

Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV

Погосова Н. В., Оганов Р. Г., Бойцов С. А., Аушева А. К., Соколова О. Ю., Курсаков А. А., Поздняков Ю. М., Салбиева А. О., Лельчук И. Н., Гусарова Т. А., Гомыранова Н. В., Карпова А. В., Елисеева Н. А., Ахмедова Э. Б., Бедейникова К. К., Корнеева М. Н.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. Москва, Россия

Цель. Анализ психосоциальных факторов риска у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) из российских центров исследования EUROASPIRE IV, в сравнении с общей популяцией исследования.

Материал и методы. В поперечном исследовании участвовали 24 европейские страны, в т.ч. РФ (3 центра). В исследование включали пациентов в возрасте 18-80 лет, которые в период от ≥ 6 мес. до < 3 лет перед включением были госпитализированы в связи с инфарктом миокарда (ИМ) или другими острыми коронарными синдромами (ОКС) или с целью проведения реваскуляризации миокарда. В протокол исследования входили анализ медицинской документации и визит-интервью с использованием специально разработанного структурированного опросника. В ходе интервью оценивались отдаленные результаты лечения, наличие и уровни факторов риска, в т.ч. психосоциальных, показатели качества жизни, адекватность полученных пациентами рекомендаций и степень их приверженности лечению. Распространенность симптомов тревожности и депрессии оценивалась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Результаты. В общей сложности в российских центрах были включены 746 пациентов, из которых визит-интервью посетили 424 участника; средний возраст $63,4 \pm 9,0$ лет, 25,2% женщин. Образовательный уровень российской когорты был выше, чем в общей популяции исследования, высшее образование имели 44,3% и 22,3% участников, соответственно. Распространенность симптомов тревожности у российских пациентов и в общей популяции исследования практически совпадала: оценку 8-10 баллов по подшкале HADS-A в России и в общей популяции имели 15,7%

и 15,0% участников, соответственно, оценку ≥ 11 баллов — 12,4% и 11,3%, соответственно. Напротив, распространенность депрессивной симптоматики в российской когорте была немного выше, чем в исследовании в целом: 8-10 баллов по HADS-D получили 16,4% и 14,6%, а ≥ 11 баллов — 10,9% и 7,8% пациентов, соответственно. И тревожная, и депрессивная симптоматика чаще отмечалась у женщин; симптомы депрессии были более характерны для перенесших ИМ/ОКС по сравнению с пациентами после реваскуляризации миокарда.

Заключение. По данным европейского мониторингового исследования EUROASPIRE IV, в российской когорте больных ИБС, перенесших ОИМ, другие ОКС, процедуры реваскуляризации миокарда, выявлены определенные отличия от общей популяции исследования с точки зрения психосоциальных факторов риска. Распространенность клинически значимой тревожной и депрессивной симптоматики в российской когорте EUROASPIRE IV оказалась заметно ниже, чем в более ранних исследованиях, включая EUROASPIRE III, и лишь ненамного превышала таковую в общей популяции исследования.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, психосоциальные факторы риска, тревожность, депрессия.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2017; 16(5): 20–26
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-5-20-26>

Поступила 11/09-2017

Принята к публикации 20/09-2017

Psychosocial factors and life quality in coronary heart disease patients: results of the Russian part of International multicenter study EUROASPIRE IV

Pogosova N. V., Oganov R. G., Boytsov S. A., Ausheva A. K., Sokolova O. Yu., Kursakov A. A., Pozdnyakov Yu. M., Salbieva A. O., Lelchuk I. N., Gusarova T. A., Gomyranova N. V., Karpova A. V., Eliseeva N. A., Akhmedova E. B., Bedeynikova K. K., Korneeva M. N.
National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health. Moscow, Russia

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (918) 704-98-34, +7 (499) 553-68-71

e-mail: ASalbieva@gnicpm.ru, npogosova@gnicpm.ru

[Погосова Н. В. — д.м.н., профессор, рук. Федерального центра здоровья и отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Оганов Р. Г. — д.м.н., профессор, акад. РАН, рук. отдела профилактики коморбидных состояний, Бойцов С. А. — д.м.н., профессор, чл.-корр. РАН, и.о. генерального директора ФГБУ "НМИЦ кардиологии" Минздрава России, Аушева А. К. — к.м.н., рук. лаборатории "Формирование здорового образа жизни" отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Соколова О. Ю. — к.м.н., с.н.с. отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Курсаков А. А. — м.н.с. отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Поздняков Ю. М. — д.м.н., профессор, в.н.с. отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Салбиева А. О.* — м.н.с. лаборатории "Формирование здорового образа жизни" отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Лельчук И. Н. — врач-терапевт Федерального центра здоровья, Гусарова Т. А. — врач-терапевт Федерального центра здоровья, Гомыранова Н. В. — зав. клинико-диагностической лабораторией, Карпова А. В. — с.н.с. отдела вторичной профилактики ХНИЗ, Елисеева Н. А. — к.м.н., с.н.с. отдела первичной профилактики ХНИЗ в системе здравоохранения, Ахмедова Э. Б. — м.н.с. лаборатории по разработке междисциплинарного подхода в профилактике ХНИЗ отдела профилактики коморбидных состояний, Бедейникова К. К. — н.с. лаборатории по разработке междисциплинарного подхода в профилактике ХНИЗ отдела профилактики коморбидных состояний, Корнеева М. Н. — к.м.н., с.н.с. лаборатории по разработке междисциплинарного подхода в профилактике ХНИЗ отдела профилактики коморбидных состояний].

