

Воплощение идеи вторичной профилактики коронарной болезни сердца в реальной практике

Д.М. Аронов, О.Ю. Соколова, Л.А. Гутковская

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава. Москва, Россия

Implementing principles of coronary heart disease secondary prevention into real-world clinical practice

D.M. Aronov, O.Yu. Sokolova, L.A. Gutkovskaya

State Research Center for Preventive Medicine, State Federal Agency for Health and Social Development. Moscow, Russia

Статья посвящена обзору по проблеме отношения практических врачей к выполнению программ вторичной профилактики коронарной болезни сердца. На примере крупных клинических трайлов показано, что в большинстве стран происходят позитивные изменения в выполнении мер по вторичной профилактике. В работах о выполнении программ вторичной профилактики в России имеет место несоответствие практики мировым стандартам. В частности, российские врачи используют низкие дозы препаратов стратегического назначения, редко (17%) рекомендуют пациентам гиполипидемическую терапию.

Ключевые слова: вторичная профилактика, коронарная болезнь сердца, медикаментозные средства, немедикаментозные методы, методические рекомендации.

The article is focused on practitioners' attitude towards clinical implementation of coronary heart disease secondary prevention programs. Using large-scale clinical trials' results, it is demonstrated that in most countries, secondary prevention measures are gradually improving. Russian secondary prevention programs are characterized by a substantial divide between clinical practice and international standards. In particular, Russian physicians use low doses of strategically important agents, and rarely recommend lipid-lowering therapy to their patients (17%).

Key words: Secondary prevention, coronary heart disease, pharmaceutical agents, non-pharmaceutical methods, methodical recommendations.

Общеизвестно, что в большинстве западных стран в последние десятилетия удалось добиться впечатляющего снижения смертности от коронарной болезни сердца (КБС) и прочих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [60]. Во многом эти успехи обусловлены не столько достижениями в разработке новых, в т.ч. высокотехнологичных, методов лечения, сколько внедрением комплексных программ первичной и вторичной профилактики. Основным инструментом реализации этих программ в странах Запада стали разрабатываемые профессиональными сообществами на основании принципов доказательной медицины практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тех или иных состояний.

В одном из общепризнанных документов, посвященных стабильным формам КБС, — рекоменда-

циях по лечению стабильной стенокардии American Heart Association/American College of Cardiology (АНА/АСС) [32,33] заявлено, что лечение КБС преследует две основные цели:

— предотвращение инфарктов миокарда (ИМ) и смерти больных и, таким образом, увеличение продолжительности жизни, т.е. собственно вторичная профилактика, и

— ликвидацию симптомов заболевания и, соответственно, улучшение качества жизни (КЖ), т.е., в традиционном понимании, симптоматическая терапия.

Приоритетным является первое направление. Это означает, что при наличии двух альтернативных вмешательств, каждое из которых считается достаточно эффективным в отношении ликвидации сте-

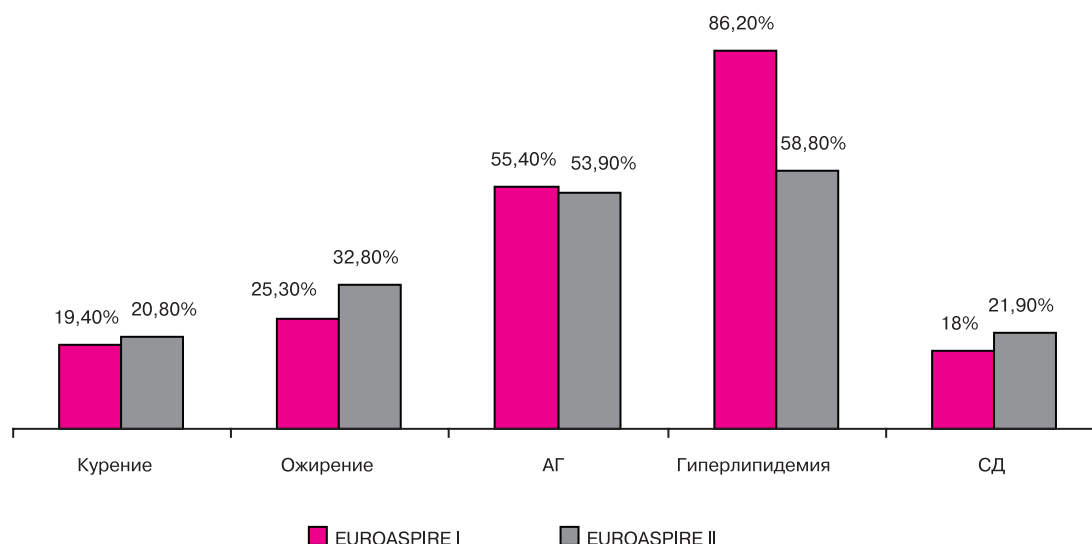


Рис. 1. Распространенность основных ФР у больных КБС по данным исследования EUROASPIRE I и II.

нокардии как симптома, в первую очередь следует выбрать то, которое с большей вероятностью даст выигрыш в отношении выживаемости. Классический пример: больной со стенозом основного ствола левой коронарной артерии (КА) должен быть прооперирован (класс I, уровень доказанности А), даже если стенокардия удовлетворительно контролируется медикаментозно [32,33].

Несмотря на достигнутые успехи, уровни заболеваемости [66] и смертности больных КБС [33,65,75], а также размеры создаваемого этим заболеванием экономического бремени [33,62], остаются неприемлемо высокими. Это обусловило в странах Запада значительную распространенность исследований для изучения качества оказания медицинской помощи. При этом наиболее часто критериями адекватности лечения служат соответствие его принятым рекомендациям и частота использования вмешательств с доказанным положительным влиянием на прогноз.

В целом приверженность врачей рекомендациям в области кардиологии достаточно высока и составляет в среднем 63,6% [39], что превышает соответствующие показатели для всех прочих областей медицины. Тем не менее, результаты многочисленных работ, направленных на изучение реальной практики лечения больных КБС во всем мире, показывают, что она далека от идеала.

