

## Структура факторов сердечно-сосудистого риска и качество мер их профилактики в первичном звене здравоохранения в России и в Европейских странах (по результатам исследования EURIKA)

Бойцов С.А. от коллектива исследователей в Российской Федерации\*  
ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины”  
Минздравсоцразвития России. Москва, Россия

**Введение.** Общеизвестно, что уровень распространения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности от них в Российской Федерации (РФ) очень высок. Отдельные аспекты контроля факторов сердечно-сосудистого риска (ССР) и практики работы врачей изучались в целом ряде исследований; практика первичной профилактики ССЗ изучена в меньшей степени. EURIKA (NCT00882336) – многоцентровое, международное, перекрестное исследование с участием 12 стран. На территории РФ для участия в этом исследовании были зарегистрированы 604 пациента в 26 лечебно-профилактических учреждениях.

**Материал и методы.** В исследование в произвольном порядке включали пациентов, пришедших на обычный прием к врачу. Популяция субъектов исследования была представлена пациентами > 50 лет с наличием, как минимум, одного дополнительного фактора риска (ФР) без предшествующих сердечно-сосудистых событий (ССС) или госпитализации в связи с ССС, которые регистрировались в структурах первичного звена здравоохранения или поликлиниках при стационарах.

**Результаты.** В российской выборке 81,5 % пациентов были < 5 лет (средний возраст 58,3±7,3). Доля женщин среди всех пациентов российской выборки составила 68,2 %. Средний индекс массы тела был равен 29,6±5,1 кг/м<sup>2</sup>, а средняя окружность талии – 96±14,0 см. Более половины пациентов (54,5 %) имели недостаточный уровень физической активности. Потребление алкоголя составило 1,8±3,9 ед./нед.; доля курильщиков – 25,5 %, а доля бывших курильщиков – 15,4 %. Средний уровень систолического артериального давления

(АД) – 136,5±17,5 мм рт.ст., а диастолического АД – 84,3±11 мм рт.ст.; артериальная гипертензия (АГ) имела место у 80,5 % российских пациентов. Распространенность гипертрофии левого желудочка составила 14,3 %, а микроальбуминурии лишь 0,7 %. Семейный анамнез ранних ССЗ был выявлен у 37,9 %, дислипидемия (ДЛП) – у 50,5 %, сахарный диабет – у 15,7 % от общей выборки. 85,4 % пациентов с АГ получали антигипертензивную терапию, при этом целевой уровень АД был достигнут лишь у 35,9 % пациентов. Только 49,8 % пациентов с ДЛП получали гиполипидемическую терапию, из них лишь у 24,3 % были достигнуты целевые уровни общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности.

**Заключение.** Фактическими главными субъектами профилактических мер являются женщины раннего пенсионного возраста, страдающие АГ, с низким и умеренным ССР по SCORE, и активно обращающиеся за медицинской помощью. Между тем в наибольшей степени подвержены рискам сердечно-сосудистых осложнений пациенты – мужчины > 40 лет трудоспособного возраста, имеющие другие особенности структуры ФР; они крайне редко активно обращаются за медицинской помощью и поэтому фактически не попадают в эту систему мер профилактики ССЗ.

**Ключевые слова:** факторы риска, профилактика, первичная медико-санитарная помощь, Российская Федерация, Европейские страны.

Поступила 19/12-2011

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2012; 11(1): 11-16

### Prevalence of cardiovascular risk factors and cardiovascular prevention quality in primary healthcare in Russia and European countries: EURIKA Study results

Boytsov S.A., on behalf of the Russian Federation Working Group\*  
State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia

**Background.** In the Russian Federation (RF), the prevalence of cardiovascular disease (CVD) and CVD mortality levels are very high. Selected aspects of cardiovascular risk factor (RF) control and preventive activity of healthcare professionals have been investigated in numerous studies; however, relatively little research has been done in the area of primary CVD prevention. The EURIKA Study (NCT00882336) is a multi-centre international cross-sectional study which involved 12 countries. In the RF, 604 patients were enrolled in the study at 26 clinical centres.

