

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

КОРРЕКЦИЯ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС
В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОМ РЕГИОНЕ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА

Дидигова Р.Т.¹, Угурчиева З.О.¹, Инарокова А.М.², Мамедов М.Н.^{3*}

Ингушский государственный университет¹, Назрань; Кабардино-Балкарский государственный университет², Нальчик; Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздравсоцразвития³, Москва.

Резюме

Цель исследования. Анализ адекватности коррекции трех основных факторов риска, а именно АГ, гиперхолестеринемии и сахарного диабета 2 типа среди мужчин и женщин с ИБС в Республике Ингушетия.

Материал и методы. В исследование были включены 300 мужчин (средний возраст — 54±0,4 лет) и 230 женщин (средний возраст — 55,7±0,5 лет) из центральных медицинских учреждений 3 районов Ингушской Республики. Все пациенты были опрошены по стандартному вопроснику для оценки социально-демографических показателей, поведенческих факторов риска и учета принимаемых лекарственных препаратов. АД измеряли дважды в положении сидя с 5 — минутным интервалом. Всем пациентам измеряли уровни общего ХС (ммоль/л) и глюкозы (ммоль/л) в крови.

Адекватность коррекции АГ, гиперхолестеринемии и сахарного диабета 2 типа оценивалась как достижение целевых уровней АД, уровня общего ХС и глюкозы натощак на фоне соответствующей терапии.

Результаты. Среди лиц с ИБС гиперхолестеринемия является наиболее часто встречаемым фактором риска: 95% среди мужчин и 81% у женщин. Липидснижающую терапию (в основном, симvastатин) получали 11,3% мужчин и 21% женщин. Целевые уровни общего ХС достигнуты у 1% мужчин и 2% женщин. АГ страдает 77,3% мужчин и 65% женщин с ИБС. Среди мужчин с ИБС и АГ 93% получают антигипертензивную терапию, из них 18% получает монотерапию, 49% — два препарата и 26% — три препарата. У 43% мужчин АД находится в пределах рекомендуемого уровня; среди женщин 28% получают монотерапию, 60% — два препарата и только 7% — три антигипертензивных препарата. Целевые уровни АД достигнуты у 49% женщин с ИБС и АГ. Сахарный диабет 2 типа установлен у 17% мужчин и у 13% женщин. У мужчин с ИБС и сахарным диабетом 2 типа в 41% случаев сахар в крови натощак находится в пределах целевых уровней, тогда как у женщин этот показатель в два раза меньше — 21%.

Заключение. Таким образом, среди пациентов с ИБС целевые уровни АГ достигаются у каждого второго пациента, целевые уровни гликемии в среднем в 30% случаев, тогда как уровень общего ХС снижается до рекомендуемых цифр менее чем у 2% пациентов.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет 2 типа, комплаентность.

На рубеже веков в кардиологии достигнут значительный научный прогресс. В арсенале врачей имеется большое количество эффективных лекарственных средств, а также современные методы диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их хирургическое лечение [1]. Наряду с этим необходимо подчеркнуть, что надежды, возлагавшиеся на высокотехнологичные вмешательства, как средства первой линии для борьбы с ССЗ, не оправдались. Так, несмотря на огромные экономические затраты на лечение ССЗ, в том числе увеличение объема коронарной реваскуляризации в развитых странах мира, дабы остановить эпидемию ССЗ и изменить значительный негативный вклад этих заболеваний в структуру смертности, не удалось. Результаты американских и европейских исследований свидетельствуют, что одним из главных причин этой тенденции является неадекватная первичная и вторичная профилактика ССЗ [2, 3].

В России показатели сердечно-сосудистой смертности продолжают оставаться одними из самых высоких в Европе. По данным ГНИЦ ПМ, медико-социальная эффективность лечения ишемической болезни сердца (ИБС) неудовлетворительна. В структуре смертности от ССЗ осложнения ИБС на 50% превышают осложнения цереброваскулярных заболеваний и в целом занимают первое место среди 4 основных причин [4]. По данным Росстата, за последние 15 лет отмечается медленное нарастание частоты смертности, обусловленной ИБС, на 12%. Так, если в 1995 году число умерших от ИБС на 100000 населения составляло 376,9 случаев, то в 2008 году этот показатель повысился до 422,4 случаев.