EUROASPIRE I и другие исследования фармакотерапии 80-х – первой половины 90-х гг. Классическим примером изучения качества лечения больных КБС является программа EUROASPIRE I (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events I) [23,25], прошедшая в 1995-1996 гг в 9 европейских странах (Чехия, Финляндия, Франция, Германия, Венгрия, Италия, Нидерланды, Словения и Испания). В каждой из стран были включены по 400 пациентов с подтвержденной

КБС: перенесших ИМ, эпизод нестабильной стенокардии (НС), операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ) или баллонную ангиопластику. Учитывались демографические показатели, продолжительность коронарного анамнеза, наличие семейной предрасположенности к КБС, сахарного диабета (СД), проводимая терапия, курение (путем определения концентрации СО в выдыхаемом воздухе), индекс массы тела (ИМТ), величина артериального давления (АД) и липидный профиль (ЛП) крови. Таким образом, в отличие от многих других исследований, оценивалась и фактическая эффективность назначенного лечения. В результате была выявлена значительная распространенность коронарных факторов риска (ФР), в т.ч. модифицируемых, и, соответственно, большой потенциал для вторичной профилактики (рисунок 1). Анализ проводимой терапии (рисунок 2) показал наличие значительных резервов для назначения препаратов профилактического действия, в особенности β-адреноблокаторов (БАБ), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и статинов. Эффективность терапии была достаточно низкой: из всех получавших антигипертензивную терапию – какие-либо антигипертензивные препараты, не обязательно с целью снижения АД, принимали 84,1% пациентов, целевого уровня АД достигли лишь 43,8% больных. Аналогично целевые уровни липидов крови на фоне гиполипидемических препаратов у 32% больных были получены лишь в 20,9% случаев. При этом повторная обработка замороженных образцов плазмы, предпринятая впоследствии для адекватного сравнения результатов двух исследований EUROASPIRE, показала, что этот показатель был даже завышен.

В других исследованиях приблизительно того же времени также имела место недостаточная частота назначения препаратов профилактической

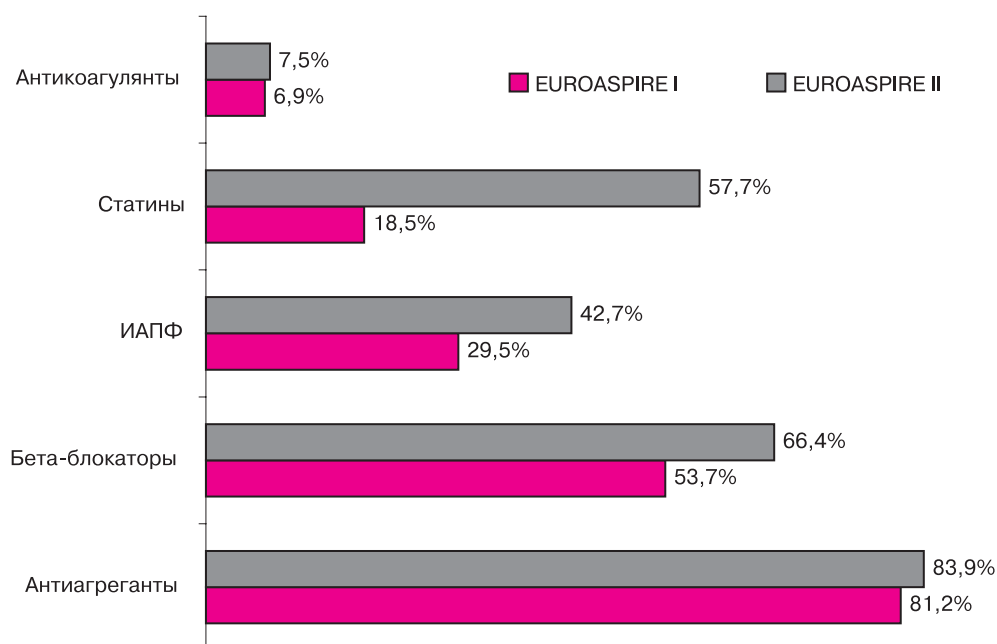


Рис. 2 Частота назначения больным КБС препаратов профилактического действия по данным исследований EUROASPIRE I и II.

направленности, зачастую в значительной степени. Частота назначения аспирина колебалась в пределах 60-70% во Франции (исследования EPPI — Etude de prescription postinfartus [10] и EPPI II [11]), Испании [14,53], США [7]. В исследовании EPPI II БАБ назначались постинфарктным больным в 67,4% случаев, при этом встречаются и более низкие цифры: 45% в Испании [14], 25% в Германии [41].

Проблема внедрения относительно новых препаратов. Закономерно, что исследования 1980-90гг выявляли низкую частоту назначения пациентам относительно новых для того времени классов препаратов — ИАПФ и статинов. По данным Второго национального регистра ИМ США [6], в 1994-96гг ИАПФ использовали у больных ИМ в 25% и 30,7% случаев, соответственно; несколько чаще (42,6%) при наличии признаков сердечной недостаточности (СН) или сниженной фракции выброса (ФВ). В Германии по результатам анализа, объединяющего два регистра REG-MI (Patients records of cardiac rehabilitation clinics) и KORA (Cooperative Health Research in the Region Augsburg), этот класс препаратов применяли у постинфарктных больных с признаками дисфункции левого желудочка (ЛЖ) в 62% (REG-MI) и 45% (KORA). При этом назначаемые дозировки были существенно ниже целевых: $40 \pm 4\%$ от целевой дозы для REG-MI и $23 \pm 3\%$ для KORA [28].

