

## МЕДИЦИНА

**Выявление основных факторов риска среди пациентов с ИБС по результатам клинико-эпидемиологического исследования (Северо-Кавказский проект)**

*Инарочкова А.М. – академик АМАН, Кешоков Р.Х. – академик АМАН, Мамедов М.Н., Дидигова Р.Т., Угурчиева З.О., Астахова З.Т.*

**Введение.** Первичная и вторичная профилактика ССЗ, в том числе ИБС является актуальной проблемой в развитых странах мира [1]. В ряде проспективных исследований было продемонстрировано, что комплексная профилактика на популяционном уровне может снизить риск развития смертности, обусловленной ССЗ на 79%, а ИБС на 85% [2].

Всемирно известный ученый Салим Юсуф на ежегодном конгрессе Европревент-2011 оценил текущий подход к предотвращению ССЗ как “слишком мало, слишком немного, и слишком поздно”. В развитых странах мира большинство взрослого населения нуждается в оказании многофакторной профилактики. Только такая стратегия может способствовать значительному снижению ССЗ к 2050 году.

В настоящее время состояние здравоохранения в России с позиции доказательной медицины выглядит следующим образом: 1% первичная профилактика, 36% вторичная профилактика и 63% третичная профилактика. Результаты американских и европейских исследований свидетельствуют, что несмотря на огромные экономические затраты на лечение ССЗ, в том числе увеличение объема коронарной реваскуляризации в развитых странах мира, остановить эпидемию ССЗ и изменить ведущий вклад этих заболеваний в структуру смертности не удалось. Одним из главных причин этой тенденции является неадекватная первичная и вторичная профилактика ССЗ [1].

По мнению эксперта Всемирного банка развития Dying Too Young лечение ССЗ на основе маркерного анализа может снизить смертность в Российской Федерации на 20% и может увеличить ожидаемую продолжительность жизни в среднем на 5 лет. В России показатели сердечно-сосудистой смертности продолжают оставаться одними из высоких в Европе. По данным ГНИЦ ПМ медико-социальная эффективность лечения ишемической болезни сердца (ИБС) не удовлетворительная. В структуре смертности от ССЗ осложнения ИБС на 50% превышают осложнения цереброваскулярных заболеваний и в целом занимают первое место среди 4 основных причин [1]. 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 составило 376,9 случаев, то в 2008 году этот показатель оказался 422,4 случаев [4]. Нарастание сердечно-сосудистых осложнений отмечается и на Северном Кавказе, традиционно имеющим меньшую частоту заболеваемости и смертности, обусловленными ССЗ, по сравнению с другими регионами России. Например, оценка динамики ССЗ в Республике Ингушетия продемонстрировала неуклонный ее прирост 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. События последних 15 лет – продолжительные локальные вооруженные конфликты, привлекая за собой социально-экономических проблемы (спад экономики региона, безработица, ослабление работы социальных учреждений, ухудшение финансирования системы здравоохранения), негативно отразились в демографической ситуации региона. Это привело заметному нарастанию частоты хронического стресса/депрессии, артериальной

гипертонии, сахарного диабета и т.д. Наряду с этим существуют серьезные проблемы и по ресурсам здравоохранения, включая материально-техническое обеспечение лечебно-профилактических учреждений и численность работников здравоохранения [4].

Данные о частоте основных факторов риска и адекватности их лечения на Северном Кавказе отсутствуют, поскольку этот регион не включается в протоколы национальных многоцентровых исследований. Тем не менее, для разработки стратегии вторичной профилактики ИБС и других форм ССЗ необходимо проведение клинико-эпидемиологических исследований.

Целью настоящего исследования является выявление поведенческих, основных факторов риска, оценка адекватности их лечения, а также оценка качества жизни пациентов с ИБС в трех республиках Северо-Кавказского региона.

**Материалы и методы.** В клинико-эпидемиологическом исследовании участвует три республики Северо-Кавказского федерального округа: Ингушетия, Кабардино-Балкария и Северная Осетия-Алания. В целом, в исследование включено 1500 пациентов с ИБС в возрасте 40-69 лет.