**Material and methods.** The participating patients were recruited during routine clinical visits. The study population included primary care and ambulatory patients aged over 50 years, with at least one additional RF, but without previously registered CVD events or CVD hospitalisations.

**Results.** In the Russian sample, the proportion of patients under 65 years was 81,5% (mean age 58,3±7,3 years). The proportion of women was 68,2%. Mean levels of body mass index and waist circumference

were, respectively, 29,6±5,1 kg/m<sup>2</sup> and 96±14,0 cm. More than a half of the patients (54,5%) reported low levels of physical activity. Weekly alcohol consumption was 1,8±3,9 drinks; 25,5% of the patients were current smokers, and 15,4% were ex-smokers. Mean levels of systolic and diastolic blood pressure (BP) were 136,5±17,5 and 84,3±11 mm Hg, respectively. The prevalence of arterial hypertension (AH) was 80,5%, left ventricular hypertrophy – 14,3%, and microalbuminuria – only 0,7%. Family history of premature CVD, dyslipidemia (DLP), or diabetes mellitus was reported by 37,9%, 50,5%, and 15,7%, respectively. Among AH patients, 85,4% received antihypertensive therapy, but only 35,9% achieved target BP levels. Only 49,8% of DLP patients received lipid-lowering therapy, with target levels of total cholesterol and low-density lipoprotein cholesterol achieved in 24,3%.

**Conclusion.** Currently, the main target group for cardiovascular prevention in the Russian Federation is represented by women of early

© Бойцов С.А., 2012

e-mail: prof-boytsov@mail.ru

[Бойцов С.А. – директор].

retirement age, with AH and low or moderate SCORE risk levels, who actively seek medical help. However, the highest risk of CVD events is observed in working-age men over 40 years, who rarely seek medical help and, therefore, are not covered by cardiovascular prevention measures.

Несмотря на отчетливые успехи в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в большинстве Европейских стран, в целом ситуацию взятой под контроль считать нельзя. Ежегодно в европейских странах от ССЗ умирает ~ 4,3 млн. человек [1]. В странах Средиземноморья на фоне существенного увеличения продолжительности жизни приведенный по возрасту уровень смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) остается весьма низким, однако абсолютное число смертей по причине этой патологии за счет лиц пожилого и старческого возрастов увеличивается [2]. В основном проблема смертности от ССЗ безусловно касается стран Восточной Европы и главным образом России и Украины, где уровень смертности очень высокий, а темп его снижения пока нельзя считать достаточным.

Большая часть успеха (в среднем ~ 55 %) в снижении смертности от ССЗ в целом ряде стран: Финляндии, Швеции, США, Новой Зеландии, Италии, а также Уэльсе и Шотландии, была обусловлена уменьшением числа ФР за счет мер, принимаемых на популяционном уровне. Однако вклад лечебных мероприятий, реализуемых главным образом на индивидуальном уровне в отношении лиц с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР), был весьма существенным, в среднем ~ 37 %, (8 % вклада были обусловлены неопределенными факторами) [3]. В связи с этим роль первичного звена здравоохранения, где главным образом реализуется механизм выявления ФР и их коррекция, чрезвычайно важна, и, соответственно, эффективность работы этого звена требует регулярной оценки.