В 1995-1996гг в Миннесоте гиполипидемические препараты назначались только 37% больных КБС с гиперлипидемией (ГЛП), при этом в половине случаев на фоне лечения ЛП не контролировался [52]. Из тех же, кому этот анализ проводился, целевых уровней по действовавшим тогда рекомендациям NCEP-ATP II (National Cholesterol Education

Program Adult Treatment Panel II) достигли лишь 15%. Схожие результаты продемонстрированы в исследовании, проведенном в рамках Национальной программы контроля качества США [73]. Согласно анализу амбулаторных карт 48586 больных КБС, ЛП крови определяли ежегодно лишь у 44% пациентов, липид-снижающую терапию получали 39%, а целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) достигли только 25% больных. Несколько большая эффективность липид-снижающей терапии была показана в исследовании L-TAP (The Lipid Treatment Assessment Project) [63]: из 4888 больных, лечившихся гиполипидемическими препаратами под наблюдением врачей первичного звена, целевых уровней ЛНП достигли 38%. Однако в подгруппах с более высоким риском, а значит с достижением более низких целевых уровней ХС, процент достигших цели был ниже. Еще одна американская работа была посвящена непосредственно выполнению врачами рекомендаций NCEP-ATP II [31]. Анализ 225 историй болезни пациентов, госпитализированных в отделение коронарной патологии в 1996г, показал, что при наличии показаний к липид-снижающей терапии препарат не получали 36% больных в стационаре и 46% при выписке. Низкая распространенность гиполипидемической терапии отмечалась в Дании [8]: даже после успешного внедрения национальных рекомендаций и появления государственной дотации на эту группу лекарств, частота их назначения при КБС составляла только 8,1%, а по другим данным в подгруппе постинфарктных больных с ГЛП — 39% [50].

Впрочем, со временем отмечено появление благоприятной тенденции. Французские исследо-

ватели, например, наблюдали учащение применения липид-снижающих средств и ИАПФ у больных с постинфарктным кардиосклерозом [38].

Ведение групп высокого риска. При анализе качества оказания медицинской помощи нередко обнаруживают парадокс, когда в группах повышенного риска, где лечение должно дать максимальный эффект, оно проводится значительно менее агрессивно или совсем отсутствует. Это явление касается пожилых пациентов, больных с СН, сопутствующим СД, женщин и затрагивает практически весь спектр улучшающих прогноз технологий. Больные > 70 лет получали реперфузионную терапию при ИМ на 22% реже, чем более молодые пациенты [16]. В исследовании [13] пожилые пациенты, а также больные с сопутствующими артериальной гипертензией (АГ) и СН реже получали после АКШ аспирин и статины. Более редко назначали пожилым больным ИМ аспирин, БАБ, тромболитики и статины даже при отсутствии противопоказаний [77]. Только 27% пожилых больных КБС без противопоказаний назначали БАБ [56]. При СН на фоне КБС реже определяются уровни липидов крови (53% vs 69%) и реже назначаются липид-снижающие препараты (36% vs 52%), независимо от исходного уровня липидов [73,74]. При этом особенно низкой частота назначения лечения была у пожилых больных с СН, т.е. в самой уязвимой группе. Это касается и больных с острой недостаточностью кровообращения. Исходя из данных немецкого регистра MITRA (Maximal Individual Therapy in Acute myocardial infarction Study) [30], больным с повторными ИМ, клиническими признаками СН или кардиогенным шоком реже проводили реваскуляризацию в остром периоде, а при выписке реже назначали аспирин.

Больные СД при ИМ реже получали тромболитическую терапию (25% vs 43%), аспирин (76% vs 85%) и БАБ (41% vs 53%) [51]. В исследовании [61] также отмечается более низкая частота назначения БАБ больным ИМ при сопутствующем СД, а также при повторных ИМ. В Финляндии больным с острыми коронарными синдромами на фоне СД реже проводили коронароангиографию (32% vs 45%; $p < 0,05$), назначали антагонисты Ib/IIIa гликопротеиновых рецепторов и статины несмотря на то, что помимо СД у этих больных имели место и другие ФР — пожилой возраст, АГ, атеросклероз периферических артерий, депрессия сегмента ST на электрокардиограмме и повышение уровня тропонинов [79].

Сообщают о более низкой частоте назначения аспирина женщинам и лицам > 80 лет [71]. Женщинам и пожилым больным после ИМ также реже прописывали статины [50]. По результатам опроса по Интернет врачи общей практики и кардиологи склонны, несмотря на равный расчетный риск, относить женщин к категории более низкого риска, чем мужчин, и, соответственно, реже рекомендо-

вать им коррекцию образа жизни и профилактические медикаменты, в частности, аспирин [58].

Немедикаментозные методы борьбы с ФР. Ситуация с немедикаментозными методами воздействия на коронарные ФР выглядит более напряженной, чем проблема лекарственной терапии. Несмотря на то, что отказ от курения, гипополипидемическая диета и физические тренировки (ФТ) включены в рекомендации по лечению стабильной стенокардии АНА/АСС в качестве одного из компонентов базисной терапии [32], врачи достаточно редко дают больным соответствующие рекомендации и еще реже предоставляют им профессиональную помощь. 48% опрошенных врачей общей практики давали рекомендации по питанию только 5% своих пациентов, а 28% — только 10% [43]. Среди препятствующих им моментам наиболее часто назывались: отсутствие профессиональной подготовки в сфере диетологии, недостаток времени и отсутствие по мнению врачей соответствующей мотивации у больного. Показательны результаты телефонного опроса, проведенного в 1990г под эгидой Национального Института Сердца, Легких и Крови США и охватившего 1600 врачей и 4000 взрослых американцев [68]. В то время как > 90% врачей утверждали, что рекомендуют гипополипидемическую диету уже при уровне общего ХС 200-219 мг/дл, исходя из отзывов их потенциальных пациентов, ЛП определяли только у 65% из них, а диету рекомендовали только 9%. По данным другого, более позднего американского опроса, 75% семейных врачей были согласны с тем, что они должны регулярно пациентам рекомендовать соответствующее потребление жиров и холестерина, однако, только 50% были согласны с необходимостью давать разъяснения по поводу энергетической ценности рациона, потребления натрия и ФТ. Только 50% врачей были готовы направить своего пациента к диетологу [70]. Низкая готовность направить больного к специалисту с целью коррекции имеющихся ФР является общей проблемой и касается не только питания [36], но и курения [34,47,54], а также ФТ [15].

