность лечения АГ, но и уменьшить количество СС-катастроф.

Член Ассоциации кардиологов Украины, доцент кафедры кардиологии и функциональной диагностики НМАПО им. П.Л. Шупика Ирина Владимировна Давыдова посвятила свое выступление роли β-блокаторов в лечении СС-заболеваний.



В большом количестве клинических рандомизированных исследований доказана прогностическая роль β-блокаторов. По данным исследований SHEEP, STOR-Hypertension, MRC, HELP, использование β-блокаторов в лечении АГ способствует снижению риска общей смертности на 43%, развития инсульта на 25-47% (в том числе фатального), инфаркта миокарда и СС-смертности — на 27%, в том числе и у пожилых больных. Установлено, что длительный прием β-блокаторов больными, перенесшими острый инфаркт миокарда, позволяет уменьшить общее количество смертей и случаев внезапной смерти (Held, Yusuf, 1993). В исследованиях CIBIS II, US-Carvedilol Programme, MERIT-HF доказано влияние на выживаемость β-адреноблокаторов при лечении пациентов с сердечной недостаточностью, и сегодня применение этих препаратов с целью снижения риска смерти является стандартом ведения таких больных. Таким образом, β-адреноблокаторы являются важным аспектом лечения пациентов с высоким СС-риском, и отказ от назначения этих препаратов может привести к ухудшению не только течения заболевания, но и прогноза.

В то же время существует несколько мифов о побочных эффектах β-блокаторов, которые препятствуют их назначению или обуславливают применение этих препаратов в неадекватных дозах.



В частности, распространенным является мнение о том, что все β-блокаторы противопоказаны больным хроническими obstructивными заболеваниями легких (ХОЗЛ), СД, облитерирующими заболеваниями периферических сосудов, лицам пожилого возраста. Кроме того, врачи часто опасаются развития у пациентов эректильной дисфункции на фоне приема β-блокаторов.

Безусловно, применение β-блокаторов, как и любых других препаратов, сопряжено с риском развития побочных эффектов. И задача врача состоит в том, чтобы принять решение на основании оценки соотношения «польза/риск». При этом следует помнить, что β-блокаторы —

гетерогенный класс препаратов, свойства которых могут существенно отличаться. Наличие отрицательных эффектов у отдельных его представителей не обязательно означает, что они присущи всем β-блокаторам. На это указывается, в частности, в последней версии рекомендаций по лечению АГ Европейского общества гипертензии и Европейского общества кардиологов (ESH/ESC).

Например, доказано, что применение высокоселективного β-блокатора бисопролола даже в максимальной дозе не сопряжено с ухудшением бронхиальной проходимости, в отличие от атенолола, который негативно влияет на этот показатель (Chatterje S., 1986).

Более того, в исследовании с применением бисопролола продемонстрировано снижение уровня смертности у постинфарктных пациентов с ХОЗЛ на 40% (Cooperative Cardiovascular Project, 1998). Установлено также, что использование β-блокаторов в схеме лечения больных СД 2 типа, перенесших инфаркт миокарда, снижает уровень смертности в 2 раза (Diabetes Care, 2005).

Сравнительный анализ частоты возникновения эректильной дисфункции на фоне терапии антигипертензивными препаратами различных групп показал, что этот побочный эффект возникает гораздо реже при применении β-адреноблокаторов по сравнению с лечением ингибитором АПФ эналаприлом и антагонистом кальция амлодипином.

Существует мнение, что β-блокаторы могут увеличивать значение центрального аортального давления (ЦАД), уровень которого может существенно отличаться от уровня брахиального давления. В исследовании COMET было показано, что карведилол эффективно снижает уровень ЦАД, в отличие от метопролола, применение которого приводило к увеличению этого показателя.

Таким образом, у пациентов с показаниями к назначению β-блокаторов крайне важно сделать правильный выбор среди препаратов этой группы с учетом их фармакологических свойств и доказательной базы, но не отказываться от их использования.

В качестве примера рассмотрим два наиболее широко применяющихся в клинической практике β-блокатора — бисопролол и карведилол, которые оказывают сопоставимый антигипертензивный эффект. Бисопролол является высокоселективным β-блокатором и снижает АД в основном за счет контроля частоты сердечных сокращений. Неселективный β-блокатор карведилол оказывает антигипертензивный эффект в первую очередь за счет вазодилатации и умеренного снижения частоты сердечных сокращений. Поэтому у пациентов с выраженной тахикардией наиболее оптимальным является назначение бисопролола, а больным с умеренной тахикардией или брадикардией и высоким АД можно назначить карведилол.



Анализ фармакологических свойств и доказательной базы бисопролола и карведилола позволяет сделать следующие выводы о преимуществах применения этих препаратов в различных клинических ситуациях:

- назначение бисопролола является более предпочтительным при лечении пациентов с высоким риском инфаркта миокарда, тахикардиями, у больных с ХСН I-III функционального класса (ФК) преимущественно ишемической этиологии, а также — при наличии таких сопутствующих заболеваний и состояний, как ХОЗЛ, эректильная дисфункция в молодом и среднем возрасте; у пациентов пожилого возраста преимущество бисопролола заключается в отсутствии необходимости титрования дозы;
- карведилол может назначаться пациентам с ХСН I-IV ФК (исследование COPENICUS); он предпочтителен для профилактики внезапной кардиальной смерти, а также — при наличии СД, метаболического синдрома, заболеваний почек, периферических сосудов, дегенеративных заболеваний предстательной железы и у пациентов с риском развития брадикардии.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**