Большая часть имеющейся информации о контроле ФР касается пациентов с доказанными ССЗ или пациентов с высоким ССР, в т.ч. среди больных сахарным диабетом (СД) [4]. При этом такие исследования как REACH (The Reduction of Atherothrombosis for Continued Health) registry или EUROASPIRE (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) показали высокую распространенность ФР (главным образом связанных с образом жизни) и явную недостаточность их контроля (причем при отсутствии отчетливой положительной динамики с 1995г) как среди амбулаторных пациентов, так и среди больных, госпитализированных по поводу атеротромботических осложнений [5-7]. Практически единственным международным исследованием, определяющим качество оценки и коррекции ФР ССЗ в первичном звене здравоохранения у пациентов с высоким риском ( $\geq 10$  % риск смерти от ССЗ или  $\geq 3$  ФР), было исследование ЕРА

**Key words:** Risk factors, prevention, primary healthcare, Russian Federation, European countries.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2012; 11(1):11-16

Cardio (European Practice Assessment of Cardiovascular risk management) [8]. На настоящий момент нет достаточной информации, каким образом в реальной клинической практике реализуются Европейские рекомендации по профилактике ССЗ [9], центральным элементом которых является оценка риска по системе SCORE.

В США > 10 лет тому назад было организовано исследование, которое показало, что основными причинами, препятствующими проведению врачами первичного звена полноценных профилактических мер, являются следующие: незнание факта существования рекомендаций, неумение ими пользоваться, несогласие с отдельными их положениями, отсутствие информации об эффективности предпринимаемых мер, а также ряд объективных обстоятельств, таких как дефицит времени, отсутствие экономической заинтересованности и т. д. [10].

С учетом этих обстоятельств было организовано исследование EURIKA (European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice) [11], призванное оценить состояние первичной профилактики ССЗ в 12 странах Европы: Австрии, Бельгии, Великобритании, Германии, Греции, Испании, Норвегии, Российской Федерации (РФ), Турции, Франции, Швеции, Швейцарии, различающихся по климатогеографическим условиям, уровню экономического развития и принципам организации медицинской помощи населению.

## Материал и методы

Исследование состояло из двух основных блоков. Первый блок предполагал изучение методом анкетирования характеристик деятельности 809 специалистов, занимающихся в своей ежедневной практике вопросами профилактики ССЗ. Второй блок предполагал у включенных в исследование этими специалистами 7641 пациентов > 50 лет без доказанных ССЗ: нестабильная и стабильная стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ), инсульт (МИ), госпитализации по поводу ССЗ, но имеющих, как минимум, 1 классический ФР, изучение структуры этих ФР, а также способов и качества их коррекции. Для этих целей помимо данных опроса и осмотра пациентов по единому протоколу в центральной лаборатории определялись уровни липидов плазмы крови, аполипопротеинов (апо), гликированного гемоглобина крови и провоспалительных маркеров. Пациентов обследовали в период с мая 2009г по январь 2010г.

Для участия в исследовании отбирались специалисты, работающие в структурах первичного звена здравоохранения (primary care centers, т. е. в кабинетах врачей общей практики, семейных врачей или поликлиниках независимых от стационаров) или в поликлиниках при стационарах. Отбор специалистов для участия в исследовании (за исключением России) осуществлялся через систему The OneKey

database ([http://www.cegedim.com/corporate/cegedim\\_eng/cegedimdendrite.htm](http://www.cegedim.com/corporate/cegedim_eng/cegedimdendrite.htm)). Отбор предполагал рандомизацию специалистов по полу, возрасту и специальности.

## Результаты

Из 94 отобранных в России специалистов 4,3 % оказались врачами общей практики (минимальное число среди всех участвовавших в исследовании врачей); 18,2 % составляли терапевты (internal medicine), а 39,8 % – кардиологи (самый высокий показатель среди всей врачебной выборки исследования), 3,2 % – эндокринологи-диабетологи и 2,2 % – врачи других специальностей. Учреждение первичного звена здравоохранения (primary care centers) являлось *основным* местом работы у 44,1 % российских врачей. В 92,5 % случаев прием осуществлялся в первичном звене городов (максимальное число во всей врачебной выборке).