Если большинство курильщиков утверждает, что в случае решения об отказе от этой привычки рекомендация врача будет для них очень весомым аргументом [2], то врачи чаще убеждены [54] в низкой эффективности рекомендаций по отказу от курения. Не удивительно, что даже те врачи, которые рекомендуют своим пациентам бросить курить, нередко ограничиваются формальной устной рекомендацией. В относительно недавнем (2004г) исследовании врачи достаточно часто задавали больным вопрос о курении (65,4%) и рекомендовали бросить ответившим положительно (84%), но регулярно помогали лишь 17,6% опрошенных. При этом никотин-заместительную терапию назначали только 12,9% врачей, а бупропион — 10,7%; только 16,3% врачей давали больным письменные информацион-

ные пособия и лишь 14,7% направляли их к специалистам [34].

Аналогично, простой формальностью нередко остаются рекомендации по повышению физической активности (ФА). По данным опроса большинство австралийских врачей просто рекомендует своим пациентам больше ходить [15].

В целом по результатам европейского исследования REACT (Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment survey), терапевты не занимаются обсуждением ФР и необходимого изменения образа жизни в случаях недостатка времени, большого количества больных на приеме, а также, если у них возникает ощущение, что пациент их не слушает или не понимает. Вероятность проведения мероприятий по вторичной профилактике снижается при наличии сопутствующих заболеваний и психических расстройств. В то же время, несмотря на реальность проблемы занятости врачей, краткие рекомендации по изменению образа жизни в действительности отнимают не так уж много времени [44]. По данным исследования АСТ (The activity counseling trial), краткие рекомендации по профилактике гиподинамии, включавшие оценку уровня ФА в настоящее время, информацию о рекомендуемой степени активности и направления к специалисту по лечебной физкультуре, отнимали у терапевтов от 3-4 (46%) до 5-6 минут (83%), и 63% врачей заявили, что продолжительность приема практически не изменилась [1].

Более поздние исследования. Разумеется, с течением времени, ростом доказательной базы и информированности врачей степень внедрения современных рекомендаций повышается, и реальная практика приходит в большее соответствие с принципами доказательной медицины. В тех случаях, когда этот процесс активно поддерживается крупными, профессиональными сообществами или государством, были достигнуты значительные успехи. Проект ACC по внедрению в практику рекомендаций по лечению ИМ, обеспечил достоверное увеличение использования аспирина и ИАПФ, а также частоты рекомендаций по отказу от курения и гипопищевой диеты [55]. В ходе испанского образовательного проекта САМ для врачей, посвященного вторичной профилактике, направленного на повышение качества помощи постинфарктным больным, достоверно повысились частота скрининга в отношении основных ФР, назначения статинов при выписке с 68,6% до 81,4%, дачи рекомендаций по отказу от курения с 60,1% до 72,2% и ФТ с 58,3% до 67,4% [59].

Яркой иллюстрацией успешного участия государства в реализации задач профилактической кардиологии может служить программа по борьбе с курением, реализующаяся с 2002г в г. Нью-Йорк [29]. На момент ее запуска курили ~ 22% населения города. Программа включала: значительное повышение стоимости сигарет за счет роста налогообложения;

объявление всех учреждений, включая бары и рестораны, зонами свободными от курения; рассылку всем практикующим врачам независимо от специализации соответствующих клинических рекомендаций; бесплатную программу никотин-заместительной терапии; информационную кампанию в СМИ. В результате за год число курильщиков уменьшилось на 11% ($p=0,0002$), и эта тенденция прослеживалась у обоих полов, во всех возрастных и этнических группах. Даже не бросившие курить ньюйоркцы сократили потребление сигарет, а число курящих > 10 сигарет в день снизилось на 22,5%. Попытки бросить курить предприняли > 50% курильщиков.

Улучшение качества медицинской помощи больным КБС, отмеченное в течение последнего десятилетия, не замедлило сказаться на прогнозе заболевания. По данным анализа трех немецких регистров ИМ: MITRA, MIR (Myocardial Infarction Registry) и ACOS (Acute Coronary Syndrome Registry), за период 1994-2001гг, увеличение частоты назначения БАБ (79,8% vs 49,4%), ИАПФ (65,3% vs 44,6%), статинов (66,7% vs < 10%), а также выполнение первичной ангиопластики (30,9% vs 8,8%) позволили снизить госпитальную смертность на 28% [35].

Однако, несмотря на значительные позитивные результаты, полученные в современных работах стран Запада, остаются существенные резервы для улучшения качества помощи больным КБС. В первую очередь следует упомянуть исследование EUROASPIRE II, проведенное в 1999-2000гг на сходной популяции больных с использованием метода обследования, аналогичного EUROASPIRE I [23,24]. При сравнении результатов двух исследований оказалось, что распространенность ФР даже увеличилась (рисунок 1), в частности это касается курения особенно среди молодых больных и женщин, а также ожирения и СД. Распространенность АГ практически не изменилась; несмотря на рост числа больных, получающих антигипертензивные препараты с 84,1% до 85,6%, процент случаев достижения целевых уровней АД на фоне терапии остался практически неизменным — 43,8% и 45,4%. Что касается ГЛП, был достигнут настоящий прорыв: общее число больных с высоким содержанием ХС сократилось с 86,2% до 58,8%, и эта тенденция касалась всех уровней ГЛП. При этом частота достижения целевых значений ЛП выросла с 20,9% до 49,2% больных. Достигнуто это за счет широкого распространения гиполипидемических препаратов, в основном статинов, которые в исследовании EUROASPIRE II получали уже 62,9% пациентов. Положительная динамика отмечена в частоте назначения других лекарств профилактической направленности: применение БАБ выросло до 66,4%, ИАПФ — до 42,7%; частота назначения антиагрегантов оставалась достаточно высокой в обоих исследованиях — 81,2% и 83,9%.

В целом, при анализе результатов двух программ EUROASPIRE обращает на себя внимание сочетание относительно высоких уровней назначения медикаментов с целью профилактики и сохраняющейся широкой распространенности модифицируемых ФР, в особенности курения и ожирения. Отчасти увеличение частоты их распространения можно объяснить произошедшими социальными изменениями или связать с проблемой приверженности больных лечению, однако значительная часть ответственности лежит на врачах. Большая часть включенных в EUROASPIRE II пациентов с КБС не получало никакой профессиональной помощи в отношении изменения образа жизни [24]. Анализ применявшейся антигипертензивной терапии показал, что препараты нередко назначались в стартовых дозах, которые впоследствии не титровались; имелись резервы в отношении комбинирования препаратов. Несмотря на достигнутые успехи, остаются резервы для лечения ГЛП, т.к. более половины больных все еще не достигают целевых уровней, а 37,1% — вообще не получает никакой липид-снижающей терапии. Вероятно, решение этой проблемы кроется в более адекватном дозировании лекарственных средств: три наиболее популярных в Англии статина — симвастатин, правастатин и аторвастатин — назначаются в одной и той же средней дозе 20 мг/сут., что совершенно не соответствует их сравнительной эффективности [81].