Aim. Analysis of psychosocial risk factors in coronary heart disease (CHD) patients among Russian centers of the EUROASPIRE IV study, comparing to overall study population.

Material and methods. In the cross-sectional study, 24 European countries participated, including Russian Federation (3 centers). In the study, patients were included of the age 18-80 y.o., who, during the period ≥ 6 months to < 3 years before the inclusion, had been hospitalized with myocardial infarction (MI) or other acute coronary syndromes (ACS) or for myocardial revascularization. To the study protocol, the analysis of medical charts was included, with following visit and structured interview. During the study, long-term results were evaluated, presence and level of the risk factors, including psychosocial, life quality parameters, adequacy of the acquired by patients recommendations and the grade of adherence. Prevalence of anxiety and depression symptoms was assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results. Overall, in the Russian centers, 746 patients were included, of those to the interview visit 424 admitted (mean age $63,4 \pm 9,0$ y.o., 25,2% females). Educational level of the Russian cohort was higher than of overall study population (higher education in 44,3% and 22,3%, respectively). Prevalence of the anxiety symptoms in Russian patients

and in overall population almost matched: 8-10 points by HADS-A in Russia and overall had 15,7% and 15,0% of participants, respectively, the ≥ 11 points — 12,4% and 11,3%, respectively. Contrary, the prevalence of depression symptoms in Russia was slightly higher: 8-10 by HADS had 16,4% and 14,6%, and ≥ 11 — 10,9% and 7,8%, respectively. Both anxiety and depression symptoms were more common among women; depression symptoms were more common for post-MI/ACS patients than in the re-vascularized.

Conclusion. By the data from European monitoring center of EUROASPIRE IV, in Russian cohort of CHD post MI/ACS, and re-vascularized patients there are specific differences in comparison with overall study population in psychosocial risk factors. Prevalence of clinically significant anxiety and depression symptoms in Russian cohort of EUROASPIRE IV was significantly lower than in earlier trials, including EUROASPIRE III, and was just slightly higher than in overall study population.

Key words: ischemic heart disease, psychosocial risk factors, anxiety, depression.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2017; 16(5): 20–26
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-5-20-26>

АКШ — аортокоронарное шунтирование, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ОИМ — острый инфаркт миокарда, ОКС — острый коронарный синдром, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, ХС — холестерин, ХС ЛВП — ХС липопротеинов высокой плотности, ХС ЛНП — ХС липопротеинов низкой плотности, ЧКВ — чрескожные вмешательства, EUROASPIRE — EUROpean Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events, HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale (международный опросник физической активности, госпитальная шкала тревоги и депрессии).

В последние годы большое значение придается психосоциальным факторам риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и, в частности ишемической болезни сердца (ИБС), в число которых входят депрессия, тревожность, низкий социально-экономический статус, низкий уровень социальной поддержки, стресс, враждебность и тип личности D. Роль этих факторов обсуждается в соответствующих разделах российских Национальных рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике 2011г [1] и последних рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2016г [2]. В 2015г эксперты Европейской ассоциации по кардиоваскулярной профилактике и реабилитации (ЕАСРР) выпустили отдельный документ с более подробным изложением текущей позиции по психосоциальным аспектам кардиореабилитации [3].

С середины 90-х годов прошлого века одной из интегральных частей работы ЕОК при разработке и внедрении клинических рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике является общеевропейская мониторинговая программа EUROASPIRE (EUROpean Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events). Проведение очередного исследования по этой программе традиционно осуществляется через некоторое время после выхода в свет новой версии Рекомендаций ЕОК по кардиоваскулярной профилактике с тем, чтобы можно было оценить их внедрение в клиническую практику. В частности, исследование EUROASPIRE IV (2013r) [4] было проведено после публикации Евро-

пейских рекомендаций по кардиоваскулярной профилактике 2012г. В рамках этого проекта у пациентов с ИБС, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), острый коронарный синдром (ОКС), чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) по реваскуляризации миокарда и операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ), из 24 стран Европы, в числе которых была РФ, наряду с другими параметрами оценивались и важнейшие психосоциальные ФР, а именно: тревожность, депрессия и низкий уровень образования.