Нарастание сердечно-сосудистых осложнений отмечается и на Северном Кавказе, традиционно имеющим меньшую частоту заболеваемости и смертности, обусловленными ССЗ по сравнению с другими

регионами России. Оценка динамики ССЗ в Республике Ингушетия показала неуклонный рост за последние 5 лет. Согласно данным республиканского Госстата, в 2009 году число лиц, страдающих ССЗ, составило 79462 человек, что в 3,5 раза чаще по сравнению с аналогичными данными 2005 года [5].

Между тем, результаты крупных клинических исследований свидетельствуют, что лечение больных с ИБС в соответствии с современными клиническими рекомендациями, основанными на принципах доказательной медицины, позволяет добиться хорошего клинического эффекта: снижения частоты сердечно-сосудистых осложнений, инвалидизации и смертности [6]. Ряд многоцентровых российских исследований свидетельствует, что лечение пациентов с ИБС не соответствует требованиям национальных рекомендаций [7, 8].

Данные по оценке адекватности лечения лиц с ССЗ в регионе Северного Кавказа в научно — практической литературе отсутствуют. Тем не менее, разработка стратегии вторичной профилактики и ее реализации могла бы значительно замедлить темпы роста осложнений ССЗ в регионе. Целью настоящего исследования является анализ адекватности коррекции трех основных факторов риска, а именно АГ, гиперхолестеринемии и сахарного диабета 2 типа среди мужчин и женщин с ИБС в Республике Ингушетия.

Материал и методы

В клиническое исследование было включено 520 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III ст.: 300 мужчин (средний возраст — $54 \pm 0,4$ лет) и 230 женщин (средний возраст — $55,7 \pm 0,5$ лет) из четырех лечебных учреждений Республики Ингушетия (Республиканская клиническая больница; Назрановская городская больница; Сунженская центральная районная больница; Ингушская республиканская поликлиника), прошедших клинический осмотр и анкетирование.

В обследованной когорте у большинства мужчин и женщин диагностирована стенокардия напряжения ФК II ст. (69%), тогда как ФК III ст. диагностирована у 17% мужчин и 23% женщин, у остальных пациентов выявлен ФК I стенокардии напряжения. У 6,7% мужчин и 5,25% женщин в анамнезе имеется инфаркт миокарда различной локализации. ЭКГ-признаки нарушения ритма и проводимости зафиксированы у 14% мужчин и 14,8% женщин с ИБС стенокардией напряжения (наджелудочковая экстрасистолия, желудочковая экстрасистолия, мерцание предсердий, внутрижелудочковая блокада одной и двух ветвей).

Критериями исключения являлись:

1. Возраст до 40 и старше 69 лет.
2. Недостаточность кровообращения.

3. Нарушения ритма сердца высоких градаций по Lowen.

4. Пороки сердца и сосудов.

5. Миокардиты, миокардиодистрофии.

6. Почечная, печеночная недостаточность.

7. Заболевания крови.

8. Легочная недостаточность.

9. Онкологические заболевания (3-4 ст.)

10. Коллагенозы.

11. Эндогенные психические заболевания.

Для данного исследования использовалась анкета, разработанная экспертами ВОЗ, предназначенная для проведения клинических и эпидемиологических исследований. Анкета включала вопросы для оценки социально-демографических показателей и поведенческих факторов риска (паспортные данные, антропометрические показатели, статус курения, употребление алкоголя, физическая активность, питание, а также анамнез по состоянию основных систем и органов, перенесенные заболевания и операции, наличие хронических заболеваний, климактерический статус для женщин). Анкета является главным документом — основным материалом для проведения статистической обработки.

Клинико-инструментальные исследования

Антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии — ОТ), расчет индекса массы тела (ИМТ). Индекс массы тела рассчитывали по известной формуле — отношение веса (кг) к квадрату роста. Для оценки абдоминального ожирения использовали критерии Международной федерации диабета (окружность талии ≥ 94 см для мужчин и ≥ 80 см для женщин).