Сходные или худшие результаты были получены в более мелких исследованиях. В Испании были проведены похожие на EUROASPIRE I и II программы PREVESE (Secondary prevention of myocardial infarction in Spain) и PREVESE II [20,21], также продемонстрировавшие положительную динамику охвата постинфарктных больных БАБ — с 33,5% до 45,1%, ИАПФ — с 32,5% до 46,4% и, особенно, липид-снижающими препаратами — с 6,7% до 30,5%. В отличие от общеевропейских данных, в Испании уменьшилось количество курящих — с 46,1% до 35,4%. В целом, аспирин или другие антиагреганты назначались 89% больных в Греции [64], 95% в Турции [22], 90% в Германии (регистр MITRA) [30], 80% в Австралии [13], 38% в США согласно регистрам NDTI (the National Disease Therapeutic Index) и NAMCS (The National Ambulatory Medical Care Survey) [72]. Здесь, правда, следует оговориться, что в США аспирин является безрецептурным препаратом и, соответственно, может не входить в списки назначений, представляемые страховым компаниям, так что последняя цифра, скорее всего, является заниженной [49]. Частота назначения БАБ в этих исследованиях колебалась от 36-40% [13,72] до 61-70,9% [4,64], ИАПФ — от 33% [64] до 41-42% [13,22], гиполипидемических препаратов — от 28% [64] до 64% [13]. В тех случаях, когда достижение целевых значений ЛП учитывалось, разброс значений составлял от 21% [64] до 40% и 61%, соответственно, у

мужчин и женщин из OHS (Oslo Health Study) 2000-2001гг [76].

В относительно более поздних работах, несмотря на общие благоприятные тенденции, достаточно часто встречается указание на снижение частоты назначения с целью профилактики препаратов с течением времени после исходного клинического ухудшения. Больным ИМ аспирин и БАБ назначались при выписке в > 90% случаев, ИАПФ — в 50%, гиполипидемические препараты — в 21% случаев. Через 24 месяца аспирин продолжали получать 88% больных, БАБ — 71%, ИАПФ — 43%. Число больных, лечившихся статинами, выросло недостоверно [57].

Факторы, влияющие на качество оказания медицинской помощи. В целом, принято считать, что качество лечения кардиологических больных, соответствие назначений принятым стандартам, выше у узких специалистов-кардиологов, чем у семейных врачей и терапевтов [49]. Участие кардиолога в ведении больных с СН (минимум два визита) достоверно снижало риск их смерти (ОР 0,62; ДИ 0,42-0,93; $p=0,02$), несмотря на более низкую исходную ФВ в этой группе [3]. Существуют аналогичные данные в отношении больных КБС без признаков СН [13,17,37,46]. Впечатляет влияние традиций конкретного лечебного учреждения: в 1995-1998гг во Франкфуртском университетском госпитале статины при КБС назначались в 34-40% случаев уже при первом визите, а в дальнейшем частота их применения возрастала до 63-79%, несмотря на то, что больных наблюдали только врачи общей практики [40]. Наряду с положительными существуют и отрицательные примеры. Недостаточное назначение БАБ четко ассоциируется с традициями той или иной больницы [61]. Разная частота назначения липид-снижающих препаратов больным КБС с СН существует в различных географических регионах [74].

Помимо влияния специализации лечащего врача и типа лечебного учреждения, в литературе описан ряд характеристик врача, ассоциирующихся с лучшей его приверженностью современным стандартам [5,9,12,18,19,26-28,42,45,48,66,67,69,78,80], перечисленных в таблице 1.

Реальная практика ведения больных КБС в России. В последнее время стали публиковать результаты российских исследований, посвященных качеству лечения больных КБС в реальной практике. Самое известное из них, АТР (Angina Treatment Pattern), было проведено под эгидой Европейского кардиологического общества в 17 регионах России с участием 1653 пациентов [82-85]. Исследование выявило широкую распространенность коронарных ФР: семейную предрасположенность — у 48,03% больных, АГ — у 81,67%, СД — 15,1%, избыточную МТ — у 74,7%, гиподинамию — у 54,8%. ГЛП наблюдали у 75% от тех пациентов, которым определяли ЛП, курить продолжали 21,2% боль-

Таблица 1

Факторы, ассоциирующиеся с лучшей приверженностью врача практическим рекомендациям

Лучшее знание	Лучшее отношение	Лучшее выполнение
Молодой возраст	Молодой возраст	Молодой возраст
Женский пол	Женский пол	Женский пол
Недавнее получение медицинского образования	Недавнее получение медицинского образования	Недавнее получение медицинского образования
Наличие сертификата специалиста	Большая длительность постдипломного образования	Большая длительность постдипломного образования
Окончание ординатуры	Работа в крупных городах	Работа со страховыми компаниями
Знакомство с оригинальным текстом рекомендаций	Небольшая рабочая нагрузка	Групповая практика
Отсутствие частной практики	Фиксированный заработок	Большая рабочая нагрузка
	Отсутствие частной практики	Работа в крупных городах
	Членство в профессиональных сообществах	Знакомство с оригинальным текстом рекомендаций
		Убежденность в эффективности рекомендуемого вмешательства

ных. Анализ проводимой терапии выявил ряд несоответствий мировым стандартам, хотя частота применения основных классов препаратов профилактической направленности вполне вписывалась в общемировую картину. Антиагреганты назначались достаточно часто — 89,84% больных, наиболее часто это был аспирин (87,11%); БАБ получали 67,94%, ИАПФ — 77,07% больных. В то же время гиполипидемическую терапию использовали лишь 17,12% пациентов, наиболее часто — статины (10,8%). В исследовании особую актуальность имела проблема недостаточных дозировок: в 52% случаев дозы не достигали пороговых значений, а максимальные эффективные дозы принимали лишь 6,6% пациентов.