Взаимосвязь тревожности и депрессии с заболеваемостью и прогнозом ИБС была показана в крупномасштабных, эпидемиологических, проспективных исследованиях, а также мета-анализах. Например, в широко известном исследовании INTERHEART (Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries) [5] — исследование типа “случай-контроль”, в котором участвовали пациенты из 52 стран Африки, Азии, Австралии, Европы, Ближнего Востока, Северной и Южной Америки, было показано, что воспринимаемый уровень стресса, низкий уровень социальной поддержки и депрессия объясняют ~30% атрибутивного риска ОИМ. Роль клинической депрессии или депрессивных симптомов в качестве предикторов развития ИБС была также описана в нескольких систематических обзорах и мета-анализах [6]. Доказательная база взаимосвязи между заболеваемостью ИБС и уровнем тревожности менее обширна и убедительна, но, тем не менее, существуют результаты мета-анализа [7],

подтвердившего, что тревожность является независимым ФР развития ИБС. У пациентов с уже установленным диагнозом ИБС, тревожность и депрессия ассоциируются с повышенной частотой осложнений и смертностью.

Низкий уровень образования также относится к признанным ФР ИБС, хотя его влияние в значительной степени может быть опосредовано ролью социально-экономического положения и рядом других поведенческих факторов. Показано, что взаимосвязь между уровнем образования и риском фатальных и нефатальных клинических событий у пациентов, перенесших ОКС, носит U-образный характер [8], вероятно, пациенты с наиболее высоким и с наиболее низким уровнем образования в большей степени испытывают воздействие производственного стресса, депрессии и одиночества в сравнении с пациентами со средним уровнем образования.

Предполагаемые механизмы, за счет которых психосоциальные факторы реализуют свое воздействие на исходы ИБС, включают более часто встречающиеся у пациентов с тревогой, депрессией и низким уровнем образования компоненты нездорового образа жизни: курение, выбор неполезных продуктов питания и низкая физическая активность, низкая приверженность рекомендациям по медикаментозному лечению и изменению образа жизни, плохие показатели участия в реабилитационных программах [9]. Существует также информация о вовлеченности таких биологических механизмов, как изменения функции вегетативной нервной системы, дисфункция гипоталамо-гипофизарной оси, нарушения процессов свертывания крови, регуляции воспаления, функции эндотелия и перфузии миокарда у пациентов с тревогой и депрессией.

Настоящая статья посвящена анализу психосоциальных ФР у больных ИБС, перенесших ОИМ, ОКС, ЧКВ и АКШ, включенных в исследование EUROASPIRE IV в российских центрах, в сравнении с общей популяцией исследования. Это третья и заключительная публикация по российским результатам EUROASPIRE IV: первая [10] была посвящена анализу традиционных ФР и адекватности их контроля у больных ИБС, вторая [11] — медикаментозной терапии, которую получали участники исследования.

Материал и методы

Дизайн исследования EUROASPIRE IV был детально описан в предыдущих публикациях [10, 11]. В этом поперечном исследовании участвовали 24 европейские страны, в числе которых была РФ. В каждой из стран выбирали одну или несколько географических областей, в которых идентифицировали участвующие клинические центры кардиологического профиля. Отбор центров производили таким образом, чтобы шансы на госпитализацию туда имели все

пациенты из выбранной географической области, у которых возникали ОИМ, ОКС или показания к реваскуляризации миокарда с помощью АКШ или ЧКВ. В свою очередь, в участвующих центрах идентифицировали всех без исключения последовательных пациентов в возрасте 18-80 лет, которые в период от ≥ 6 мес. до < 3 лет перед включением в исследование были госпитализированы в данное учреждение в связи с ОИМ или ОКС с отрицательным результатом анализа на тропонин, или с целью выполнения реваскуляризации миокарда методами ЧКВ или АКШ; вмешательства могли быть как плановыми, так и экстренными. Каждой из стран-участниц рекомендовали включить в исследование не менее 400 таких пациентов. Критериями исключения служили тяжелые острые состояния, хронические заболевания в стадии декомпенсации, тяжелые психические расстройства, наркотическая и алкогольная зависимости, отказ пациента от участия в исследовании. Все идентифицированные по медицинским документам пациенты с ИБС приглашались на визит-интервью с целью оценки отдаленных результатов лечения, наличия и уровней ФР, клинического, психологического статуса и показателей качества жизни, а также оценки адекватности немедикаментозных и медикаментозных рекомендаций, предоставленных пациентам. Каждый пациент подписывал информированное согласие на участие в исследовании.

При анализе медицинской документации — результатов электронных регистров или историй болезни, учитывались: социально-демографические характеристики пациентов; анамнез; наличие информации по ФР; терапия при госпитализации и выписке с названиями препаратов и их суточными дозами, а также записи о предоставленных пациентам рекомендациях по изменению образа жизни.

