

Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога

С.А. Шальнова¹, А.Д. Деев¹, Ю.А. Карпов² от имени участников исследования ПРЕМЬЕРА*

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава;

²НИИ клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова РК НПК Росздрава. Москва, Россия

Arterial hypertension and coronary heart disease in real-world cardiology practice

S.A. Shalnova¹, A.D. Deev¹, Yu. A. Karpov², on behalf of PREMIER Study* Working Group

¹State Research Center for Preventive Medicine, Russian Federal Agency of Health and Social Development;

²A.L. Myasnikov Research Institute of Clinical Cardiology, Russian Cardiology Scientific and Clinical Complex, Russian Federal Agency of Health and Social Development. Moscow, Russia.

Цель. Изучить взаимоотношения артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) в реальной клинической практике врача-кардиолога. Для этого было проведено национальное исследование ПРЕМЬЕРА.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 199 врачей-кардиологов из 14 городов Российской Федерации. Каждый врач в течение 5 дней последовательно включал в исследование больных обоего пола в возрасте 18-65 лет, страдающих АГ и/или ИБС. На эпидемиологическом этапе в исследование были включены 14075 пациентов. Случайным образом отобраны для анализа 8578 пациентов, из них с АГ – 8257, в т.ч. 3615 (42,1%) мужчин и 4963 (57,9%) женщин. У больных определялись социально-демографические характеристики; регистрировались жалобы, основные факторы риска (ФР), предшествующая терапия, регулярность приема и причины нерегулярного применения лекарственных препаратов. Каждому больному измеряли артериальное давление и частоту сердечных сокращений, анализировали электрокардиограмму покоя.

Результаты. Различные формы ИБС, включая инфаркт миокарда, стенокардию напряжения, безболевую ИБС, аритмии, отмечались у 74,2% мужчин и 61,2% женщин, больных АГ. При анализе ФР, ассоциирующихся с АГ и ИБС, оказалось, что 88,5% больных АГ и 95,6% больных АГ и ИБС имели хотя бы один ФР. Образование является весьма существенной детерминантой здоровья населения России, определяя его информированность, поведенческие ФР и как следствие – заболеваемость и отношение к лечению. Лица с высшим образованием чаще имеют отягощенный семейный анамнез по ССЗ, нарушения липидного обмена и подвержены хроническому стрессу. Напротив, больные с образованием ниже среднего достоверно чаще курят, злоупотребляют алкоголем; они более отягощены симптомами ССЗ.

Заключение. Таким образом, результаты исследования ПРЕМЬЕРА позволяют достоверно оценить практику врача-кардиолога, охарактеризовать больных изолированной АГ и в сочетании с ИБС, начиная с жалоб и заканчивая оценкой приверженности лечению, в т.ч. в зависимости от социального статуса.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, факторы риска, врач-кардиолог, исследование «ПРЕМЬЕРА».

Aim. To study association of arterial hypertension (AH) and coronary heart disease (CHD) in real-world cardiology practice. This was the aim of the national PREMIERE Study.

Material and methods. The study involved cardiologists from 14 cities of the Russian Federation. During 5 days, every doctor included all consecutive AH and/or CHD male and female patients, aged 18-65 years. During epidemiology phase, 14 075 patients were recruited in the study. For the analysis, 8578 patients were randomly selected, including 3615 (42.1%) males and 4963 (57.9%) females. In all participants, socio-demographic characteristics were measured; complaints, main risk factors (RF), already prescribed therapy, intake regularity and causes of irregular medication intake were registered. Blood pressure and heart rate were measured; electrocardiogram at rest was analyzed.

Results. Various CHD forms, including myocardial infarction, effort angina, painless CHD, cardiac arrhythmias, were observed in 72.4% of AH males and 61.2% of AH females. Analyzing RF, associated with AH and CHD, it turned out that 88.5% of AH patients and 95.6% of AH and CHD patients had at least one RF. Education level

© Коллектив авторов, 2005

Тел.: (495) 928-57-52

e-mail: oganov@online.ru

was a significant determinant for Russian population health, defining awareness, behavioral RF and, therefore, morbidity and treatment attitudes. Persons with higher education more often had cardiovascular disease in family history, lipid profile disturbances, and chronic stress exposure. On the contrary, patients with lower than secondary education level significantly more often smoked, drank alcohol, and had cardiovascular symptoms.

Conclusion. Therefore, REMIERE Study results give a chance to assess present cardiology practice, to characterize patients with isolated AH or AH combined with CHD, including complaints and treatment compliance, according to social status and other parameters.