На популяцию больных стабильными формами КБС можно также отчасти экстраполировать данные Российского регистра острых коронарных синдромов (ОКС) [86,87]. В исследовании участвовали 2806 человек, из которых 1394 с диагнозом ОКС без подъема сегмента ST, а 1412 — с подъемами сегмента ST или блокадой левой ножки пучка Гиса на исходной ЭКГ. В этом исследовании частота назначения основных профилактических препаратов

была несколько ниже: аспирин с ранних сроков заболевания принимали 73% больных без подъемов сегмента ST и 79% с его подъемами, несмотря на наличие противопоказаний лишь у 6% и 6,2% соответственно. Тиенопиридиновые антиагреганты применялись в единичных случаях. БАБ при ОКС без подъема сегмента ST назначали в 55,6%, а при наличии его подъемов — не более чем в 60% случаев. Гиполипидемические средства при выписке рекомендовали только 15% больных без подъемов сегмента ST и 12,3% пациентов с его подъемами — 20% и 21,1% соответственно, больных с диагностированной гиперлипидемией. ИАПФ в стационаре получали 68,1% больных ИМ.

Таким образом, несмотря на наличие эффективных технологий вторичной профилактики КБС, во всем мире существует проблема недостаточного их использования, хотя с течением времени ситуация постепенно улучшается. Аналогичных данных о реальной практике ведения больных КБС в России существенно меньше, тем не менее, она в целом соответствует общемировой за исключением значительного отставания в области гиполипидемической терапии.

Литература

- Albright CL, Cohen S, Gibbons L, et al. Incorporating physical activity advice into primary care: physician-delivered advice within the activity counseling trial. *Am J Prev Med* 2000; 18(3): 225-34.
- Anda R, Remington PL, Sienko DG, Davis RM. Are physicians advising smokers to quit? The patient's perspective. *JAMA* 1987; 257(14): 1916-9.
- Ansari M, Alexander M, Tutar A, et al. Cardiology participation improves outcomes in patients with new-onset heart failure in the outpatient setting. *JACC* 2003; 41(1): 62-8.
- Baberg HT, Yazar A, Brechmann T, et al. Health care quality: medication and prevention in patients with and without coronary heart disease. *Med Klin (Munich)* 2004; 99(1): 1-6.
- Balk SJ, Landesman LY, Spellmann M. Centers for disease control and prevention lead guidelines: do pediatricians know them? *J Pediatr* 1997; 131 (2): 325-7.
- Barron HV, Michaels AD, Maynard C, Every NR. Use of angiotensin-converting enzyme inhibitors at discharge in patients with acute myocardial infarction in the United States: data from the National Registry of Myocardial Infarction 2. *JACC* 1998; 32(2): 360-7.
- Becker RC, Burns M, Gore JM, et al. Early and pre-discharge aspirin administration among patients with acute myocardial infarction: current clinical practice and trends in the United States. *J Thromb Thrombolysis* 2000; 9(3): 207-15.
- Bjerrum L, Larsen J, Kragstrup J. Increased use of lipid-lowering agents after implementation of clinical guidelines in general practice. *Ugeskr Laeger* 2003; 165(2): 120-3.
- Black JS, Sefcik T, Kapoor W. Health promotion and disease prevention in the elderly. Comparison of house staff and attending physician attitudes and practices. *Arch Intern Med* 1990; 150(2): 389-93.
- Boissel JP, Nemoz C, Gillet J, et al. Drug prescription in myocardial postinfarction: results of the EPPI (etude de pre-