Во время визита-интервью с помощью структурированной регистрационной карты проводили детальный опрос пациентов по основным аспектам образа жизни — курение, питание, физическая активность, психосоциальные факторы, прием препаратов и соблюдение немедикаментозных рекомендаций. Регистрировались также антропометрические показатели, артериальное давление, концентрация монооксида углерода в выдыхаемом воздухе с помощью прибора Smokerlyser (изготовитель Bedfont Scientific, модель Micro+) с целью объективизации факта курения и оценки его тяжести. Пациенты заполняли ряд опросников: Международный опросник физической активности IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), Опросник физической активности во вне рабочее время Година, европейский опросник HeartQoL для оценки качества жизни, Госпитальную шкалу тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). По подшкале тревожности (HADS-A) оценка 8-10 баллов считалась соответствующей наличию симптомов субклинической или легкой тревожности; ≥ 11 баллов — соответствующей наличию симптомов умеренной или выраженной тревожности. Для подшкалы депрессии (HADS-D) были приняты аналогичные отрезные значения: 8-10 баллов по HADS-D означали наличие симптомов легкой или субклинической депрессивной симптоматики; ≥ 11 баллов по HADS-D — наличие симптомов умеренной или выраженной депрессивной симптоматики.

Во время визита-интервью производился забор венозной крови натощак для определения уровней общего холестерина (ХС), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС

ЛВП), триглицеридов, ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) (с расчетом по формуле Фридвальда), а также уровня глюкозы крови и гликированного гемоглобина. Всем пациентам без сахарного диабета (СД) и при отсутствии уровня гликемии натощак $\geq 11,1$ ммоль/л проводился оральный глюкозотолерантный тест с 75 г глюкозы в 200 мл воды после не менее чем 10-часового голодания.

Статистический анализ результатов настоящего исследования проводили на кафедре Общественного здравоохранения Гентского Университета (Бельгия) с помощью версии 9.3 пакета прикладных статистических программ SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики.

В России в исследовании EUROASPIRE IV участвовали 3 центра — ФГБУ ГНИЦ профилактической медицины Минздрава России (Москва), городская больница № 36 ДЗМ (г. Москва) и Московский областной кардиологический центр (г. Жуковский). Российская часть исследования EUROASPIRE IV выполнена под эгидой Национального медицинского общества профилактической кардиологии и при поддержке исследовательского гранта, предоставленного компанией Фармстандарт.

Результаты и обсуждение

В российских центрах в исследование были включены 746 пациентов с ИБС; средний возраст на момент исходного клинического события $62,2 \pm 9,5$ года, 29,5% женщин. Общая популяция исследования при этом насчитывала 13 586 пациентов; средний возраст $62,7 \pm 10,0$ года; 26,2% женщин. Визит-интервью состоялся в российских центрах в среднем через 1,33 года (медиана; интерквартильный размах 1,0-2,39) после исходной госпитализации, в общей популяции — через 1,35 (0,95-1,93) года. В российских центрах визит-интервью посетили 424 участника — 56,8% от всех идентифицированных пациентов, среди которых женщины составили 25,2%. В исследовании в целом явка на интервью была несколько ниже — 48,7% (24,4% женщин). Средний возраст российских пациентов, пришедших на интервью, составил $63,4 \pm 9,0$ лет, в общей популяции — $64,0 \pm 9,6$ года.

Среди российских участников EUROASPIRE IV было несколько больше, чем в общей популяции, представителей возрастной группы 50-59 лет и, наоборот, меньше пожилых пациентов в возрасте ≥ 70 лет (рисунок 1). Это могло оказать влияние на распространенность психосоциальных ФР: в частности, существуют данные о том, что на возраст 50-60 лет приходится один из возрастных пиков развития депрессии.

Помимо различий в отношении возрастной структуры пациентов, в российской когорте отмечались определенные особенности по такому важному психосоциальному ФР ССЗ, как уровень образования. Среди российских пациентов было существенно больше людей со средним специальным и в 2 раза больше лиц с высшим образованием, а началь-

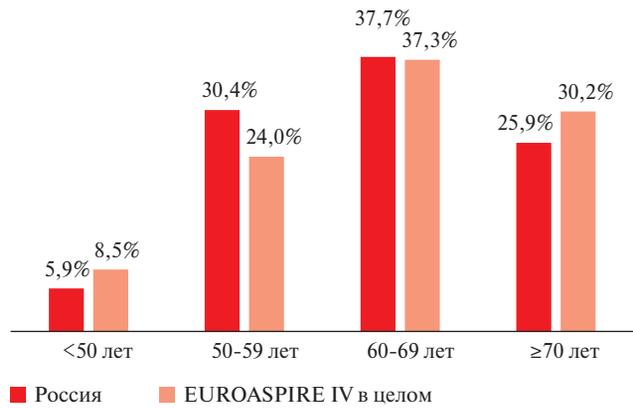


Рис. 1 Возрастная структура пациентов EUROASPIRE IV на момент интервью в российских центрах и в исследовании в целом.