Измерение АД проводилось с точностью до 2 мм рт.ст. двукратно с интервалом 5 минут в положении сидя и в покое. Для анализа использовали среднюю величину их двух измерений. Артериальную гипертензию констатировали при уровне АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. и/или при получении больным антигипертензивной терапии; также учитывали информированность: больной знает о наличии у него АГ; лечение: больной получает лечение, но оно неэффективно, т. е. АД выше целевого; эффективность лечения: больной получает антигипертензивную терапию и АД достигает целевых значений [3].

Всем респондентам проводилась регистрация ЭКГ в покое в 12 отведениях с помощью 4-канального электрокардиографа Schiller (Швейцария). Расшифровка ЭКГ проводилась по специальной схеме, разработанной для этого исследования (адаптирована из стандартов Миннесотского кода, ГНИЦ ПМ).

Лабораторные исследования

Забор крови. Биохимические анализы определялись централизованно в одной лаборатории, прошедшей федеральную стандартизацию. Кровь из локте-

вой вены брали утром натощак после 12-ти часового голодания.

Содержание общего ХС (ммоль/л) в сыворотке определяли с помощью ферментных наборов на автоматическом биохимическом анализаторе “Сапфир 400” фотоколориметрическим методом.

Концентрацию глюкозы (ммоль/л) в плазме венозной крови исследовали глюкозооксидазным методом на биохимическом анализаторе “Сапфир 400”. Для верификации сахарного диабета проводилось повторное тестирование на следующий день, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией (или очевидными симптомами).

Адекватность коррекции АГ, гиперхолестеринемии и сахарного диабета 2 типа оценивалась как достижение целевых уровней АД (<140/90 мм рт. ст), уровня общего ХС (<4,5 ммоль/л) и глюкозы (<6,1 ммоль/л) натощак на фоне соответствующей терапии [3, 9].

Статистический анализ

Ввод данных в региональном исследовательском центре производился в системе ACCESS MS OFFICE. Редактирование и статистический анализ осуществлялся согласно программе SAS (Statistical Analysis System) сотрудниками ГНИЦ ПМ. Описательные числовые характеристики исследуемых переменных: средние, частоты, стандартные отклонения и стандартные ошибки получали с помощью процедур PROC SUMMARY, PROC UNIVARIATE, PROC FREQ. Использовались стандартные критерии значимости: χ^2 -квадрат, t-тест Стьюдента (двухвыборочный) и критерий Фишера (F-тест) для дисперсионного анализа.

Результаты и обсуждение

Коррекция основных факторов риска является важным звеном вторичной профилактики ССЗ у больных с ИБС [4]. В США и европейских странах достижение целевых уровней основных факторов риска является составной частью стандартов лечения больных с ИБС [2]. За последние 15 лет в Европе периодически проводится мониторинг эффективности коррекции основных факторов риска ССЗ, включая АГ, гиперхолестеринемия, ожирение, сахарный диабет и курение. Проект под названием EURUASPIRE был проведен в трех временных диапазонах (1995-1996 гг; 2000-2001 гг; 2006-2007 гг). Это позволило оценить динамику эффективности коррекции факторов риска ССЗ среди пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, другие острые коронарные синдромы, баллонную ангиопластику или операцию аортокоронарного шунтирования [10]. В России также проводились 2 крупных одномоментных клинических исследования по изучению адекватности

коррекции факторов риска у больных с ИБС [11, 12]. Однако субъекты Северного Кавказа не были включены, следовательно на сегодняшний день нет данных, позволяющих оценивать эффективность коррекции факторов риска среди лиц с ИБС, проживающих в этом регионе.

В настоящем исследовании мы анализировали достижение целевых уровней трех основных факторов риска ССЗ — АГ, гиперхолестеринемии и сахарного диабета, что позволяет оценивать адекватность их медикаментозной коррекции. Анализ коррекции других, не менее важных факторов риска (курение, ожирение и злоупотребление алкоголем) ограничен из-за отсутствия контрольной группы лиц идентичного возраста без ИБС. В целом, в момент обследования каждый четвертый мужчина с ИБС (24,3%) курил. Согласно результатам анкетирования, 36 из 300 (12%) злоупотребляли алкоголем. Необходимо подчеркнуть, что, в отличие от других регионов России, в Республике Ингушетия женщины не курят и не употребляют алкоголь, что связано с религиозно-этническими особенностями региона.