Представленные данные, безусловно, отражают специфику организации первичного звена медицинской помощи, однако, скорее всего не в полной мере. В частности, в российской выборке врачей обращает на себя внимание очень большая доля кардиологов (39,8 %) среди всех специалистов, тогда как, согласно данным Росстата, общее соотношение терапевтов и кардиологов в РФ составляет 6,7:1, а доля больных, принимаемых кардиологами в поликлиниках, равна не более 3-4 % от общего числа всех посещений. Кроме того, в крупных и малых городах России проживает 62,5 %, тогда как в исследовании 92,5 % специалистов осуществляли прием именно в городах.

Включение в исследование пациентов без доказанных ССЗ осуществлялось при наличии у них хотя бы одного ФР, представленного в таблице 1.

Средний возраст российских пациентов составлял наименьшее количество лет среди всей выборки исследования (таблица 2).

В российской выборке 81,5 % пациентов были < 65 лет. Доля женщин среди всех пациентов российской выборки составила 68,2 %. Средний индекс массы тела (ИМТ) у российских пациентов был равен  $29,6 \pm 5,1$  кг/м<sup>2</sup>, а средняя окружность талии (ОТ) –  $96 \pm 14,0$  см. Средний уровень систолического артериального давления (САД) составил  $136,5 \pm 17,5$  мм рт.ст. По распространенности АГ Россия оказалась на 3 месте среди стран, участвовавших в исследовании EURIKA. Дислипидемия (ДЛП) имела место у половины включенных в исследование пациентов в российской выборке. СД был выявлен у 26,8 % пациентов – это самый низкий показатель в совокупной выборке исследования.

Семейный анамнез ранних ССЗ имел место в среднем у 37,9 % (максимальный показатель во всей выборке). Низкий и умеренный уровень физической активности (ФА) имели 12,6 % и 54,6 % российских пациентов, соответственно. Среднее потребление алкоголя составило  $1,8 \pm 3,9$  ед./нед. Начальное/первичное образование отсутствовало в РФ у минималь-

ного числа пациентов (1,5 %) среди всей популяции исследования. Одинокое проживание отмечено у 12,2 %. Высокий суммарный ССР по шкале SCORE был у 14,6 % российских пациентов.

Из дополнительных факторов ССР оценивалось соотношение концентраций апо В и апо А1 (АпоВ/АпоА1) и концентрация С-реактивного белка, определяемого высокоспецифичным методом (вЧСРБ). В среднем в российской выборке величина соотношения АпоВ/АпоА1 оказалась < 1 и составила  $0,77 \pm 0,22$ . Интересен тот факт, что средняя концентрация вЧСРБ у российских пациентов оказалась выше порогового значения 2 мг/л и составила  $4,52 \pm 7,77$ .

Поражение органов-мишеней АГ в исследовании оценивалось по факту наличия гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), определяемой с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) и электрокардиографии (ЭКГ), а также по факту микроальбуминурии (МАУ). В среднем во всей выборке ГЛЖ по данным ЭхоКГ определяли у 5,1 % пациентов, а по данным ЭКГ – у 4,1 %. При этом ГЛЖ обнаруживалась в РФ – по данным ЭхоКГ у 14,3 % пациентов, а по данным ЭКГ у 27,6 %. Обращает на себя внимание не только очень высокая частота диагностики ГЛЖ в сравнении с другими странами в российской выборке, но и более частое определение ГЛЖ с помощью менее чувствительного метода ЭКГ. В то же время МАУ у пациентов в РФ обнаруживали реже всех стран – только у 0,7 % пациентов, тогда как в среднем у 3,7 % пациентов.

Таким образом, для российской выборки пациентов в сравнении с выборками пациентами других стран было характерно:

- наименьший возраст;
- наибольшая доля женщин;
- близкая к максимальной доля больных АГ;
- наименьшая доля больных СД;
- наименьшая доля курящих;
- наибольшая частота выявления семейного анамнеза ранних ССЗ;
- наибольшая частота обнаружения ГЛЖ (по данным ЭхоКГ и ЭКГ);
- наименьшая частота выявления МАУ;
- наименьшая степень потребления алкоголя;
- наименьшая доля лиц с отсутствием начального/первичного образования;
- наименьшая доля лиц с высоким ССР по шкале SCORE.