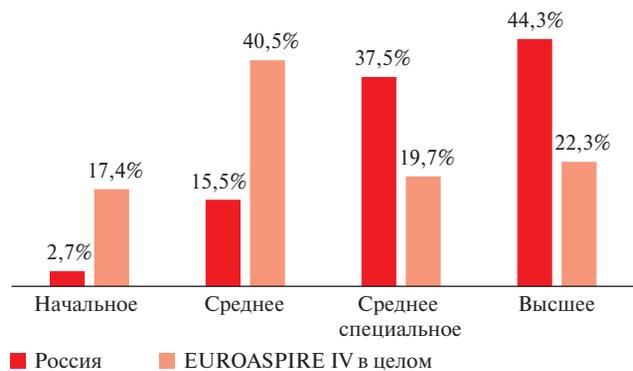


Рис. 2 Уровень образования пациентов EUROASPIRE IV, посетивших визит-интервью в российских центрах и в исследовании в целом.

ное образование имели всего 11 (2,7%) человек, в то время как в общей популяции исследования такой низкий образовательный уровень имели 17,4% участников (рисунок 2). Медиана продолжительности формального обучения составила у пациентов из России 13 лет, что было на год больше, чем в исследовании в целом (12 лет). Среди стран-участниц исследования наблюдалась значительная и не всегда объяснимая неоднородность образовательного уровня участников. Наименьшее число пациентов с низким уровнем образования (не более начального образования) было в Украине (1,1%), Германии (1,7%), Боснии и Герцеговине (1,9%), наоборот, больше всего таких пациентов было в Ирландии (64,7%), Польше (48,9%) и Турции (44,1%). По числу пациентов с высшим образованием российская когорта заняла среди стран EUROASPIRE IV второе место, больше их было только в Украине (65,6%), а на третьем месте оказалась Болгария (39,2%). Меньше всего участников с высшим образованием было в Латвии (4,2%), Финляндии (6,0%) и Франции (8,0%). Малое число участников с низким уровнем образования в российской когорте могло оказать определенное влияние на распространенность тревоги и депрессии. Проведенное в США национальное репрезентатив-

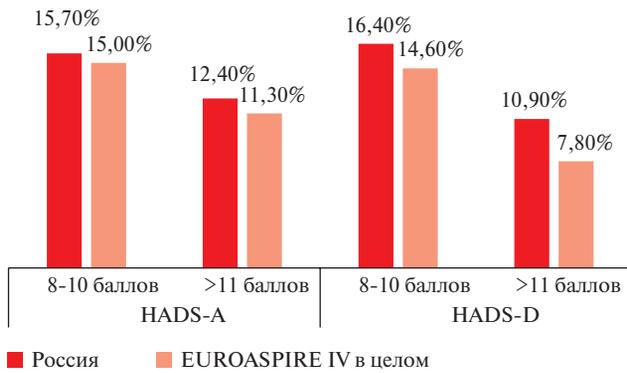


Рис. 3 Тревожная и депрессивная симптоматика у пациентов с ИБС в российских центрах и в общей популяции исследования. Примечание: HADS-A — подшкала для оценки тревожности HADS, HADS-D — подшкала для оценки депрессии HADS.

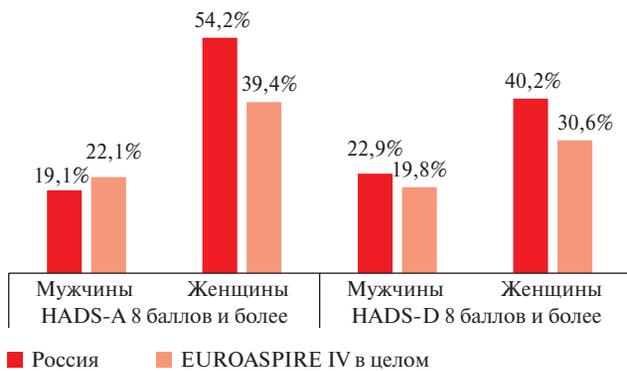


Рис. 4 Различия уровней тревожности и депрессии по шкале HADS на момент визита-интервью у мужчин и женщин в российских центрах и в общей популяции исследования. Примечание: HADS-A — подшкала для оценки тревожности HADS, HADS-D — подшкала для оценки депрессии HADS.

ное исследование показало, что низкий уровень образования является общим ФР для тревожных расстройств и для большой депрессии [12].

На рисунке 3 представлены результаты обследования пациентов во время визита-интервью с помощью HADS. На отдаленном этапе после перенесенного ОИМ, ОКС, ЧКВ и АКШ симптомы тревожности различной степени выраженности имели 28,1% российских пациентов и 26,3% пациентов общей популяции исследования, депрессивная симптоматика различной степени выраженности отмечалась у 27,3% российских больных и 22,4% больных общей популяции.