Key words: Arterial hypertension, coronary heart disease, risk factors, cardiologist, PREMIERE Study.

Начиная со второй половины XX века болезни системы кровообращения (БСК) занимают ведущее место в структуре смертности в развитых странах [1]. В качестве определяющей причины смертности от БСК называют артериальную гипертонию (АГ) и ишемическую болезнь сердца (ИБС). В России ~ 40% населения имеют повышенный уровень артериального давления (АД), а ИБС страдает каждый пятый [2-4].

В многочисленных клинических исследованиях убедительно доказана роль АГ в качестве фактора риска (ФР) ИБС. Показано, что повышенное АД ускоряет прогрессирование атеросклеротических бляшек, которые, суживая просвет сосуда, увеличивают риск развития инфаркта миокарда (ИМ) [5-7].

В работах, выполненных ранее, было показано, что, несмотря на различия во времени и месте проведения исследований, результаты были весьма схожими [8,9]. Был обнаружен важный факт — ассоциации между АД и риском ИБС были непрерывными и логарифмически линейными. Отсутствовали доказательства наличия порога, ниже которого уровень АД не ассоциировался бы с относительным риском (ОР) ИБС, по крайней мере, до уровня 115 мм рт.ст. для систолического АД (САД) и 70 мм рт.ст. — для диастолического АД (ДАД). Более того, не был определен и высокий порог, где ОР увеличивался бы более быстро [8-10]. В этих же исследованиях отмечено, что снижение САД на 10 мм рт.ст. или ДАД на 5 мм рт.ст. четко связано со снижением риска ИБС на ~ 20-25% в среднем возрасте. Важно отметить, что коррекция всех других ФР не привела к существенному изменению ОР [11-13].

Клинические исследования по оценке эффективности лекарственных препаратов продемонстрировали надежные результаты преимущества снижения АД. Современный мета-анализ ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) vs плацебо показал снижение числа сердечно-сосудистых осложнений на 21% (RR=0,79; 0,72-0,87), даже у пациентов с инсультом (МИ) или динамичес-

ким нарушением мозгового кровообращения в анамнезе (PROGRESS — Perindopril Protection against Recurrent Stroke Study) [14]. Результаты клинических исследований имеют важное значение для клинической практики и здравоохранения в целом.

Каковы же взаимоотношения АГ и ИБС в реальной клинической практике? Для изучения этой проблемы было проведено национальное исследование ПРЕМЬЕРА (ПРЕстариум у больных с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца — безопасное достижение целевого уровня Артериального давления). Исследование включало два этапа: эпидемиологический — изучение частоты распространения комбинации АГ и ИБС в реальной практике и ассоциирующихся с ней факторов; проспективный клинический, целью которого явилось изучение эффективности достижения целевого уровня АД с помощью периндоприла (Престариум®, Лаборатории Сервье, Франция) 8 мг у больных АГ в сочетании с ИБС или ФР и безопасности применения препарата у больных АГ в сочетании с ИБС или ФР и нормализованной величиной АД на фоне предшествующей терапии.

В настоящей работе представлены результаты первого этапа программы ПРЕМЬЕРА.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 199 врачей-кардиологов из 14 городов Российской Федерации (РФ). Каждый врач в течение 5 дней последовательно включал в исследование больных обоего пола в возрасте 18-65 лет, страдающих АГ и/или ИБС. Таким образом, на эпидемиологическом этапе в исследование были включены 14075 пациентов.

Во время визита у больных определялись социально-демографические характеристики, включая пол, возраст, образование, семейный доход; регистрировались жалобы, основные ФР сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), предшествующая терапия, а также регулярность приема и причины нерегулярного применения лекарственных препаратов. У каждого больного измеряли АД и частоту сердечных сокращений (ЧСС), анализировали электрокардиограмму (ЭКГ) покоя.

При статистическом анализе результатов использовалась система статистического анализа и извлечения информации — SAS (версия 6.12) [15]. Применяли как стан-

дартные методы описательной статистики — вычисление средних, стандартных отклонений и стандартных ошибок, квинтилей и ранговых статистик и т.д., так и известные критерии значимости — χ^2 , t-критерий Стьюдента, F-критерий Фишера. Использовали методы аналитической статистики: дисперсионно-ковариационный анализ в версии процедуры SAS PROC GLM (обобщенный линейный анализ) и логистическая регрессия в версии PROC LOGISTIC.