Согласно результатам анкетирования 69,3 % врачей, участвовавших в исследовании, заявили, что они определяют у своих пациентов суммарный ССР (чаще это делают российские врачи – 95,7 %). О повторном определении ССР у своих пациентов в процессе лечения в российской выборке сообщили наименьшее число врачей (1,4 %). При этом 82,4 % врачей в РФ осознают, что системы стратификации риска имеют свои ограничения. В подав-

Факторы ССР, используемые для включения пациентов в исследование

ДЛП	ХС ЛНП $\geq 4,1$ ммоль/л (160 мг/дл) или ХС ЛВП $< 1,036$ ммоль/л (40 мг/дл) у мужчин, $< 1,30$ ммоль/л (50 мг/дл) у женщин или ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л (150 мг/дл) или гиполипидемическая терапия
АГ	САД $\geq 140$ мм рт.ст. или ДАД $\geq 90$ мм рт.ст. или АГТ
Курение	Курение в настоящее время или в прошлом (не менее 100 сигарет за всю жизнь)
СД	Глюкоза плазмы натощак $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл) или сахароснижающая терапия (инсулин или пероральные препараты)
Ожирение	ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> Или ОТ $\geq 102$ см у мужчин и $\geq 88$ см у женщин

Примечание: ХС ЛВП – холестерин липопротеидов высокой плотности, ТГ – триглицериды.

Социально-демографические и клинические характеристики российских пациентов в исследовании EURICA

	РФ, n=604	Общая выборка, n=7641
Возраст, среднее $\pm$ SD	58,3 $\pm$ 7	63,2 $\pm$ 9
Мужчины, %	31,8	48,4
Курильщики, %	40,6	48,4
Курильщики в настоящее время, %	25,2	21,3
Бывшие курильщики, %	15,4	27,1
АГ, %	80,5	72,7
ДЛП, %	50,5	57,7
СД 2 типа, %	15,7	26,8
Ожирение, %	56,6	43,5
Отсутствие ФА, %	12,6	19,8
Низкая ФА, %	54,6	50,2
Высокий риск ССЗ, %	14,6	33,5

ляющем большинстве случаев они полагают, что существующие системы стратификации недооценивают реальный ССР. Для контроля сердечно-сосудистых факторов 98,9 % врачей в России используют клинические рекомендации. Для определения величины ССР российские врачи использовали шкалу SCORE чаще своих коллег из других стран: в 87,6 % случаев по сравнению со средним показателем 52,4 % в общей выборке. Фремингемскую шкалу оценки риска применяли 15,8 % врачей из России (в среднем в общей выборке – 34,5 %).

В российской выборке 29,8 % врачей были удовлетворены качеством контроля факторов ССР. При этом 58,2 % российских врачей полагают, что их пациенты в достаточной степени осознают наличие у них факторов ССР (самый низкий показатель среди участвовавших в исследовании врачей).

Таким образом, для выборки врачей из РФ в сравнении с выборками врачей других стран, принимавших участие в исследовании, характерны:

- наиболее высокая частота определения суммарного ССР;
- наименьшая частота повторного определения суммарного ССР;

- высокая частота осознания ограничений систем стратификации суммарного ССР (82,4 %), главным образом за счет недооценки его реальной величины;
- наибольшая частота использования клинических рекомендаций для контроля сердечно-сосудистых ФР;
- наибольшая частота использования шкалы SCORE;
- наименьшая удовлетворенность качеством контроля факторов ССР;
- наименьшая степень уверенности в том, что пациенты в достаточной степени осознают наличие у них факторов ССР.