В настоящей работе представлены результаты исследования, проведенного в трех городах и районах Республики Ингушетия. В одномоментные клинико-эпидемиологическое исследование было включено 520 пациентов с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III ст (300 мужчин в среднем возрасте  $54 \pm 0,4$  лет и 230 женщин в среднем возрасте  $55,7 \pm 0,5$  лет, соответственно) из четырех лечебных учреждений Республики Ингушетия (Республиканская клиническая больница; Назрановская городская больница; Сунженская центральная районная больница; Ингушская республиканская поликлиника) прошедшие 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 ветви и двух ветвей).

Критериями исключения являлись: возраст до 40 и старше 69 лет; недостаточность кровообращения; нарушения ритма сердца высоких градаций по Lown; пороки сердца и сосудов; миокардиты, миокардиодистрофии; почечная, печеночная недостаточность; заболевания крови; легочная недостаточность; онкологические заболевания (3-4 ст.); коллагенозы; 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.

Анкета является главным документом – основным материалом для проведения статистической обработки.

**К курящим** относили лиц, выкуривающих хотя бы одну сигарету/папиросу в сутки. Статус курения определялся следующим образом: никогда не курившие, курившие в прошлом, курящие в настоящее время.

**Статус потребления алкоголя** оценивался по следующим критериям: никогда не употребляли алкоголь в течение последнего года, для мужчин: мало и умеренно - < 168

г этанола в неделю, много - > 168 г этанола в неделю; для женщин: мало и умеренно - < 84 г этанола в неделю, много - > 84 г этанола в неделю. Качество жизни пациентов с ИБС была оценена с помощью опросника EQ-5D (European Quality of Life Instrument), состоявшего из 5 пунктов [5]:

- I. Передвижение
- II. Самообслуживание
- III. Повседневная активность
- IV. Боль, дискомфорт
- V. Тревога, депрессия

Шкала для оценки каждого компонента имеет три уровня в зависимости от степени выраженности проблемы: 1 – нет нарушений; 2 – есть умеренные нарушения; 3 – есть выраженные нарушения. В опроснике предусмотрен пункт для самооценки динамики состояния здоровья за последний год.

**Клинико-инструментальные исследования. Антропометрические измерения.** Для антропометрической характеристики были измерены рост, вес, окружность талии (ОТ), а также расчет индекса массы тела (ИМТ). ИМТ рассчитывался по формуле:  $ИМТ = м/р^2$ , где м - масса тела человека (кг), р - рост (м). Для оценки абдоминального ожирения использовали критерии АТР III (окружность талия  $\geq 102$  см для мужчин и  $\geq 88$  см для женщин) и Международной федерации диабета (окружность талия  $\geq 94$  см для мужчин и  $\geq 80$  см для женщин) [2].

Измерение АД проводилось с точностью до 2 мм рт.ст. двукратно с интервалом 5 минут в сидячем положении в покое. Для анализа использовали среднюю величину из двух измерений. За АГ принимали уровень АД  $\geq 140/90$  мм рт.ст., и/или когда больной получает антигипертензивную терапию; 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 [4].

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

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

**Концентрацию глюкозы** (ммоль/л) в плазме венозной крови исследовали глюкозооксидазным методом на биохимический анализатор “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 [2, 4].

**Статистический анализ.** Ввод данных в региональном исследовательском центре

производился в системе ACCESS MS OFFICE. Редактирование и статистический анализ осуществлялся программой 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: с-квадрат, t-тест Стьюдента (двухвыборочный) и критерий Фишера (F-тест) дисперсионного анализа.

**Результаты исследования и их обсуждение. Социально-демографическая характеристика когорты мужчин и женщин с ИБС.** Согласно полученным результатам большинство мужчин и женщин с ИБС оказались в возрастном диапазоне 50-59 лет. Анализ семейного положения когорты пациентов с ИБС показал, что 84% мужчин и 86% женщин состоят в браке, тогда как число разведенных и не женатых составляет не более 10%. Среди женщин с ИБС вдовцы оказались в два раза чаще по сравнению с мужчинами. Каждый второй пациент с ИБС имеет среднее или неоконченное среднее образование, тогда как о наличии высшего образования заявили не более 20% мужчин и женщин с ИБС. Анализ статуса работы когорты пациентов с ИБС продемонстрировал, что 65% мужчин не работают, из них 42% находится в возрасте до 60 лет. 23% работающих мужчин с ИБС находится в возрасте старше 60 лет. 81% женщин с ИБС, включенных в исследование, не работают, при этом каждая вторая женщина находится в возрасте меньше 55 лет. Каждая пятая работающая женщина с ИБС имеет возраст старше 55 лет.