Результаты

Случайным образом отобраны и включены в анализ 8578 пациентов из них с АГ — 8257, в т.ч. 3615 (42,1%) мужчин и 4963 (57,9%) женщин. Характеристика больных, участвующих в исследовании, представлена в таблице 1. Средний возраст обследованных мужчин и женщин — $56,5 \pm 0,2$ и $60,3 \pm 0,2$ лет соответственно. Женщины были несколько старше, чем мужчины, поэтому последующий анализ показателей в аналитической модели проводился при коррекции на возраст в стандарте исследования. Средние уровни САД, ДАД и индекса массы тела (ИМТ) были несколько выше у женщин, также как и ЧСС. Распространенность тех или иных форм ИБС составила 67% среди лиц с АГ. К началу исследования ~ 7% больных независимо от пола перенесли МИ (таблица 2). Вместе с тем мужчины почти в три раза чаще имели в анамнезе ИМ; у них имели место стенокардия напряжения и аритмии. Обращает на себя внимание, что > 2/3 всех больных АГ стра-

дают ИБС, у четверти регистрируют нарушения сердечного ритма, у > 60% наблюдаются признаки сердечной недостаточности (СН). В то же время, чрескожная транслюминальная коронароангиопластика (ЧТКА) выполнена только у 5,8% больных мужчин и 1,1% женщин. Те или иные формы ИБС, включая ИМ, стенокардию напряжения, безболевую ИБС, аритмии, отмечались у 74,2% мужчин и 61,2% женщин, больных АГ.

Продолжительность АГ во всей когорте составила 10,4 лет и 12,4 лет, соответственно, у мужчин и женщин. Больные ИБС в среднем страдали АГ на 2 года дольше, чем лица с изолированной АГ (ИАГ). При включении в исследование АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. отмечено у половины мужчин (50,9%) и более чем у половины женщин (56,6%) во всей группе; у пациентов с сочетанием АГ и ИБС — 47,1% и 56,2% соответственно. На рисунке 1 отражены жалобы, предъявляемые больными АГ и АГ в сочетании с ИБС при визите к врачу-кардиологу. Чаще всего больные АГ жалуются на головную боль, причем независимо от того, сочетается ли АГ с ИБС — 82,6% и 81,0% соответственно. Тахикардия, аритмии, боль в грудной клетке более характерны для больных, страдающих ИБС. Пациенты с ИБС жалуются на одышку и отеки, что косвенно может свидетельствовать о наличии СН. При этом практически все жалобы чаще исходили от жен-

Таблица 1

Характеристика пациентов, включенных в исследование ($M \pm m$)

Показатели	Мужчины	Женщины
Возраст (лет)	$56,5 \pm 0,2$	$60,3 \pm 0,2$
САД (мм рт.ст.)	$147,4 \pm 0,3$	$153,3 \pm 0,3$
ДАД (мм рт.ст.)	$89,3 \pm 0,2$	$91,0 \pm 0,2$
ЧСС (уд./мин.)	$72,9 \pm 0,2$	$74,5 \pm 0,2$
ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$)	$27,8 \pm 0,1$	$29,5 \pm 0,2$
Продолжительность АГ	$10,5 \pm 0,1$	$12,4 \pm 0,1$

Таблица 2

Диагноз больных при включении в исследование ($\% \pm m$)

Диагноз	Мужчины		Женщины	
	Стандартизовано по возрасту		Стандартизовано по возрасту	
МИ	7,0	$7,6 \pm 0,5$	7,4	$7,1 \pm 0,4$
ИМ	37,5	$38,2 \pm 0,8$	13,3	$12,7 \pm 0,5$
Стабильная стенокардия	61,4	$63,4 \pm 0,8$	49,2	$46,8 \pm 0,76$
ЧТКА	6,0	$5,8 \pm 0,4$	1,1	$1,1 \pm 0,2$
Аритмии	32,6	$34,2 \pm 0,8$	29,1	$28,0 \pm 0,7$
СН	68,7	$70,7 \pm 0,7$	66,0	$63,8 \pm 0,7$
Всего ИБС	74,2	$76,3 \pm 0,7$	61,8	$59,6 \pm 0,7$