Согласно результатам настоящего исследования 85,4 % пациентов с АГ в российской выборке получали антигипертензивную терапию (АГТ) (в среднем в общей выборке – 94,2 %). При этом целевой уровень АД: САД  $< 140$  мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД)  $< 90$  мм рт.ст.) был достигнут чуть реже, чем в среднем в общей выборке – у 35,9 % и 38,8 % пациентов, соответственно.

Для лечения АГ врачи в РФ чаще использовали ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) – у 54,5 % пациентов (в среднем в общей



выборке частота применения ИАПФ составила 34,4 %). На втором месте по частоте назначения находились диуретики (Д) – 36,6 % (в среднем в общей выборке – 43,1 %). Третье место по частоте назначения заняли β-адреноблокаторы – 33,3 % (в среднем в общей выборке – 32,1 %). Наконец, на четвертом месте находились блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) – 15,4 % (в среднем в общей выборке – 38,2 %). Остальные группы препаратов использовались в 2,2 % случаев (в среднем в общей выборке – 7,5 %).

Согласно результатам исследования EURIKA только 49,8 % пациентов в выборке России получали медикаментозную терапию для лечения ДЛП и атеросклероза, что существенно реже, чем в среднем в общей выборке (74,4 %). При этом целевой уровень общего холестерина (ОХС) (<5 ммоль/л) был достигнут тоже значительно реже – в 27,6 % и 43,7 % случаев соответственно. Одновременное достижение двух целевых показателей – ОХС <5 ммоль/л, а ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) <3 ммоль/л, наблюдалось примерно с такой же частотой – в 24,3 % и 41,2 % случаев, соответственно.

Для лечения ДЛП и атеросклероза российские врачи чаще использовали аторвастатин – 20,2 % (в среднем в общей выборке – 19,1 %). Симвастатин и розувастатин применяли примерно с равной частотой – 11,8 % и 10,9 %, соответственно (в среднем в общей выборке 35,9 % и 7,3 %, соответственно). Остальные статины (правастатин, ловастатин, флувастатин) в российской выборке применялись у 1,5 % пациентов (в среднем в общей выборке – у 7,4 % пациентов). Фибраты и эзетимиб назначали российские врачи одинаково редко – в 1,2 % случаев (в среднем в общей выборке в 5 % и 3,4 % случаев, соответственно). Никотиновая кислота для лечения пациентов в РФ не назначалась вообще, в общей выборке тоже крайне редко – у 0,1 % пациентов. Наконец, комбинированная терапия ДЛП и атеросклероза в РФ использовалась у 2,8 % пациентов, а в общей выборке еще реже – у 1,5 % пациентов.

Российские врачи 97,7 % пациентам с ожирением давали рекомендации по изменению образа жизни или назначали медикаментозные средства для снижения МТ – в общей выборке в среднем 92,2 %. При этом снижения ИМТ <30 кг/м<sup>2</sup> удавалось добиться в 23,3 % случаев; в общей выборке в среднем 24,7 %. Уменьшения ОТ < 102/88 см удавалось добиться гораздо реже – только у 5,9 % пациентов; в общей выборке в среднем 6,8 %.

## Обсуждение

Таким образом, анализ показывает, что российская выборка в исследовании EURIKA была сформирована достаточно типичными посетителями городских поликлиник – женщинами раннего пенсионного возраста, пришедшими на прием к терапевту или кардиологу по поводу АГ, у которых ССР главным образом определялся

повышенным АД, семейным анамнезом ранних ССЗ и ГЛЖ. Очень высокая частота диагноза ГЛЖ среди российских пациентов по сравнению с другими странами может объясняться более высокой распространенностью АГ в выборке из РФ.

У абсолютного большинства российских пациентов (85,4 %) был низкий и умеренный ССР по SCORE, несмотря на то, что у 80,5 % пациентов имела место АГ, а у 50,5 % была диагностирована ДЛП.