У каждого третьего мужчины и каждой второй женщины выявлено ожирение. Более того, абдоминальное ожирение выявлено у 46% мужчин и у 72,6% женщин. Безусловно, эти нарушения в сочетании с другими факторами риска увеличивают риск развития повторных инцидентов ССЗ.

Оценка адекватности антигипертензивной терапии у лиц с ИБС

Артериальная гипертония является одним из важных факторов, отягощающих течение ИБС. В исследовании АТР по оценке качества лечения хронической ИБС с участием 1653 пациентов с ИБС стабильного течения из 17 регионов России было продемонстрировано, что АГ является самым распространенным фактором риска — 82% случаев [11]. Результаты исследования Euroaspire III также свидетельствуют, что на момент интервью у 85,4% пациентов с ИБС выявлена АГ [10]. В настоящем исследовании отмечается аналогичная тенденция. Так, среди пациентов с ИБС в среднем в 84,1% случаев выявляется АГ. Среди мужчин АГ обнаружена в 81,3% случаев, тогда как среди женщин этот показатель составил 86,9%. К тому же, в 51% случаев у мужчин с ИБС и АГ имеются ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, среди женщин этот показатель составил 44%.

Анализ комплексных мер медикаментозной терапии показал, что наиболее часто врачи назначают именно антигипертензивную терапию. В целом, 94% мужчин и 97% женщин на момент осмотра получали антигипертензивную терапию. Большинство пациентов получали антигипертензивную терапию от случая к случаю, причем частота такого режима приема препаратов среди мужчин (61,9%) и женщин (56,5%)

Таблица 1
Моно- и комбинированная антигипертензивная терапия

Количество принимаемых препаратов	Мужчины	Женщины
Один препарат	54 (22%)	34 (17%)
Два препарата	115 (47%)	91 (45,5%)
Три препарата	52 (21%)	48 (24%)
Четыре препарата	8 (3%)	25 (12,5%)*

Примечание: *** $p < 0,001$ достоверность различия по частоте сочетанной антигипертензивной терапии между мужчинами и женщинами.

сопоставима. Интересно, что по сравнению с мужчинами (5,7%) женщины в 3-4 раза чаще (19%, $p < 0,001$) принимают антигипертензивную терапию курсами. Постоянную антигипертензивную терапию получает каждый четвертый мужчина (26,6%) и каждая пятая женщина (21,5%). Таким образом, в коррекции АГ преобладает несистематический режим применения антигипертензивной терапии.

Среди принимаемых антигипертензивных препаратов первое место как среди мужчин (80%), так и среди женщин (83%) занимают ингибиторы АПФ, что соответствует результатам других российских исследований (РЕЛИФ, ПИФАГОР-2) [6, 12]. Однако, в отличие от этих исследований, второе место по частоте назначения занимают антагонисты кальция (67% мужчин и 79% женщин с ИБС и АГ). Возможно, это связано с тем фактом, что антагонисты кальция обладают еще и антиангинальным эффектом, что очень важно для пациентов, имеющих одновременно две патологии.

Бета-адреноблокаторы принимают до 50% пациентов с ИБС и АГ, что является неоправданно низким для данной патологии. Эти показатели значительно ниже по сравнению с исследованием АТР (68%) и EUROASPIRE III (80,1%). Женщины с ИБС и АГ по сравнению с мужчинами в 3 раза чаще принимают диуретики (19% и 5,7% соответственно). Несмотря на отличный профиль переносимости и высокую безопасность, сартаны используются для лечения не более чем у 3% пациентов с ИБС и АГ, что, очевидно, связано с высокой стоимостью препаратов этого класса. Однако в аналогичной ситуации и пациенты, включенные в исследование РЕЛИФ (другие регионы России) получающие сартаны в 6,5% случаев.