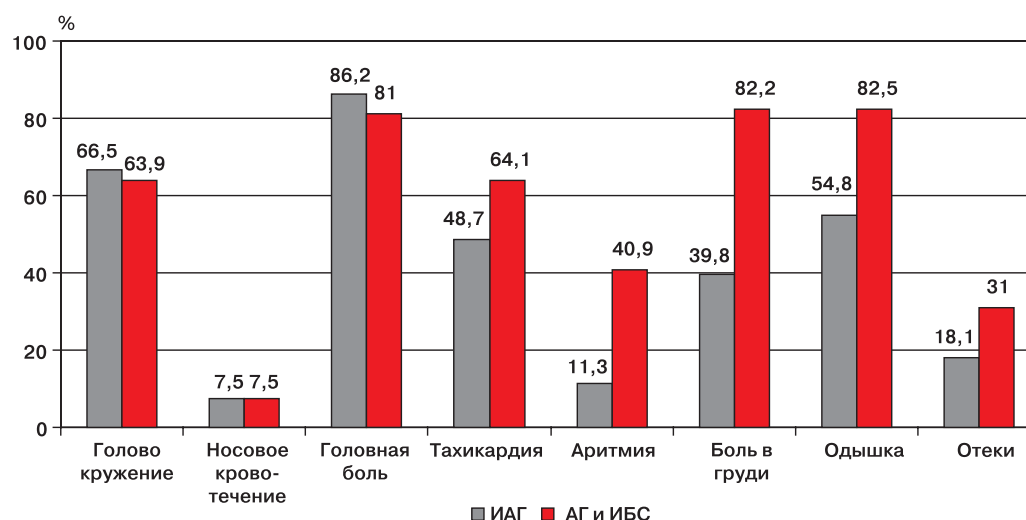


Рис. 1 Частота жалоб в зависимости от диагноза у больных ИАГ и АГ + ИБС.

щин (таблица 3). Более чем 90% больных имели хотя бы одну жалобу из указанных выше.

При анализе ФР, ассоциирующихся с АГ и ИБС, оказалось, что > 50% всех больных имели неблагоприятный семейный анамнез по ССЗ, почти половина отмечали наличие хронического стресса, и каждый третий больной сообщил, что употреблял алкогольные напитки в течение последнего года (рисунок 2). Среди факторов, характерных для ИБС, наиболее значимым является гиперлипотеидемия (ГЛП), причем ее наличие более характерно для мужчин (таблица 4). Больные ИАГ чаще употребляют алкоголь. Сообщили, что употребляют алкоголь 63,6% мужчин и всего 19,2% женщин. Каждый пятый больной в настоящее время курит. Частота курения больше среди мужчин (отношение 30:1); при этом мужчины, больные ИБС, курят примерно столь же часто, как и мужчины с АГ. Таким образом, 88,5% больных АГ и 95,6% больных АГ и ИБС имели хотя бы один ФР.

Что же касается отношения пациентов к лечению, то более регулярно лечатся больные с

сочетанной патологией — 76,9% vs 61,1%. Следует заметить, что женщины, больные только АГ, чаще принимают лекарства по сравнению с мужчинами — 64,7% vs 53,1% соответственно. При сочетании АГ и ИБС > 70% и мужчин и женщин лечатся регулярно. Причины нерегулярной терапии представлены в таблице 5. Для больных ИАГ более характерно курсовое лечение, т.е. больной принимает лекарство только когда ухудшается состояние, 10,4% — не знают, что надо постоянно принимать лекарство, 6,7% боятся побочных явлений и 6,6% лечатся нерегулярно из-за высокой стоимости лечения. По-другому распределяются эти показатели у больных ИБС. Только 12,6% пациентов сами регулируют прием препаратов, 4,6% не знают, что надо лечиться постоянно, 3,8% боятся побочных эффектов и 8,3% лечатся нерегулярно из-за высокой стоимости лекарств. Таким образом, нерегулярность лечения значительно реже наблюдается у больных с сочетанием АГ и ИБС. Вероятно, наличие болевого синдрома заставляет больного более адекватно относиться к лечению. На высокую стоимость

Таблица 3

Жалобы, предъявляемые больными АГ в зависимости от пола и наличия ИБС

Пол	Головокружение	Носовые кровотечения	Головная боль	Тахикардия	Аритмия	Боль в груди	Одышка	Отеки	Другие
ИАГ									
Мужчины	55,7±2,1	7,2±1,1	80,8±1,7	36,3±2,1	6,2±1,0	32,1±2,1	45,1±2,1	9,5±1,3	9,1±1,3
Женщины	70,7±1,1	7,6±0,7	88,7±0,8	53,1±1,2	13,2±0,8	42,8±1,2	59,2±1,2	21,8±1,0	10,4±0,7
АГ + ИБС									
Мужчины	54,5±1,1	6,4±0,6	74,1±0,9	56,8±1,0	39,2±1,0	82,3±0,8	79,9±0,8	23,9±0,8	10,6±0,6
Женщины	73,3±0,9	8,9±0,6	87,5±0,7	72,2±0,9	43,1±1,1	82,5±0,8	85,4±0,8	38,8±1,0	13,9±0,7