С учетом представленной выше информации можно сделать вывод, что российские участковые терапевты и врачи-кардиологи поликлиник чаще своих коллег из других стран определяют суммарный ССР у пациентов, используя для этого главным образом шкалу SCORE, осознавая ограничения действующих систем стратификации в силу недооценки истинной величины риска с их помощью; при этом российские врачи, работающие в первичном звене системы здравоохранения, будучи менее своих зарубежных коллег удовлетворенными качеством контроля факторов ССР, крайне редко повторно определяют величину этого риска у своих пациентов для контроля эффективности лечения.

Кроме того российские врачи в отличие своих зарубежных коллег для лечения АГ существенно чаще использовали ИАПФ и реже БРА и несколько реже добивались достижения целевого уровня АД. В свою очередь для лечения ДЛП и атеросклероза российские врачи значительно реже своих зарубежных коллег назначали гиполипидемические препараты и соответственно реже добивались целевых уровней ОХС и ХС ЛНП. Пациентам из России в сравнении с общей выборкой пациентов существенно реже назначался симвастатин, тогда как остальные статины использовались примерно с одинаковой частотой. Российские врачи также реже назначали фибраты и эзетимиб.

В целом 55,4 % врачей из России, принимавших участие в данном исследовании, согласно результатам опроса удовлетворены существующей системой мер первичной профилактики ССЗ в стране (в общей врачебной выборке этот показатель составил в среднем 47,4 %). Среди основных причин неудовлетворенности системой первичной профилактики российские врачи, также как и их коллеги в общей врачебной выборке, в порядке убывания значимости расположили следующие причины: перегруженность врачей работой, недостаточность финансирования, отсутствие заинтересованности. Системой мер вторичной профилактики ССЗ в России удовлетворены 77,4 % опрошенных врачей (в среднем в общей врачебной выборке – 69,2 %). Среди причин неудовлетворенности системой вторичной профилактики врачи из РФ на первое место поставили перегруженность работой и недостаточность финансирования, а также среди причин часто называлось отсутствие заинтересованности (стимулов для врачей).

## Ограничения

Настоящее исследование имело ряд ограничений. Во-первых, популяция исследования представляла собой отобранную группу субъектов и не может быть экстраполирована на население в целом. В российской выборке преобладали женщины. Кроме того, получение информированного согласия пациента могло обусловить отбор более мотивированной популяции по сравнению с не пожелавшими участвовать в исследовании, приводя к положительному смещению. Та же систематическая ошибка применима и к участвующим врачам. Выборка пациентов и врачей была представлена жителями 3 крупных городов (Москвы, Санкт-Петербурга и Краснодара). Этими ограничениями могут объясняться некоторые неожиданные результаты: низкая распространенность СД, низкая степень курения и потребления алкоголя и достаточно хороший уровень контроля ДЛП.

## Выводы

В завершение необходимо отметить, что результаты исследования EURIKA действительно отражают то, как реально осуществляется в РФ первичная и вторичная профилактики ССЗ

## Литература

- Allender S, Scarborough P, Peto V, et al. European Cardiovascular Disease Statistics 2008. <http://www.ehnheart.org/content/SectionIntro.asp?level0=1457&docid=4345>
- Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castill n P, Villar Alvarez F, Banegas JR. Critical review and proposals for improvement of the health information systems on cardiovascular diseases in Spain. *Med Clin (Barc)* 2008; 131: 302-11.
- Chiara AD, Vanuzzo D. Does surveillance impact on cardiovascular prevention? *Eur Heart J* 2009; 30: 1027-9.
- Rodriguez-Artalejo F, Guallar E, Borghi C. Rationale and methods of the European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA). *BMC Public Health* 2010; 10: 382.
- Bhatt DL, Steg PG, Ohman EM, et al. REACH Registry Investigators: International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis. *JAMA* 2006; 295: 180-9.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. EUROASPIRE Study Group: EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16: 121-37.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. EUROASPIRE Study Group: Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009; 373: 929-40.
- Wensing M, Ludt S, Campbell S, et al. on behalf of the EPA Cardio Project Group: European Practice Assessment of Cardiovascular risk management (EPA Cardio): protocol of an international observational study in primary care. *Implement Sci* 2009; 4(1): 3.
- Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts): European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14 Suppl 2: S1-113.
- Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458-65.
- Rodriguez-Artalejo F, Guallar E, Borghi C. Rationale and methods of the European Study on Cardiovascular Risk Prevention and Management in Daily Practice (EURIKA) *BMC Public Health* 2010; 10: 382.