**Характеристика поведенческих факторов у лиц с ИБС.** С целью выявления особенностей поведенческих факторов и нарушений мы изучали: статус курения, злоупотребление алкоголем, нарушение питания и физическую активность среди мужчин и женщин, страдающих ИБС.

**Статус курения.** По данным опроса не одна из женщин с ИБС не курит и не употребляет алкоголь в настоящее время и в прошлом, что связано религиозно-этническими традициями региона. Среди мужчин с ИБС в момент осмотра каждый четвертый (24,3%, n=73) курит. Эти данные сопоставимы с результатами международного исследования АТР (в число когорты вошли и российские пациенты), но более выражено по сравнению с российским исследованием РЕЛИФ (15%) [6, 7]. С возрастом частота курения изменяется. Так, если в возрасте 40-49 лет 44% мужчин с ИБС курят, то в возрасте 50-59 лет частота курильщиков уменьшается вдвое, а в возрасте 60-69 лет курят только 13% мужчин с ИБС.

**Злоупотребляют алкоголем.** Согласно результатам анкетирования 36 из 300 (12%) злоупотребляют алкоголем, тогда как 88% либо употребляет алкоголь в невысоких дозах или не употребляет вовсе, что в два раза меньше по сравнению с аналогичными средне-российскими показателями (25%). В отличие от курения нет связи между частотой употребления алкоголя и возрастом. Так, в различных возрастных диапазонах частота злоупотребления алкоголем примерно одинаковая и составляет 11% в возрасте 40-49 лет, 11,6% в возрасте 50-59 лет и 13,2% в возрасте 60-69 лет.

**Нарушение питания.** Согласно результатам анкетирования 29,8% и 25,8% пациентов с ИБС имели легкое и выраженное нарушение питания, тогда как среднее нарушение питания встречалось достоверно часто - в 44,3% случаев ( $p < 0,001$ ). Среди мужчин преобладало умеренное нарушение питания, второе место по частоте занимает легкое нарушение и каждый пятый мужчина имеет выраженное нарушение питания. Женщины с ИБС имеют одинаковую частоту нарушений питания. По сравнению с мужчинами женщины достоверно чаще имеют выраженные нарушения питания (39,9% и 11,6%, соответственно,

$p < 0,01$ )

**Физическая активность.** В анализируемой когорте пациентов с ИБС каждый второй (53%) вел малоподвижный образ жизни. Среди женщин 63% ( $n=145$  из 230) ведут малоподвижный образ жизни, что достоверно чаще по сравнению ( $p < 0,05$ ) с мужчинами (46,3%,  $n=139$  из 300), страдающих ИБС. Нами также был проведен анализ образа жизни в различных возрастных диапазонах, как среди мужчин, так и среди женщин. В двух возрастных группах 40-49 лет и 50-59 лет женщины достоверно чаще вели малоподвижный образ жизни, тогда как в старшей возрастной группе частота малоподвижного образа жизни между мужчинами и женщинами не различалась (78% и 64,7%, соответственно). Известно, что у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, ИБС встречается в 1.5-2.4 раза чаще, чем у физических активных [2].

**Антропометрические отклонения у больных с ИБС.** Одним из важных метаболических факторов риска ССЗ является ожирение, в частности абдоминальное ожирение. Это послужило основанием для детального анализа антропометрических показателей и их отклонений.

Анализ средних показателей ИМТ показал, что среди женщин его значение достоверно больше ( $p < 0,01$ ) по сравнению с мужчинами:  $29,7 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup> и  $28,2 \pm 0,3$  кг/м<sup>2</sup>, соответственно.

Каждый второй мужчина с ИБС (54%) имел избыточную массу тела, тогда как ожирение 1 степени выявлено только у 29% пациентов. Другие степени ожирения отмечались менее чем в 3% случаев. Нормальную массу тела имели 15% пациентов с ИБС. В целом среди женщин с ИБС отмечалось несколько другая тенденция. Так, ожирение 1 степени и избыточная масса тела встречались с одинаковой частотой: 35% и 38%, соответственно. Нормальная масса тела была зарегистрирована у 13% женщин с ИБС.