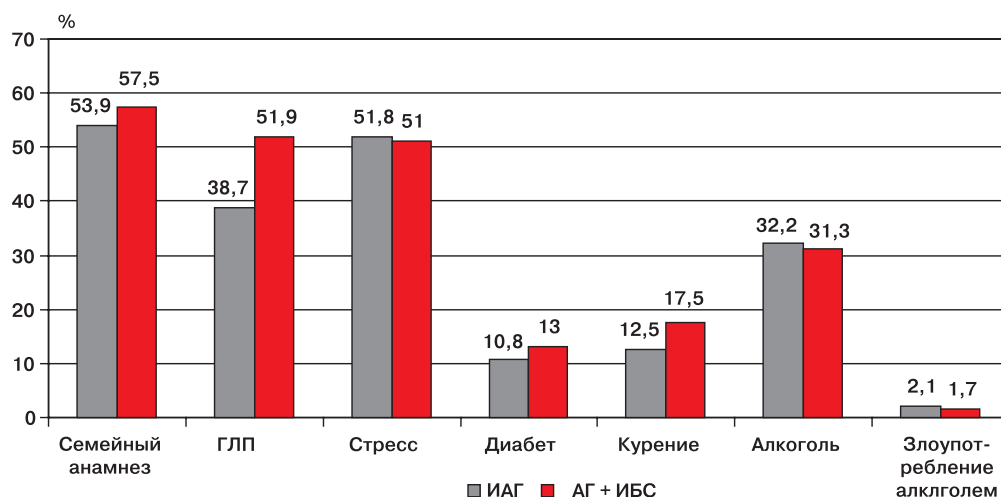


Рис. 2 Распространенность ФР у больных ИАГ и АГ + ИБС.

лекарств существенно чаще указывают больные с более низким уровнем образования (рисунок 3); по сравнению с лицами, имеющими высшее образование, они в 2,8 раза чаще называют высокую стоимость в качестве причины нерегулярного лечения. То же касается информированности пациентов о необходимости регулярно принимать лекарственные препараты. Больные с низким образовательным цензом в два раза чаще не знают о необходимости регулярного лечения.

В таблице 6 отражено влияние низкого уровня образования на вероятность наличия тех или иных признаков, учитываемых в исследовании. В частности, у пациентов с низким уровнем образования в 1,3 раза чаще регистрируется стабильная стенокардия, тогда как аритмии — чаще у лиц с высшим образованием. ЧТКА у последних выполнялась почти в два раза чаще, чем у больных с образованием ниже среднего. Различия в частоте возникновения МИ и ИМ, как и в

Таблица 4

ФР у больных ИАГ и АГ + ИБС

Пол	Отягощенный семейный анамнез по ССЗ	ГЛП	Хронический стресс	СД	Курение	Употребление алкоголя	Злоупотребление алкоголем
АГ							
Мужчины	50,4±2,2	41,0±2,2	49,8±2,2	8,3±1,4	33,1±1,8	63,6±2,1	4,9±0,8
Женщины	55,4±1,2	38,0±3,2	52,2±1,2	12,0±0,8	3,0±0,4	19,2±0,9	0,8±0,2
АГ + ИБС							
Мужчины	55,0±1,0	65,3±0,9	46,8±1,0	9,9±0,6	31,1±1,0	48,9±1,1	2,6±0,3
Женщины	60,7±1,0	59,3±1,0	54,6±1,0	16,2±0,7	3,8±0,5	15,9±0,8	0,7±0,2

Таблица 5

Причины нерегулярного приема препаратов

Пол	Высокая стоимость	Побочные эффекты	Хорошее самочувствие	Лекарства не помогают	Не знает, что надо лечиться регулярно	Другое
ИАГ						
Мужчины	6,2±1,1	6,3±1,1	30,1±2,0	2,1±0,6	13,4±1,9	2,9±0,7
Женщины	6,9±0,6	6,7±0,6	21,9±1,0	3,3±0,5	8,6±3,3	1,1±0,3
АГ + ИБС						
Мужчины	7,6±0,5	2,9±0,3	13,0±0,8	1,8±0,3	3,9±0,4	1,0±0,2
Женщины	8,7±0,5	4,7±0,5	12,3±0,7	3,0±0,4	5,1±0,4	1,1±0,2