\*Коллектив исследователей в Российской Федерации (г. Москва: Фофанова Т.В., Середина Е.М., Плисюк А.Г. Басинкевич А.Б., Смирнова М.Д., Цыбульская Т.В., Жукова Н.В., Евдокимова А.Г., Терещенко О.И., Коваленко Е.В., Евдокимов В.В., Ложкина М.В., Андреевская Е.М., Лазарев А.В., Ивлева А.Я., Кисляк О.А., Постникова С.Л., Мышляева Т.О., Малышева Н.В., Касатова Т.Б., Адашева Т.В., Демичева О.Ю., Нестеренко О.И., Харькова М.С., Щикота А.М., Дроздова Ю., Лерман О.В., Малышева А.М., Чернявская Т.К., Месхидзе Е.Б., Крохина Е.В., Зенчук Е.С., Маркова О.М., Грацианский Н.А., Доборджинидзе Л.М., Маркова М.А., Багманова Н.Х.; г. Санкт-Петербург: Зобенко И.А., Лафишева Ф.Р., Никонов В.О., Ельцина Е.Н., Соколова Н.А., Шестаков В.Н., Щербак Т.М., Слободюк И.В., Кириллова А.В.,

в рамках первичной медико-санитарной помощи. Результаты данного исследования показывают, кто действительно является главным субъектом этих мер, а именно, это женщины раннего пенсионного возраста, страдающие АГ с низким и умеренным ССР по SCORE и активно обращающиеся за медицинской помощью. В то же время, к сожалению, та часть населения страны, которая в наибольшей степени подвержена рискам сердечно-сосудистых осложнений, а именно мужчины > 40 лет трудоспособного возраста, имеющие другие особенности структуры ФР, крайне редко активно обращаются за медицинской помощью и поэтому фактически не попадают в эту систему мер профилактики ССЗ.

Результаты этого исследования свидетельствуют о том, что существующая система медицинской профилактики ССЗ в России нуждается в совершенствовании.

## Спонсоры

Настоящее исследование финансировалось компанией "АстраЗенека". Автор имел полный доступ ко всем данным, и несет конечную ответственность за содержание настоящей рукописи и решение о представлении таковой к публикации.

Покровский В.С., Чудновцева И.А., Демченко С.Е., Воронцова Е.А., Степанова С.О., Квасова .О., Михайлова И.Е., Шурыгина В.Д., Яковлева О.И., Афонина И.Ю., Михайлова Н.П., Овчинникова М.В., Фомина С.Н., Пулатова Е.Н., Лозовая Т.А., Пеякович И.С., Омельченко М.Ю., Горлова И.А., Апарина И.В., Велеславова О.Е., Савельев А.А., Батурова М.А., Сокуренок Н.С., Крятова Т.В., Гордеева М.В., Берман М.В., Константинов В.О., Павлова Я.Р., Будылина Е.П., Беликов А.В., Барабанова Н.Г.; г. Краснодар: Бугаец Л.Г., Кречунова Т.Н., Мареч И.Н., Черныш В.Н., Ивочкина М.И., Чашина О.И., Свистунова Л.Н., Клименко Н.В., Кульчинская О.В., Дерябина Е.С., Кожевникова Ю.В., Бородина Н.П., Александрова В.Н., Фендрикова А.В., Сиротенко Д.В., Щербак М.Ф.; г. Крымск: Дмитренко И.Э.)