Необходимо подчеркнуть, что среди женщин ожирение 2 степени встречалось в несколько раз чаще по сравнению с мужчинами (12% и 1%, соответственно), тогда как избыточная масса тела достоверно чаще встречалась среди мужчин.

Анализ встречаемости абдоминального ожирения среди мужчин с ИБС продемонстрировал, что по определению Международной федерации диабета абдоминальное ожирение (ОТ > 94 см) выявилось у 139 чел (46%), тогда как при применении критерий NCEP АТР III (ОТ > 102 см) абдоминальное ожирение выявилось почти в два раза меньше - 75 чел (25%,  $p < 0,001$ ). А среди женщин с ИБС по определению Международной федерации диабета абдоминальное ожирение (ОТ > 80 см) выявилось у 167 чел (72,6%), тогда как при применении критерий NCEP АТР III (ОТ > 88 см) абдоминальное ожирение выявилось на четверть меньше - 122 чел (53%). В целом по обоим международным критериям абдоминальное ожирение среди женщин встречается в два раза чаще по сравнению с мужчинами, что носит статистически значимый характер.

**Артериальная гипертензия и оценка адекватности ее коррекции.** АГ 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 часто встречаемым фактором риска – 82% случаев [6]. Результаты исследования Euroaspire III также свидетельствуют, что на момент интервью у 85,4% пациентов с ИБС выявлена АГ [8]. 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 продемонстрировал, 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 в режиме от случая к случаю, причем частота такого режима приема препаратов среди мужчин (61,9%) и женщин (56,5%) 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) [7, 9]. Однако в отличие от этих исследований второе место по частоте назначения занимают антагонисты кальция (67% у мужчин и 79% женщин с ИБС и АГ). Возможно, это связано тем фактом, что антагонисты кальция обладают еще антиангинальным эффектом, что очень важно для пациентов, имеющие 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 высокой стоимостью препаратов этого класса. Однако, в аналогичной ситуации пациенты, включенные в исследование РЕЛИФ (другие регионы России), сартаны получают в 6,5% случаев [6-8].

Мы также анализировали частоту применения моно- и комбинированной антигипертензивной терапии. 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 пациент принимает два антигипертензивного 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 одновременное 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. Эти данные сопоставимы, даже несколько превышают аналогичные показатели, полученные в ходе исследования EUROASPIRE III [8].

**Нарушение липидного обмена и ИБС.** Роль гиперхолестеринемии в развитии сердечно-сосудистых осложнений у лиц с ИБС не вызывает сомнения. Наглядным примером этому могут служить результаты международного исследования INTERHEART, так как дислипидемия оказалась самым значимым среди 9 факторов риска у лиц с ост-

рым коронарным синдромом [10]. С целью оценки нарушения липидного обмена были анализированы 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, а 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 исследовании РЕЛИФ гиперхолестеринемия отмечалась более чем в 60%. При этом у 13,8% больных ИБС показатели общего ХС находились в пределах 6,6-7,8 ммоль/л, а у 4,2% были выше 7,8 ммоль/л [6, 7].

В анализируемой когорте пациентов с ИБС пациенты получали липидснижающую терапию, в частности статины, до 25% случаев. Мужчины (11,3%) по сравнению с женщинами (22,2%) в два раза меньше принимают статинотерапию. 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 [8].

Только 10% женщин, получавших статинотерапию, или 2,3% от общего числа, достигли целевого уровня общего ХС, тогда как 5,9% мужчин, принимавших 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 может быть следующие причины: стоимость терапии, отсутствие влияния на состояние на текущий момент и побочные эффекты (повышение печеночных ферментов).

Более того, анализ медицинской документации продемонстрировал, что концентрация триглицеридов была определена только у 1,3% мужчин и 20,9% женщин. Аналогичная картина отмечается и по уровню ХС ЛВП. Так, концентрация антиатерогенных частиц была определена у 0,7% мужчин и 16,9%. Очевидно, что как пациенты, так и врачи нуждаются в дополнительных образовательных программах по коррекции нарушений липидного обмена.

**Оценка гипергликемии среди 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 [11].

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 [6, 8, 9]. 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.