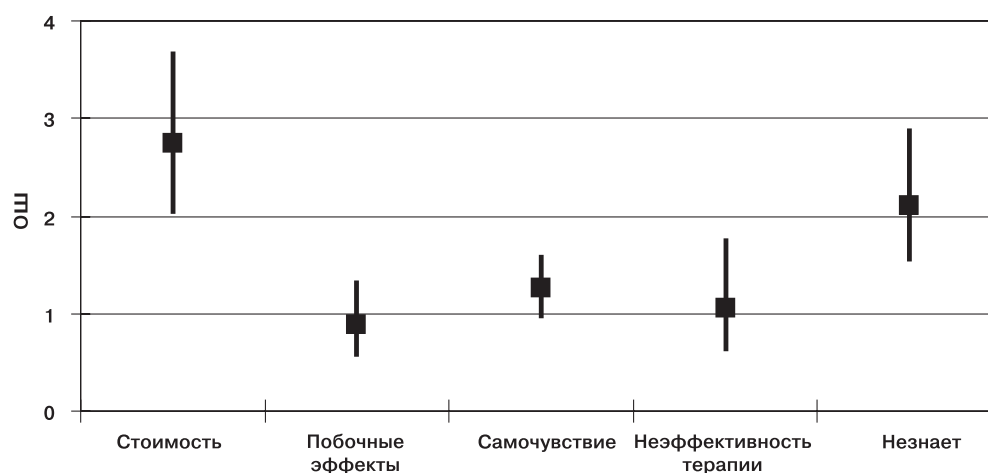


Рис. 3 Сравнение причин нерегулярного лечения у больных по уровню образования («низкое» образование vs «высокое»)

целом ИБС достоверно отсутствовали. Однако почти в два раза чаще у лиц с низким уровнем образования течение ИБС осложнялось СН.

Подтверждением тому, что больные с низким образовательным цензом чаще имеют стабильную стенокардию и СН, является и большая частота жалоб у этих больных на боль в грудной клетке (в 1,6 раза) и одышку (в 1,9 раза). У таких пациентов на 70% больше отмечается число болевых эпизодов в грудной клетке в неделю и в

2,7 раза больше им требуется таблеток нитроглицерина.

Эти больные существенно чаще курят (в 1,6 раза) по сравнению с больными с высшим образованием, у них достоверно чаще наблюдается сахарный диабет (СД). Напротив, для лиц с высшим образованием более характерно наличие семейного анамнеза ССЗ, ГЛП и хронического стресса, вероятно, в т.ч. за счет лучшей информированности.

Таблица 6

Сравнение различных показателей, характеризующих больных, включенных в исследование, по уровню образования («низкое» образование vs «высокое»)

Показатели	ОШ	95% ДИ
Жалобы:		
- боль в груди	1,57	1,28-1,93
- одышка	1,90	1,51-2,39
- отеки	1,06	0,88-1,27
ФР:		
- Семейный анамнез	0,39	0,33-0,47
- ГЛП	0,49	0,41-0,58
- Хронический стресс	0,74	0,63-0,88
- СД	1,36	1,10-1,73
- Курение	1,62	1,21-2,17
Количество болевых эпизодов в неделю	1,76	1,46-2,10
Количество таблеток нитроглицерина в неделю	2,74	2,05-3,67
Диагноз при включении:		
- МИ	1,18	0,87-1,59
- ИМ	1,20	0,98-1,47
- Стабильная стенокардия	1,34	1,11-1,61
- ЧТКА	0,54	0,31-0,96
- Аритмии	0,82	0,68 - 0,98
- Всего ИБС	1,10	0,90 - 1,35
- СН	1,77	1,43 - 2,19

Примечание: ОШ – отношение шансов; 95% ДИ – 95% доверительный интервал.

Обсуждение

В развитых странах АГ является наиболее важным фактором, определяющим преждевременную смертность, которую можно предотвратить, и преимущества антигипертензивной терапии для предупреждения ССЗ и смертности хорошо доказаны в последние годы [8]. В частности, результаты исследования ASCOT-BPLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm), опубликованные совсем недавно on-line, продемонстрировали преимущество комбинированной терапии антагонистами кальция (АК) третьего поколения и ИАПФ в снижении сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и новых случаев СД перед комбинацией β -адреноблокаторов и диуретиков [16]. Вместе с тем, очевидно, что течение АГ весьма часто осложняется развитием ИБС. В настоящее время считается установленным, что повышение АД негативно влияет на сосудистую стенку, способствуя возникновению и прогрессированию атеросклероза [17].