- scription postinfarctus). A French cooperative study. Arch Mal Coer Vaiss 1990; 83(12): 1777-82.
11. Boissel JP, Nemoz C, Leizorovicz A, Gillet J. Drug prescription evaluation in the postinfarction period; results of the EPPI II (Study of Postinfarct Prescription). A French cooperative study. Arch Mal Coeur Vaiss 1995; 88(9): 1261-6.
 12. Bradley KA, Curry SJ, Koepsell TD, Larson EB. Primary and secondary prevention of alcohol problems: U.S. internist attitudes and practices J Gen Intern Med 1995; 10(2): 67-72.
 13. Bradshaw PJ, Jamrozik K, Gilfillan I, Thompson PL. Preventing recurrent events long term after coronary artery bypass graft: sub-optimal use of medications in a population study. Am Heart J 2004; 147(6): 1047-53.
 14. Brotons C, Calvo F, Cascant P, et al. Is prophylactic treatment after myocardial infarction evidence-based? Fam Pract 1998; 15(5): 457-61.
 15. Bull FC, Schipper EC, Jamrozik K, Blanksby BA. How can and do Australian doctors promote physical activity? Prev Med 1997; 26(6): 866-73.
 16. Carrabba N, Barchielli A, Santoro GM, et al. Treatment and outcome in an unselected elderly population with acute myocardial infarction: 6-month follow-up results. Eur Heart J 2002; 4 (Abstr. Suppl.): 502.
 17. Chen J, Radford MJ, Wang Y, Krumholz HM. Care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction by physician specialty: the effects of comorbidity and functional limitations. Am J Med 2000; 108: 460-9.
 18. Cheng TL, Miller EB, Ottolini M, et al. Tuberculosis testing. Physician attitudes and practice. Arch Pediatr Adolesc Med 1996; 150(7): 682-5.
 19. Crain EF, Weiss KB, Fagan MJ. Pediatric asthma care in US emergency departments. Current practice in the context of the National Institutes of Health guidelines. Arch Pediatr Adolesc Med 1995; 149(8): 893-901.
 20. De Velasco JA, Cosin J, Lopez-Sendon JL, et al. La prevencion secundaria del infarto de miocardio en Espana: estudio PREVESE. Rev Esp Cardiol 1997; 50: 406-15.
 21. de Velasco JA, Cosin J, Lopez-Sendon JL, et al. Nuevos datos sobre la prevencion secundaria del infarto de miocardio en Espana. Resultados del estudio PREVESE II. Rev Esp Cardiol 2002; 55: 801-9.
 22. Ergin A, Abaci A, Sakalli A, et al. Pharmacological profile of survivors of acute myocardial infarction at Turkish academic hospitals. Int J Cardiol 1999; 68(3): 309-16.
 23. EUROASPIRE I and II Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. Lancet 2001; 357: 995-1001.
 24. EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. Eur Heart J 2001; 22: 554-72.
 25. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE: a European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease, principal results. Eur Heart J 1997; 18: 1569-82.
 26. Ferguson SC, Lieu TA. Blood lead testing by pediatricians: practice, attitudes, and demographics. Am J Public Health 1997; 87(8): 1349-51.
 27. Ferrier BM, Woodward CA, Cohen M, Williams AP. Clinical practice guidelines. New-to-practice family physicians' attitudes. Can Fam Physician 1996; 42: 463-8.
 28. Fischer M, Bassler A, Hengstenberg C, et al. ACE inhibition prescription in patients with myocardial infarct and ventricular dysfunction: inappropriate application of therapy standards in patient samples. Z Kardiol 2001; 90(2): 104-10.
 29. Frieden TR, Mostashari F, Kerker BD, et al. Adult Tobacco Use Levels After Intensive Tobacco Control Measures: New York City, 2002-2003. Am J Public Health 2005; 95(6): 1016-23.
 30. Frilling B, Schiele R, Gitt AK, et al. Maximal Individual Therapy in Acute Myocardial Infarction Study Group. Too little aspirin for secondary prevention after acute myocardial infarction in patients at high risk for cardiovascular events: Results from the MITRA study. Am Heart J 2004; 148(2): 306-11.
 31. Frolkis JP, Zyzanski SJ, Schwartz JM, Suhan PS. Physician non-compliance with the 1993 National Cholesterol Education Program (NCEP-ATP II) guidelines. Circulation 1998; 98(9): 851-5.
 32. Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, et al. ACC/AHA 2002 Guideline Update 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 (Committee to Update the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina). www.acc.org
 33. Gibbons RJ, Chatterjee K, Daley J, et al. ACC/AHA/ACP-ASIM 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. JACC 1999; 33: 2092-7.
 34. Gill JM, Diamond JJ, Leone FT, et al. Do physicians in Delaware follow national guidelines for tobacco counseling? Del Med J 2004; 76(8): 297-308.
 35. Gitt AK, Wienbergen H, Schiele R, et al. Improvement in acute treatment of myocardial infarction in clinical practice 1994-2001 resulted in a 28% reduction of hospital mortality. Eur Heart J 2002; 4 (Abstr. Suppl.): 401.
 36. Glanz K, Tziraki C, Albright CL, Fernandes J. Nutrition assessment and counseling practices: attitudes and interests of primary care physicians. J Gen Intern Med 1995; 10(2): 89-92.
 37. Go AS, Rao RK, Dauterman KW, Massie BM. A systematic review of the effects of physician specialty on the treatment of coronary heart disease and heart failure in the United States. Am J Med 2000; 108: 216-26.
 38. Graille V, Ferrieres J, Marques-Vidal P, et al. Long-term effects of prescription drugs in 174 patients treated for myocardial infarction, followed up from 4 to 5 years (the DEVENIR study). Arch Mal Coer Vaiss 1996; 89(1): 35-9.
 39. Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. Med Care 1994; 32: 202-13.
 40. Harder S, Mohr O, Klepzig H. Lipid-lowering treatment in coronary artery disease: a survey in an ambulatory outpatient clinic. Int J Clin Pharmacol Ther 2001; 39(12): 534-8.
 41. Harder S, Thurmann P, Thierolf C, Klepzig H. Prescription of cardiovascular drugs in outpatient care: a survey of outpatients in a German university hospital. Int J Clin Pharmacol Ther 1998; 36(4): 195-201.
 42. Hayward RSA. Clinical practice guidelines on trial. CMAJ 1997; 156: 1725-7.
 43. Hiddink GJ, Hautvast JG, van Woerkum CM, et al. Nutrition guidance by primary-care physicians: perceived barriers and low involvement. Eur J Clin Nutr 1995; 49(11): 842-51.
 44. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. Fam Pract 2002; 19(6): 596-604.
 45. Hyman DJ, Maibach EW, Flora JA, Fortmann SP. Cholesterol treatment practices of primary care physicians. Public Health Rep 1992; 107(4): 441-8.
 46. Jollis JG, DeLong ER, Peterson ED, et al. Outcome of acute myocardial infarction according to the specialty of the admitting physician. New Engl J Med 1996; 335: 1880-7.
 47. Kaplan CP, Perez-Stable EJ, et al. Smoking cessation counseling with young patients: the practices of family physicians and pediatricians. Arch Pediatr Adolesc Med 2004; 158(1): 83-90.
 48. Klabunde CN, O'Malley MS, Kaluzny AD. Physicians' reactions to change in recommendations for mammography screening. Am J Prev Med 1997; 13(6): 432-8.