Среди пациентов с установленным сахарным диабетом 2 типа до 90% случаев принимают сульфонильмочевину в виде монотерапии. Монотерапию с применением метформина получают не более 5% пациентов. В среднем 15% пациентов получают сочетанную терапию с применением сульфонильмочевины и инсулина.

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 на момент установления диагноза не получали диетотерапию, и сахароснижающее лечение.

**Качество жизни пациентов с ИБС.** Для оценки качества жизни пациентов с ИБС стенокардией напряжения использованы 6 показателей, включая оценка качества передвижения в пространстве, качество самообслуживания, качество повседневной активности, оценка боли и дискомфорта, анализ тревоги и депрессии и динамика состояния здоровья.

В целом, большинство пациентов с ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III ст в качестве передвижения в пространстве не отметили каких либо проблем. У каждого третьего пациента отмечается некоторые проблемы с передвижением в пространстве, тогда как к кровати прикованы 1,4% лиц с ИБС. Эта тенденция, в целом, отмечается как среди мужчин, так и среди женщин. Однако среди женщин с ИБС некоторые проблемы с передвижением встречается достоверно чаще, по сравнению с мужчинами (таблица 1).

Вторым показателем качества жизни является качество самообслуживания пациентов с ИБС. Более чем 80% пациентов с ИБС отметили, что не имеют проблем с самообслуживанием. У 15,7% пациентов с ИБС отмечается некоторые трудности при мытье и одевание, и только 2% обследованных пациентов отмечают, что нуждаются в посторонней помощи. Между мужчинами и женщинами с ИБС не выявляется статистически выраженная разница в качестве самообслуживания.

Каждый второй пациент с ИБС не отмечают проблем с выполнением повседневных дел. В отличие от первых двух пунктов, характеризующие качество жизни, около 40% пациентов с ИБС отмечают проблем с выполнением повседневных дел и 4,5% вовсе затрудняются в выполнении повседневных дел.

В отличие от женщин каждый второй мужчина среднего возраста с ИБС статистически значимо не отмечают проблем с выполнением повседневных проблем. Между мужчинами и женщинами с ИБС не выявлены достоверные различия по качеству повседневной активности.

Одним из важных пунктов качества жизни пациентов с ИБС является оценка боли и дискомфорта, поскольку известно, что именно эти показатели являются основными симптомами анализируемой нозологии. По данным анкетирования больше половины пациентов с ИБС отмечают небольшую боль или дискомфорт, что носит достоверный характер. Наряду с этим каждый третий пациент с ИБС не чувствует боли и дискомфорта, и всего лишь 4% отметили о наличие выраженного чувства боли и дискомфорта.

Анализ гендерных особенностей оценки боли и дискомфорта продемонстрировал, что среди женщин с ИБС доля лиц с небольшой и сильной болью (дискомфортом) встречается достоверно чаще по сравнению с мужчинами.

О наличии выраженной тревоги и депрессии заявили только 2,4% пациентов с ИБС. Каждый второй пациент с ИБС отметил, что в момент обследования имеется небольшая тревога и депрессия. И около 40% обследованных лиц отмечают об отсутствие чувства



тревоги и депрессии в каждодневной жизни. Большинство женщин отмечают небольшую тревогу и депрессию, только каждая третья обследованная женщина не жалуется на наличие чувства тревоги и депрессии. Среди мужчин с ИБС картина иная. Так, доля мужчин с отсутствием и наличием небольшой депрессии сопоставима.

Опросник EQ-5D позволяет оценить динамику состояния здоровья [5, 12]. Каждый второй пациент с ИБС отмечает, что за последний год состояние здоровья ухудшилось. Примерно столько же пациентов заявляют об отсутствии динамики состояния здоровья, и только 7% лиц с ИБС заметили улучшения качества жизни. Анализ динамики самооценки качества жизни среди мужчин и женщин с ИБС показал сопоставимую картину.