В одном из мета-анализов, опубликованных сравнительно недавно, изучали эффект ИАПФ и АК в предупреждении ИБС и МИ у пациентов, страдающих АГ или имеющих высокий риск. Результаты мета-анализа подтвердили тот факт, что снижение АД является принципиальным для предупреждения прогрессирования ИБС и развития МИ [18].

Результаты национального исследования ПРЕМЬЕРА позволили впервые оценить специфику реальной практики врача-кардиолога. Оказалось, что почти все больные, обратившиеся к кардиологу, уже имели АГ, по крайней мере в течение 10 лет. Столь продолжительный анамнез АГ при недостаточном контроле не мог не привести к развитию ССО, и в изучаемой когорте у 67,0% пациентов была диагностирована ИБС, что более чем в 3 раза превышает популяционный уровень. При этом четко отмечалась половая дифференциация. Мужчины достоверно чаще имели ИМ, стенокардию напряжения, им чаще выполняли ЧТКА. Последняя вообще среди российских больных выполняется редко (5,8%), и у женщин в 6 раз реже, чем у мужчин. Полученные в исследовании данные позволяют прийти к заключению, что стоимость процедуры играет не последнюю роль в частоте ее использования. Мужчинам, имеющим высокий семейный доход, ЧТКА проводилась в два раза чаще, чем лицам с низким семейным доходом.

Незначительная частота применения процедуры у женщин не позволила достоверно оценить влияние дохода пациента в использовании ЧТКА. Тот факт, что мужчины трудоспособного возраста чаще, чем женщины, страдают ИБС, в частности ИМ, нашел отражение во многих популяционных исследованиях, в т.ч. в России. Этим отчасти можно объяснить более высокую смертность в этой группе населения. Женщины в РФ живут в среднем на 12–14 лет дольше, чем мужчины. А то, что так мало живут те и другие по отношению к развитым странам Европы и Америки, зависит от успехов профилактики и лечения. Результаты исследования ПРЕМЬЕРА косвенно продемонстрировали явные неудачи в этом направлении. При включении в исследование обнаружено, что у более половины больных АД превышало рекомендованное. Весьма высока доля больных СН; частота этого осложнения более чем в 2 раза превышает таковую при сочетанной патологии, нежели при ИАГ, что вполне согласуется с данными зарубежных исследований [19]. Сравнение частоты распространения СН, полученной в настоящем исследовании – 70,7% у мужчин и 63,8% у женщин, с частотой этого показателя в исследовании ЭПОХА-О-ХСН (Эпидемиологическое Обследование больных в Европейской части России по Обращаемости с Хронической Сердечной Недостаточностью), в реальной практике, составившим 38,6%, показало более чем двукратное увеличение частоты этого показателя [20].

Можно с уверенностью говорить об определенной специфике врачебной практики, когда основная тяжесть лечения осложнений ложится на врача-кардиолога, вследствие неадекватного лечения основного заболевания в первичном звене. Важно отметить, что образование является весьма существенной детерминантой здоровья для населения РФ, определяя его информированность, поведенческие ФР и как следствие – заболеваемость и отношение к лечению. Иными словами, образовательный статус больного отражает в т.ч. его отношение к своему здоровью. В исследовании ПРЕМЬЕРА лица с высшим образованием чаще имели отягощенный семейный анамнез по ССЗ, ГЛП и хронический стресс. Напротив, больные с образованием ниже среднего достоверно чаще курили, злоупотребляли алкоголем. Вместе с тем, они более отягощены симптомами ССЗ; чаще жалуются на боль в груди и одышку, со-

ответственно, у них чаще диагностируют стабильную стенокардию, чем у лиц с высшим образованием ($p < 0,0001$). Можно предположить, что у таких больных менее адекватно купируются симптомы стенокардии, что в свою очередь приводит к более частому развитию СН, которая среди этих больных распространена в 1,8 раза больше, чем у больных с высшим образованием ($p < 0,0001$).