В российской когорте показатели тревожности в целом примерно соответствовали общим результатам исследования: число больных ИБС с легкой/субклинической тревожностью составляло в российских центрах 15,7%, а в общей популяции — 15,0%, с умеренными/выраженными симптомами тревожности — 12,4% и 11,3%, соответственно (рисунок 3). Первое место по числу пациентов с симптомами тревожности заняла Болгария, где было 29,2% пациентов с субклиническими/легкими

симптомами и 21,7% пациентов с симптомами более выраженной тревожности. Наоборот, наименьшее число пациентов с симптомами субклинической/легкой тревожности было в Словении (8,2%), а с симптомами умеренной/выраженной тревожности — в Финляндии (4,5%).

Депрессивная симптоматика среди российских пациентов ИБС отмечалась несколько чаще, чем в общей популяции исследования: субклиническая симптоматика имела место у 16,4% и 14,6% пациентов, умеренная и выраженная симптоматика — у 10,9% и 7,8% пациентов, соответственно. Наибольшее число пациентов с признаками депрессии согласно HADS среди всех стран EUROASPIRE IV отмечено в Турции — 23,5%, с симптомами субклинической депрессии и 17,1% с умеренной/выраженной депрессивной симптоматикой. Напротив, меньше всего таких пациентов было в Швеции, где 8-10 баллов по HADS-D имели только 4,6%, а ≥ 11 баллов — 1,4% пациентов.

Следует отметить, что распространенность тревожной и депрессивной симптоматики среди пациентов с ИБС по результатам исследования EUROASPIRE IV была ниже, чем в более ранних российских исследованиях. В опубликованном в 2007г исследовании КООРДИНАТА (Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца) [13] клинически выраженная тревожная и депрессивная симптоматика была зафиксирована у 38% пациентов с ИБС; в более позднем исследовании РЕЛИФ (Регулярное Лечение и профилактика) [14] в подгруппе пациентов с подтвержденной ИБС такая симптоматика имела место у каждого третьего больного. Положительную динамику по сравнению с этими работами можно было бы объяснить различиями в выборках пациентов; в обоих процитированных исследованиях набор, в отличие от EUROASPIRE, проводился в учреждениях первичного звена здравоохранения. Тем не менее, при сравнении с имевшим идентичный дизайн исследованием EUROASPIRE III [15], выполненным в 2006-2007гг, эта тенденция также подтверждается. За период между двумя исследованиями EUROASPIRE число пациентов с оценкой ≥ 8 баллов по шкале HADS-A снизилось почти вдвое — с 49,6% до 28,0%, для пациентов с той или иной выраженностью депрессивных симптомов динамика была менее выражена, но имела ту же направленность — с 36,5% до 27,3%. Судя по всему, улучшение картины в отношении психосоциальных факторов, особенно, тревожности, действительно произошло; возможно, оно связано с улучшением социально-экономической ситуации в стране за истекший период времени. При этом, несмотря на некоторую неоднородность результатов между странами, можно утверждать, что в целом, распро-

Таблица 1

Доля пациентов с тревожной и депрессивной симптоматикой на момент визита-интервью в российских центрах и в общей популяции исследования в зависимости от типа исходного клинического события

	Тревожная симптоматика				Депрессивная симптоматика			
	ОИМ и ОКС		ЧКВ и АКШ		ОИМ и ОКС		ЧКВ и АКШ	
	HADS-A 8-10 баллов	HADS-A ≥11 баллов	HADS-A 8-10 баллов	HADS-A ≥11 баллов	HADS-D 8-10 баллов	HADS-D ≥11 баллов	HADS-D 8-10 баллов	HADS-D ≥11 баллов
Россия	7,1%	11,2%	18,3%	12,7%	17,3%	12,2%	16,1%	10,5%
EUROASPIRE IV в целом	16,2%	13,5%	14,5%	10,2%	16,5%	8,7%	13,8%	7,3%

Примечание: HADS-A — подшкала для оценки тревожности HADS, HADS-D — подшкала для оценки депрессии HADS.

странность тревожной и депрессивной симптоматики среди пациентов с ИБС в исследовании EUROASPIRE IV вполне соответствовала предыдущему мировому опыту, согласно которому она может достигать в различных популяциях пациентов с ИБС 30-40%.