**Заключение.** Таким образом, основными приоритетами вторичной профилактики ИБС в Ингушской Республики являются коррекция гиперхолестеринемии и артериальной гипертензии. Однако каждый четвертый пациент нуждается в комплексной терапии трех и более факторов риска, включая метаболические нарушения, такие как сахарный диабет и абдоминальное ожирение. Одним из главных задач лечения и реабилитации лиц с ИБС является улучшение качества жизни, поскольку у каждого второго обследованного пациента отмечаются ограничение в выполнении каждодневной работы, ограничение в передвижении и наличие дискомфорта, что ассоциируется с наличием тревоги/ депрессии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М.* Профилактическая кардиология (руководство для врачей). Москва: Из-во Медиа-77. 2007. 213 с.
2. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации (второй пересмотр). Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2008. 7 (6), приложение 4. С. 3-40.
3. Здоровоохранение в России. Официальное издание Федеральной службы государственной статистики (Росстат). Москва. 2009. 365 с.
4. 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. 1334-1381.
5. *Anderson R.T., Acquardo C., Alonso J. et al.* Quality of Life Research. 1992. 1. 349-51.
6. *Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б.* Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР – Angina Treatment Pattern). *Кардиология* 2003. 5. С. 6-10.
7. *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 с.
8. *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. Pp. 929-940.
9. *Белусов Ю.Б., Шляхто Е.В., Леонова М.В., Белусов Д.Ю., Быков А.В., Бекетов А.С.* Окончательные результаты фармакоэпидемиологического исследования больных артериальной гипертензией в РФ. *Артериальная гипертензия.* 2004. 10(4). С. 185-193.
10. *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. Pp. 937-952.
11. *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. 25(21). Pp. 1880-1890.
12. *Brorsson B., Bernstein S.J., Brook R.H., Werko L.* Quality of life of chronic stable angina patients

4 years after coronary angioplasty or coronary artery bypass surgery // J. Intern Med. 2001. 249. Pp. 47-57.

### ABSTRACT

The purpose of the study is to identify behavioral, major cardiovascular risk factors, assess the adequacy of their treatment, and determine the quality of life of patients in three republics of the North Caucasus Federal District (Ingushetia, Kabardino-Balkaria and North Ossetia-Alania). Thus, the main priorities of secondary prevention are adequate correction of hypercholesterolemia and arterial hypertension. However, every fourth patient needs a combination of 3-4 risk factors, including hypercholesterolemia, arterial hypertension, and / or diabetes, and / or tobacco control, and / or alcohol enhancement.

**Keywords:** cardiovascular diseases, coronary heart disease, risk factors, arterial hypertension, prevention, the North Caucasus region.

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kabardino-Balkarian State University named after H.M. Berbekov", Nalchik; <sup>2</sup>National Research Center for Preventive Medicine, Moscow; <sup>3</sup>Ingush State University, Magas; <sup>4</sup>North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz

© А.М. Инарокова<sup>1</sup>,  
Р.Х. Кешоков<sup>1</sup>,  
М.Н. Мамедов<sup>2</sup>,  
Р.Т. Дидигова<sup>3</sup>,  
З.О. Угурчиева<sup>3</sup>,  
З.Т. Астахова<sup>4</sup>, 2019

### АННОТАЦИЯ

**Цель исследования** выявление поведенческих, основных сердечно-сосудистых факторов риска, оценка адекватности их лечения, а также определение качества жизни пациентов с ИБС в трех республиках Северо-Кавказского федерального округа (Ингушетия, Кабардино-Балкария и Северная Осетия-Алания.) Таким образом, основными приоритетами вторичной профилактики ИБС являются адекватная коррекция гиперхолестеринемии и артериальной гипертензии. Однако каждый четвертый пациент нуждается в комплексной терапии 3-4 факторов риска, включая гиперхолестеринемия, артериальную гипертензию, и/или сахарный диабет и/или борьбу с табакокурением и/или злоупотребление алкоголя.

**Ключевые слова:** сердечно - сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, факторы риска, артериальная гипертензия, профилактика, Северо - Кавказский регион.

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО "Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова", Нальчик; <sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение "Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва; <sup>3</sup>Ингушский государственный университет, Магас; <sup>4</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Осетинская государственная медицинская академия" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Владикавказ

© А.М. Инарокова<sup>1</sup>,  
Р.Х. Кешоков<sup>1</sup>,  
М.Н. Мамедов<sup>2</sup>,  
Р.Т. Дидигова<sup>3</sup>,  
З.О. Угурчиева<sup>3</sup>,  
З.Т. Астахова<sup>4</sup>, 2019