Таким образом, результаты, полученные в ходе выполнения эпидемиологического этапа национального исследования ПРЕМЬЕРА, позволили достоверно оценить практику врача-кардиолога в настоящее время, в которой 67% пациентов — это больные АГ и ИБС, большинство с тяжелым течением, > 65% больных имеют ХСН. Несмотря на то, что антигипер-

тензивную терапию получают ~ 70%, у > 50% пациентов во всей группе регистрируется АД $\geq 140/90$ мм рт.ст., что свидетельствует о неадекватности терапии, проводимой в первичном звене. Примерно 90% обследуемых пациентов имеют по крайней мере, один ФР, что необходимо учитывать при выборе тактики ведения больных.

Полученный социальный портрет больного АГ и ИБС свидетельствует, что больные с низким образовательным уровнем чаще имеют СД и ХСН; они хуже информированы о необходимости постоянного приема препаратов и чаще жалуются на высокую стоимость лечения. Такие больные требуют больших усилий со стороны врача, чтобы обеспечить адекватную коррекцию их состояния.

Литература

- Murray C, Lopez A. The Global Burden of Disease. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Оганов Р.Г. Проблема контроля артериальной гипертонии среди населения. Кардиология 1994; 3: 80-3.
- Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. и др. Распространенность артериальной гипертонии в России: информированность, лечение, контроль. Профил забол укреп здор 2001; 2: 3-7.
- Шальнова С.А., Деев А.Д., Шестов Д.Б. и др. Прогностическая оценка эпидемиологических характеристик ишемической болезни сердца. Кардиология 1997; 9: 49-54.
- Swales J. Textbook of hypertension. Oxford: Blackwell Scientific; 1994.
- Leppala JM, Virtamo J, Fogelholm R, et al. Different risk factors for different stroke subtype: association of blood pressure, cholesterol and antioxidants. Stroke 1999; 30: 2634-40.
- Stamler J, Neaton JD, Wentworth DN. Blood pressure (systolic and diastolic) and risks of fatal coronary heart disease. Hypertension 1989; 13 (Suppl.): 12-12.
- MacMahon S, Peto R, Cutler J, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 1. Prolong differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet 1990; 335: 765-74.
- Asia Pacific cohort studies collaboration. Cardiovascular disease in Asia Pacific region. J Hypertens 2002; in press.
- Lawes C, Bennet D, Lewington S, Rodgers A. Blood pressure and coronary heart disease: a review of evidence. Semin in vasc med 2002; 2(4): 355-68.
- Keil JE, Southerland SE, Knapp RG, et al. Mortality rates and risk factors for coronary heart disease in black as compared with white men and women. New Engl J Med 1993; 329: 73-8.
- Keil JE, Southerland SE, Hames CG, et al. Coronary disease mortality and risk factors in black and white men. Results from the combined Charleston, SC and Evans County, Georgia, heart studies. Arch Intern Med 1995; 155: 1521-7.
- Psaty BM, Furberg CD, Kuller LH, et al. Association between blood pressure level and the risk of myocardial infarction, stroke, and total mortality: the cardiovascular health study. Arch Intern Med 1992; 152: 56-64.
- Lawes C, Bennet D, Lewington S, Rodgers A. Blood pressure and coronary heart disease: a review of the evidence. Semin Vasc Med 2002; 2(4): 355-68.
- SAS/STAT User's Guide, Version 6, Fourth Edition, Vol.1 & 2, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, 1990.
- Dahlof B, Sever P, Poulter N, et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus atenolol adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): a multicentre randomized controlled trial. www.thelancet.com Published online September 4, 2005.
- Collins R, Peto R, MacMahon S, et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. Lancet 1990; 335: 827-38.
- Verdecchia P, Reboldi G, Angeli F, et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors and calcium channel blockers for coronary heart disease and stroke prevention. Hypertension 2005; 46(2): 386-92.
- Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. JACC 1993; 22 (4Suppl A): 6A-13.
- Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Даниэлян М.О. Первые результаты национального обследования больных ХСН в реальной практике (по обращаемости) — ЭПОХА-О-ХСН. Серд недостат 2003; 4(3): 116-21.

*Участники исследования ПРЕМЬЕРА: Н.Г. Филипенко (Курск), С.Я. Ерёгин (Ярославль), Р.А. Хохлов (Воронеж), Н.Б. Перепеч (Санкт-Петербург), О.Ю. Кореннова (Омск), А.С. Галявич (Казань), Г.В. Матюшин (Красноярск), З.Г. Бондарева (Новосибирск), А.Г. Макеев (Самара), В.В. Скибицкий (Краснодар), М.В. Архипов (Екатеринбург), С.Ш. Сулейманов (Хабаровск), И.В. Фомин (Нижний Новгород).

Поступила 27/12-2005