49. Koelling TM, Eagle KA. Measuring the quality of outpatient cardiovascular care. *JACC* 2003; 41(1): 69-72.
50. Larsen J, Andersen M, Bjerrum L, et al. Insufficient use of lipid-lowering drugs and measurement of serum cholesterol among patients with a history of myocardial infarction. *J Cardiovasc Risk* 2003; 10(1): 61-4.
51. Lim LL, Tesfay GM, Heller RF. Management of patients with diabetes after heart attack: a population-based study of 1982 patients from a heart disease register. *Aust N Z J Med* 1998; 28(3): 334-42.
52. Majumdar SR, Gurwitz JH, Soumerai SB. Undertreatment of hyperlipidemia in the secondary prevention of coronary artery disease. *J Gen Intern Med* 1999; 14(12): 711-7.
53. Martinez M, Agusti A, Arnau JM, et al. Trends of prescribing patterns for the secondary prevention of myocardial infarction over a 13-year period. *Eur J Clin Pharmacol* 1998; 54(3): 203-8.
54. McIlvain HE, Crabtree BF, Gilbert C, et al. Current trends in tobacco prevention and cessation in Nebraska physicians' offices. *J Fam Pract* 1997; 44(2): 193-202.
55. Mehta RH, Montoye CK, Faul J, et al. American College of Cardiology Guidelines Applied in Practice Steering Committee. Enhancing quality of care for acute myocardial infarction: shifting the focus of improvement from key indicators to process of care and tool use; The American College of Cardiology Acute Myocardial Infarction Guidelines Applied in Practice Project in Michigan: Flint and Saginaw Expansion. *JACC* 2004; 43(12): 2166-73.
56. Mendelson G, Aronow WS. Underutilization of beta-blockers in older patients with prior myocardial infarction or coronary artery disease in an academic hospital-based geriatrics practice. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(11): 1360-1.
57. Mitra S, Findley K, Frohnapple D, Mehta JL. Trends in the long-term management of survivors of acute myocardial infarction by cardiologists in a government university-affiliated teaching hospital. *Clin Cardiol* 2002; 25(1): 16-8.
58. Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation* 2005; 111(4): 499-510.
59. Muniz GJ, Gomez DJJ, Santiago PMI, et al. Effect of a simple educational program for physicians on adherence to secondary prevention measures after discharge following acute coronary syndrome. The CAM Project. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(11): 1017-28.
60. National Center for Health Statistics. Report of final mortality statistics, 1995. Hyattsville, MD. Public Health Service; 1997. Monthly vital statistics report. Vol 45, no. 11.
61. Nicholis SJ, McElduff P, Dobson AJ, et al. Underuse of beta-blockers following myocardial infarction: tale of two cities. *Intern Med J* 2001; 31(7): 391-6.
62. Parker JO. Chronic Angina Pectoris: Inadequacies of Current Therapy. *Am J Geriatr Cardiol* 2004; 13(5): 261.
63. Pearson TA. The undertreatment of LDL-cholesterol: addressing the challenge. *Int J Cardiol* 2000; 74(Suppl 1): S23-8.
64. Rallidis LS, Zollindaki MG, Chatziioakomidis VK, et al. High prevalence and suboptimal treatment of risk factors in Greek coronary patients. *Acta Cardiol* 2001; 56(1): 7-15.
65. Report of Final Mortality Statistics 1995. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 1997. Advance data from Vital and Health Statistics, No. 11.
66. Rouleau JL, Talajic M, Sussex B, et al. Myocardial infarction patients in the 1990's—their risk factors, stratification and survival in Canada: the Canadian Assessment of Myocardial Infarction (CAMI) Study. *JACC* 1996; 27: 1119-27.
67. Schocken DD, Schocken DM. Florida's response to the Physician's National Cholesterol Education Program. *J Fla Med Assoc* 1992; 79(2): 112-6.
68. Schucker B, Wittes JT, Santanello NC, et al. Change in cholesterol awareness and action. Results from national physician and public surveys. *Arch Intern Med* 1991; 151(4): 666-73.
69. Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE. How important are clinician and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services? *J Fam Pract* 1997; 44(5): 451-61.
70. Soltesz KS, Price JH, Johnson LW, Tellijohann SK. Family physicians' views of the preventive services task force recommendations regarding nutritional counseling. *Arch Fam Med* 1995; 4(7): 589-93.
71. Stafford RS. Aspirin use is low among United States outpatients with coronary artery disease. *Circulation* 2000; 101(10): 1097-101.
72. Stafford RS, Radley DC. The underutilization of cardiac medications of proven benefit, 1990 to 2002. *JACC* 2003; 41(1): 56-61.
73. Sueta CA, Chowdhury M, Boccuzzi SJ, et al. Analysis of the degree of undertreatment of hyperlipidemia and congestive heart failure secondary to coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1999; 83(9): 1303-7.
74. Sueta CA, Massing MW, Chowdhury M, et al. Undertreatment of hyperlipidemia in patients with coronary artery disease and heart failure. *J Card Fail* 2003; 9(1): 36-41.
75. The American Heart Association. Biostatistical Fact Sheets. 1997; Dallas, TX: American Heart Association, 1-29.
76. Tonstad S, Rosvold EO, Furu K, Skurtveit S. Undertreatment and overtreatment with statins: the Oslo Health Study 2000-2001. *J Intern Med* 2004; 255(4): 494-502.
77. Tran CT, Laupacis A, Mamdani MM, Tu JV. Effect of age on the use of evidence-based therapies for acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2004; 148(5): 834-41.
78. Ujita K, Ohno K, Hashiguchi M, et al. Drug use evaluation of antidiabetic agents at a community hospital in Japan. *Yakugaku Zasshi* 2002; 122(7): 499-506.
79. Vikman S, Airaksinen JEK, Niemela K, FinACS group. Underuse of new treatment modalities in diabetics with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. *Eur Heart J* 2002; 4 (Abstr. Suppl.): 585.
80. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. III. Impact on patient care. *Arch Intern Med* 1993; 153(23): 2646-55.
81. Wright DJ, Grayson A, Jackson M, Dainty C. The reality of statin use in primary care! *Eur Heart J* 2002; 4 (Abstr. Suppl.): 20.
82. Лепяхин В.К., Фитилев С.Б., Титарова Ю.Ю. и др. Фармакотерапия стабильной стенокардии напряжения в Российской Федерации в 2001 г. Тезисы докладов. X Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 7-11 апреля 2003: 441.
83. Лепяхин В.К., Астахова А.В., Фитилев С.Б. и др. Фармакобезопасность основных сердечно-сосудистых препаратов при стабильной стенокардии в Российской Федерации. Тезисы докладов. X Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 7-11 апреля 2003: 440.
84. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Факторы риска в популяции больных стабильной стенокардией напряжения в Российской Федерации в 2001 г. Тезисы докладов. X Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 7-11 апреля 2003: 442.
85. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР — Angina Treatment Pattern). *Кардиология* 2003; 5: 9-15.
86. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме без подъемов сегментов ST. *Кардиология* 2003; 12: 23-36.
87. Явелов И.С., Грацианский Н.А. Российский регистр острых коронарных синдромов: лечение и исходы в стационаре при остром коронарном синдроме с подъемами сегмента ST. *Кардиология* 2004; 4: 4-13.

Поступила 13/02-2006

Принята к печати 17/05-2006