Мы также анализировали частоту применения моно- и комбинированной антигипертензивной терапии (табл. 1). Один антигипертензивный препарат применяют не более чем 20% пациентов (22% мужчин и 17% женщин), в остальных случаях пациенты применяют комбинированную терапию, что, очевидно, связано с осведомленностью врачей о применении комплексной терапии для достижения целевых уровней АД. В частности, каждый второй

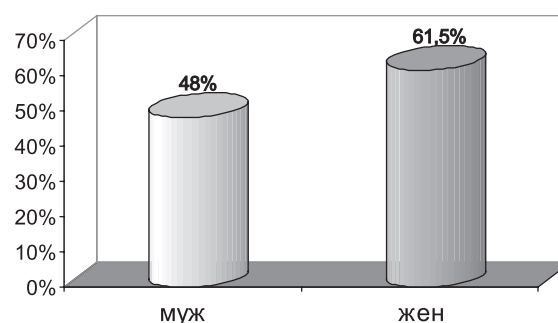


Рис 1. Достижение целевых уровней АД у пациентов с ИБС и АГ.

пациент принимает два антигипертензивных препарата (47% мужчин и 45,5% женщин), три препарата используют 21% мужчин и 24% женщин. Во всех случаях частота применения монотерапии и комбинированной антигипертензивной терапии между мужчинами и женщинами сопоставима. Исключение составляет единовременное использование четырех антигипертензивных препаратов. Так, по сравнению с мужчинами, женщины в 4 раза чаще применяют подобную терапию (3% и 12,5%, соответственно).

В целом, на момент обследования у каждого второго пациента с ИБС и АГ АД находится в пределах целевых уровней. Между мужчинами и женщинами не выявлена статистически значимая разница по частоте достижения целевых уровней АД (рис 1). Эти данные сопоставимы, и даже несколько превышают аналогичные показатели, полученные в ходе исследования EUROASPIRE III [10].

Анализ достижения целевых уровней общего ХС. Негативная роль гиперхолестеринемии в развитии сердечно-сосудистых осложнений у лиц с ИБС не вызывает сомнения [13]. Наглядным примером этому могут служить результаты международного исследования INTERHEART, так как дислипидемия оказалась самым значимым фактором риска среди 9 других у лиц с острым коронарным синдромом [14]. С целью оценки нарушения липидного обмена были проанализированы показатели общего ХС среди обследованных пациентов с ИБС. В целом общий ХС был определен у 300 мужчин и у 216 женщин с ИБС. Средние показатели общего ХС у пациентов с ИБС оказались на 33% выше нормативных значений. В настоящем исследовании гиперхолестеринемия оказалась наиболее часто встречаемым фактором риска ССЗ. В среднем, у 93,7% пациентов с ИБС выявлена гиперхолестеринемия (общий ХС > 5 ммоль/л) различной степени. Среди мужчин гиперхолестеринемия выявлена в 96,7% случаев, среди женщин – в 90,7% случаев. У каждого третьего пациента с ИБС выявлена умеренная и выраженная гиперхолестеринемия.

Необходимо подчеркнуть, что в международном исследовании АТР гиперхолестеринемия выявлена у 78% пациентов с ИБС, а в российском исследова-



Рис 2. Липидснижающая терапия пациентов с ИБС, стенокардией напряжения.

Таблица 2

Прием сахароснижающих препаратов

Препараты	Мужчины	Женщины
Сульфонилмочевины	34 (89%)	25 (89%)
Сульфонилмочевины с инсулинотерапией	4 (10,5%)	6 (21,4%)
Метформин	2 (5,2%)	3 (10,7%) в сочетании с инсулином
Инсулин в монотерапии	2 (5,2%)	

нии РЕЛИФ последняя отмечалась более чем в 60%. При этом у 13,8% больных ИБС показатель общего ХС находился в пределах 6,6–7,8 ммоль/л, а у 4,2% был выше 7,8 ммоль/л [11, 12].