Как в РФ, так и в общей популяции исследования имелись определенные гендерные различия в отношении выявления тревожной и депрессивной симптоматики у больных ИБС. Как среди российских пациентов, так и в исследовании EUROASPIRE IV в целом, показатели тревожности были выше у женщин: в российской когорте медиана числа баллов по подшкале HADS-A составила у женщин 8 баллов (интерквартильный размах 4-11 баллов), у мужчин — 5 (2-7) баллов, а в общей популяции исследования эти показатели составили 6 (3-9) баллов и 4 (2-7) баллов, соответственно. В отношении депрессивной симптоматики картина была во многом аналогичной: медиана числа баллов по подшкале HADS-D у российских женщин составила 7 (4-9) баллов, у мужчин 5 (2-7) баллов, в общей популяции исследования 5 (2-8) баллов и 4 (2-7) баллов, соответственно. Эти результаты соответствуют хорошо известным различиям распространенности тревоги и депрессии среди женщин и мужчин.

На рисунке 4 представлены показатели по доле пациентов обоих полов с тревожной и депрессивной симптоматикой в российской когорте и в исследовании в целом. Рисунок наглядно демонстрирует, что в РФ и в остальных европейских странах, женщины с ИБС чаще имеют признаки тревожной и депрессивной симптоматики, чем мужчины, при этом в настоящей когорте разрыв между женщинами и мужчинами выражен в большей степени. В частности, если в общей популяции исследования число пациентов с признаками повышенной тревожности среди женщин превышало таковое среди мужчин на 17,3%, в РФ эта разница составила 35,1%. Следует также отметить, что упомянутое выше снижение распространенности тревожной симптоматики по сравнению с исследованием EUROASPIRE III было в большей степени обусловлено более выраженной положительной динамикой у мужчин: среди пациентов мужского пола число лиц с оценкой по шкале

HADS-A ≥8 баллов сократилось вдвое с 41,8% до 19,1%, а среди женщин — с 63,7% до 54,2%.

Аналогичная ситуация отмечалась в отношении депрессивной симптоматики: на момент интервью в общей популяции EUROASPIRE IV число пациентов с показателями ≥8 баллов по подшкале HADS-D среди женщин было выше, чем среди мужчин на 10,8%, а в российской когорте — на 17,3%. Впрочем, следует отметить, что между странами в EUROASPIRE IV имелась значительная неоднородность в отношении частоты обнаружения симптомов тревожности и депрессии как у мужчин, так и женщин. Больше всего больных ИБС с признаками повышенной тревожности было на Кипре (72,7%) и в Турции (64,3%). Для этих стран также был характерен достаточно большой разрыв между частотой выявления тревожности у мужчин и женщин — 55% и 30,3%, соответственно. Напротив, наименьшее число больных ИБС женщин с признаками повышенной тревожности по данным HADS было зарегистрировано в Финляндии (18,0%), Боснии и Герцеговине (18,4%).

Аналогичная ситуация была в отношении депрессивной симптоматики. Наибольшее число пациенток с ИБС и депрессивной симптоматикой (≥8 баллов по подшкале HADS-D на момент визита-интервью) было в Турции (67,9%) и разрыв с аналогичным показателем у мужчин составил там 32,1%. Напротив, меньше всего женщин с депрессивной симптоматикой было в Швеции (8,0%), где также была самая низкая частота обнаружения симптомов депрессии в целом, и у мужчин этот показатель был ниже лишь на 2,6%.

В российской и общей популяциях EUROASPIRE IV имелись также определенные различия между частотой обнаружения тревожной и депрессивной симптоматики у больных ИБС различных диагностических категорий. В российской когорте доля лиц с субклинической или легкой тревожностью среди пациентов после вмешательств по реваскуляризации миокарда (ЧКВ/АКШ) была существенно выше, чем после ОИМ/ОКС, но при этом доля пациентов с умеренной/выраженной депрессивной симптоматикой в этих двух диагностических группах была примерно одинаковой (таблица 1). В общей популяции исследо-

вания разрыв между группами пациентов после ОИМ/ОКС и ЧКВ/АКШ при использовании обеих отрезных точек по шкале HADS-A был менее заметным. Что касается депрессивной симптоматики, и среди российских участников, и в общей популяции исследования оба уровня выраженности симптомов (легкий/субклинический и умеренный/тяжелый) встречались несколько чаще среди пациентов после ОИМ/ОКС. Такая закономерность вполне объяснима, поскольку процедуры реваскуляризации миокарда нередко сопровождаются увеличением частоты депрессивной симптоматики, однако речь идет скорее о ситуативной реакции, которая быстро нивелируется с течением времени в случае успеха вмешательства. Напротив, перенесенные ОИМ/ОКС могут быть психотравмирующими событиями, после которых депрессивная симптоматика может сохраняться длительно, и оказывать негативное влияние на прогноз.