В анализируемой когорте пациенты с ИБС получали липидснижающую терапию – в частности, статины – до 25% случаев. Мужчины (11,3%) по сравнению с женщинами (22,2%) в два раза меньше принимают статины (рис 2). Эти показатели ниже по сравнению с результатами исследования РЕЛИФ, так как 33,3% пациентов получали липидснижающую терапию. А в российской части исследования EUROASPIRE III частота назначения статинов пациентам с ИБС достигала 56,8%, что вероятно, связано с различиями между анализируемыми выборками.

Только 10% женщин, получавших статины или 2,3% от общего числа, достигли целевого уровня общего ХС и лишь 5,9% мужчин, принимающих статины, или 0,7% от общего числа, достигли целевых уровней холестерина, что в несколько раз ниже по сравнению с европейскими и другими российскими исследованиями. Возможными причинами этого явления могут быть следующие: стоимость терапии, отсутствие влияния на состояние здоровья в текущий момент, побочные эффекты (повышение печеночных ферментов).

Более того, анализ медицинской документации продемонстрировал, что концентрация триглицеридов определена только у 1,3% мужчин и 20,9% женщин. Аналогичная картина отмечается и по уровню

ХСЛВП. Так, концентрация антиатерогенных частиц определена у 0,7% мужчин и 16,9% женщин. Очевидно, что как пациенты, так и врачи, нуждаются в дополнительных образовательных программах по коррекции нарушений липидного обмена.

Оценка адекватности сахароснижающей терапии у пациентов с ИБС

Нарушения углеводного обмена и ИБС имеют тесную патогенетическую связь, и в последние годы отмечается увеличение частоты сочетанной патологии. Согласно результатам многоцентрового исследования EuroHeart Survey у 60% лиц с острым ИМ имеются те или иные нарушения углеводного обмена, у 25% из них обнаружен СД 2 типа [15].

В настоящем исследовании у каждого пятого пациента с ИБС (22,8%) выявлен сахарный диабет 2 типа. В исследовании РЕЛИФ сахарный диабет 2 типа был выявлен у 17,3% пациентов с ИБС, в исследовании АТР – у 15,1% пациентов с ИБС, а в исследовании EUROASPIRE III – у 10,8% пациентов [10, 12]. Необходимо отметить, что в ходе исследования у 10,4% пациентов с ИБС СД 2 типа был выявлен впервые. Впервые выявленный сахарный диабет 2 типа обнаружен у 10% мужчин и 10,9% женщин, страдающих ИБС. Эти факты еще раз свидетельствуют об актуальности ранней диагностики сахарного диабета среди лиц с высоким сердечно-сосудистым риском.

Пациенты с установленным сахарным диабетом 2 типа в 90% случаев принимают сульфонилмочевину в виде монотерапии. Монотерапию с применением метформина получают не более 5% пациентов. В среднем 15% пациентов получают сочетанную терапию с применением сульфонилмочевины и инсулина (табл. 2).

Необходимо подчеркнуть, что мужчины и женщины получают сопоставимую сахароснижающую терапию. Проведенная сахароснижающая терапия способствовала достижению целевых уровней гликемии натощак у 79% мужчин и у 100% женщин, среди пациентов с ранее установленным диагнозом СД 2 типа. Пациенты с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа на момент установления диагноза не получали диетотерапию и сахароснижающее лечение.

Заключение

Таким образом, среди пациентов с ИБС целевые уровни АГ достигаются у каждого второго пациента, целевые уровни гликемии в среднем в 30% случаев, тогда как уровень общего ХС снижается до рекомендуемых цифр менее, чем у 2% пациентов. Эти данные свидетельствуют о необходимости разработки комплексных мер для усиления вторичной профилактики ССЗ среди пациентов с ИБС в Республике Ингушетия и в Северо-Кавказском регионе в целом.

Литература

1. Оганов Р.Г., Поздняков Ю.М., Волков В.С. Ишемическая болезнь сердца. Москва 2002. Издательский дом Синегерия. 308 стр.
2. ACC/AHA/ACP- ACIM Guidelines for the management of patients with chronic stable angina. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines // J. Amer. Coll. Cardiol. 2003; 41: 159- 168.
3. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008; 7 (6), приложение 4; 3-40.
4. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая кардиология (руководство для врачей). Москва 2007. Из-во Медиа-77. 213 стр.
5. Здравоохранение в России. Официальное издание Федеральной службы государственной статистики (Росстат). Москва. 2009: 365 стр.
6. Белоусов Ю.Б., Шляхто Е.В., Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Быков А.В., Бекетов А.С. Окончательные результаты фармакоэпидемиологического исследования больных артериальной гипертензией в РФ//Артериальная гипертензия. 2004; 10(4): 185-93/
7. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Стратегия и тактика лечения. Москва. Реафарм 2003; 256 с.
8. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Актуальные вопросы лечения больных стабильной стенокардией// Врач 2005; № 9: 3-8.
9. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary. The task force of the management of stable angina pectoris of the European Society of Cardiology// Eur Heart J 2006; 27: 1334-81.
10. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries// Lancet 2009; 373: 929-940.
11. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилов С.Б. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР — Angina Treatment Pattern)//Кардиология 2003; 5: 6-10.
12. Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Соколова О.Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. Издание ГНИЦ ПМ (Викас-принт). Москва 2009: 154 стр.
13. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза. М., Издательство "Триада-Х" 2000; 412стр.
14. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART study)// Lancet 2004; 364: 937-52.
15. Bartnik M., Ryden L., Ferrari R. et al. The prevalence of abnormal glucose regulation in patients with coronary artery disease across Europe. The Euro Heart Survey on diabetes and the heart// Eur Heart J. 2004 Nov;25(21):1880-90.

Abstract

Aim. To analyse how effectively the three main risk factors — arterial hypertension (AH), hypercholesterolemia, and Type 2 diabetes mellitus (DM-2) are controlled among male and female patients with coronary heart disease (CHD), who are residents of the Ingush Republic.

Material and methods. The study included 300 men and 230 women (mean age $54 \pm 0,4$ and $55,7 \pm 0,5$ years, respectively) — residents of the three Ingush Republic regions. The standard questionnaire included items on sociodemographic parameters, behavioural risk factors, and pharmaceutical therapy. Blood pressure (BP) was measured in a sitting position, with a 5-minute interval between two measurements. In all patients, blood levels of total cholesterol (TCH, mmol/l) and glucose (mmol/l) were measured. Adequate control of AH, hypercholesterolemia, and DM-2 was defined as the achievement of target levels of BP, TCH, and fasting glucose during the treatment.

Results. Among CHD patients, hypercholesterolemia was the most prevalent risk factor in both men (95%) and women (81%). Only 11,3% of men and 21% of women received lipid-lowering therapy (typically, statins). Target TCH levels were achieved in 1% and 2%, respectively. AH was registered in 77,3% and 65% of male and female CHD patients, respectively. In men with CHD and AH, 93% received antihypertensive therapy (18%, 49%, and 26% received one, two, or three medications, respectively). Target BP levels were observed in 43% of the treated men. In women with CHD and AH, 28%, 60%, and 7% received one, two, or three antihypertensive medications, respectively; target BP levels were achieved in 49%. DM-2 prevalence reached 17% in men and 13% in women. Among patients with CHD and DM-2, target fasting glucose levels were registered in 41% of men and 21% of women.

Conclusion. Among CHD patients, target BP levels were achieved in every second participant, while target glucose levels were observed in 30%, and target TCH concentrations were registered in less than 2%.

Key words: Coronary heart disease, arterial hypertension, hypercholesterolemia, Type 2 diabetes mellitus, compliance.

Поступила 31/05 — 2011

© Коллектив авторов, 2011
E-mail: mmamedov@gnicpm.ru

[Дидигова Р.Т. — к.м.н., заведующая кафедрой госпитальной терапии медицинского факультета, Угурчиева З.О. — соискатель кафедры госпитальной терапии медицинского факультета, Инарокова А.М. — д.м.н., зав. общей врачебной кафедрой и кафедрами геронтологии, общественного здоровья и здравоохранения, Мамедов М.Н. (*контактное лицо) — д.м.н., руководитель лаборатории оценки и коррекции риска хронических неинфекционных заболеваний].