Заключение

Таким образом, по результатам европейского мониторингового исследования EUROASPIRE IV, в российской когорте больных ИБС, перенесших ОИМ, другие ОКС, ЧКВ и АКШ выявлены определенные отличия от общей популяции исследования

с точки зрения психосоциальных ФР. На отдаленном этапе после перенесенного ОИМ, ОКС, ЧКВ и АКШ тревожную симптоматику различной степени выраженности имели 28,1% российских пациентов и 26,3% пациентов общей популяции исследования, депрессивная симптоматика различной степени выраженности отмечалась у 27,3% российских больных и 22,4% пациентов общей популяции. По сравнению с предшествующим исследованием EUROASPIRE III и другими более ранними российскими работами с участием пациентов с ИБС распространенность клинически значимой тревожной и депрессивной симптоматики в российской когорте EUROASPIRE IV оказалась заметно более низкой и лишь ненамного превышала таковую в общей популяции исследования. Как у российских пациентов, так и в исследовании EUROASPIRE IV в целом, тревожная и депрессивная симптоматика чаще отмечались у женщин, при этом РФ относилась к странам с очень большими гендерными различиями в отношении выявления тревожной и депрессивной симптоматики. В российской когорте и в общей популяции исследования депрессивная симптоматика несколько чаще отмечалась у больных, перенесших ОИМ/ОКС, чем у пациентов после вмешательств по реваскуляризации миокарда.

Литература

1. Russian Society of Cardiology. Cardiovascular prevention. National Guidelines, Cardiovascular Therapy and Prevention 2011; 10 (6), Suppl. 2: 3-64. Russian (Всероссийское научное общество кардиологов. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Разработаны комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011; 10 (6), приложение 2: 3-64).
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J 2016 Aug 1; 37 (29): 2315-81. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106. Epub 2016 May 23.
3. Pogosova N, Saner H, Pedersen SS, et al. Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. Eur J Prev Cardiol 2015 Oct; 22 (10): 1290-306.
4. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. on behalf of the EUROASPIRE Investigators. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. Eur J Prevent Cardiol 2015; 2015 Feb 16. pii: 2047487315569401.
5. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. Lancet 2004; 364: 953-62.
6. Gan Y, Gong Y, Tong X, et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. BMC Psychiatry 2014 Dec 24; 14: 371.
7. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, et al. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. JACC 2010; 56: 38-46.
8. Notara V, Panagiotakos DB, Kogias Y, et al. The Impact of Educational Status on 10-Year (2004-2014) Cardiovascular Disease Prognosis and All-cause Mortality Among Acute Coronary Syndrome Patients in the Greek Acute Coronary Syndrome (GREECS) Longitudinal Study. J Prev Med Public Health 2016; 49 (4): 220-9. DOI: 10.3961/jpmph.16.005.
9. Doyle F, Rohde D, Rutkowska A, et al. Systematic review and meta-analysis of the impact of depression on subsequent smoking cessation in patients with coronary heart disease: 1990-2013. Psychosom Med 2014; 76: 44-57.
10. Pogosova NV, Oganov RG, Boytsov SA, et al. Monitoring the Secondary Prevention of Coronary Artery Disease in Europe and Russia: Results of the Russian Part of the International Multicenter Study EUROASPIRE IV. Kardiologia 2015; 55 (12): 99-107. Russian (Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. Кардиология 2015; 55 (12): 99-107).
11. Pogosova NV, Oganov RG, Boytsov SA, et al. Drug Treatment of Patients With Ischemic Heart Disease in Russia and Europe: Results of Russian Part of the International Multicenter Study EUROASPIRE IV. Kardiologia 2016; 56 (12): 11-9. Russian (Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. Медикаментозная терапия у пациентов с ишемической болезнью сердца в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. Кардиология 2016; 56 (12): 11-9).
12. Blanco C, Rubio J, Wall M, et al. Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. Depress Anxiety 2014 Sep; 31 (9): 756-64.
13. Chazov EI, Oganov RG, Pogosova GV, et al. Clinico-epidemiological program of studying depression in cardiological practice in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease (COORDINATA): Results of a multicenter study. Kardiologia 2007; 47 (3): 28-37. Russian (Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): Результаты многоцентрового исследования. Кардиология 2007; 47 (3): 28-37).
14. Pogosova GV, Koltunov IE, Sokolova OY. Secondary prevention of arterial hypertension and ischemic heart disease in the real clinical practice in Russia. Monograph Federal State Institution "National Center for Preventive Medicine" of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation. Moscow 2009; 151 p. Russian (Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Соколова О.Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. Монография ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологии, при содействии Общественной Организации "Всероссийское научное общество кардиологов". Москва 2009; 151 с.).
15. Pogosova GV, Oganov RG, Koltunov IE, et al. Monitoring of Secondary Prevention of Ischemic Heart Disease in Russia and European Countries: Results of International Multicenter Study EUROASPIRE III. Kardiologia 2011; 1: 34-40. Russian (Погосова Г.В., Оганов Р.Г., Колтунов И.Е. и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни сердца в России и странах Европы: результаты международного многоцентрового исследования EUROASPIRE III. Кардиология 2011; 51 (1): 34-40).