УДК 616.1-036.2:616-08-039.57

ISSN 1605-7295

Ефективність контролю факторів кардіоваскулярного ризику на амбулаторному етапі

Г.С. Ісаєва, Л.А. Рєзнік, М.М. Вовченко, О.О. Буряковська

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Мета роботи — визначення ефективності контролю артеріального тиску, показників вуглеводного та ліпідного обміну на амбулаторному етапі у хворих високого і дуже високого артеріального тиску, що пройшли стаціонарне лікування в клініці ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України».

Матеріали та методи. Було обстежено 43 пацієнти, медіана віку яких склала 63,3 роки.

Результати та обговорення. Переважна більшість пацієнтів мали надмірну масу тіла або ожиріння I—III ступеня. Встановлено, що на тлі тривалої амбулаторної терапії 53 % хворих не досягали цільових рівнів артеріального тиску. Показники холестерину ліпопротеїдів низької щільності були оптимальними у 51 % хворих.

Висновки. Переважна кількість пацієнтів на амбулаторному етапі не досягають цільових показників артеріального тиску і холестерину ліпопротеїдів низької щільності.

Ключові слова:
артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, ефективність антигіпертензивної терапії, ефективність гіполіпідемічної терапії.

Сучасні стандарти лікування хворих високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику передбачають досягнення цільових рівнів артеріального тиску (АТ) і холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), а також тривале утримання цих показників у певних межах [8]. Водночас дані численних досліджень свідчать про вкрай низький рівень контролю цих показників у реальній практиці. Так, у західних країнах лише 30 % хворих, що приймають антигіпертензивну терапію, досягають цільового рівня АТ [6]. Рівень контролю АТ в Україні — один з найнижчих у Східній і Центральній Європі і не перевищує 16,5 % [12]. Щодо контролю рівня ХС ЛПНЩ, то за даними європейських досліджень, близько 40 % пацієнтів, що приймають статини, мають нормальний ліпідний профіль [14, 18]. У США, за даними різних джерел, цей показник перебуває в межах від 20—26 до 67—77 % серед пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику [13].

Мета роботи — визначити ефективність контролю артеріального тиску, показників вуглеводного та ліпідного обміну у хворих високого та дуже високого серцево-судинного ризику на амбулаторному етапі, які раніше пройшли стаціонарне лікування в клініці ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» та отримали рекомендації щодо тривалої медикаментозної терапії згідно із сучасними стандартами лікування.

Матеріали та методи

Було обстежено 43 пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику, які раніше (протягом 2014—2015 рр.) перебували на стаціонарному лікуванні в клініці ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України» та у даний час приймають призна-

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Ісаєва Ганна Сергіївна
д. мед. н., зав. відділу комплексного зниження ризику хронічних неінфекційних захворювань

61039, м. Харків,
просп. Л. Малої, 2а
Тел. (057) 373-90-15
E-mail: anna_isayeva_74@yahoo.co.uk

Стаття надійшла до редакції 8 червня 2017 р.

Таблиця 1. Характеристика пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику залежно від нозології, n (%)

Нозологічні форми			Кількість пацієнтів
Гіпертонічна хвороба		II стадія	24 (56)
		III стадія	16 (37)
ІХС	Стенокардія	II ФК	30 (70)
		III ФК	5 (12)
	Інфаркт міокарда в анамнезі		16 (37)
	Реваскулярізація (ОЧКВ)		6 (14)
Серцева недостатність II, III ФК			38 (87)
Цукровий діабет 2 типу			10 (23)

Таблиця 2. Антропометричні показники пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику, M ± m

Показник	Чоловіки (n = 6)	Жінки (n = 37)
Зріст, м	165,9 ± 8,2	164,03 ± 7,5
Маса тіла, кг	92,6 ± 17,5	89,9 ± 18,6
ІМТ, кг/м^2	33,6 ± 7,1	33,4 ± 6,3
Частка жиру в організмі, %	40,9 ± 9,3	41,5 ± 9,0
Частка вісцерального жиру, %	12,7 ± 5,3	12,9 ± 4,7
Частка скелетних м'язів, %	25,9 ± 5,3	25,3 ± 4,9
Обмін речовин, ккал	1741,3 ± 256,3	1683,3 ± 257,3

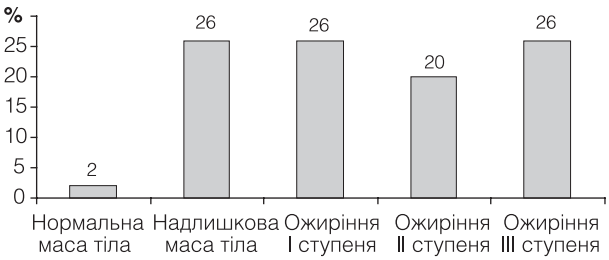

Рис. 1. Частота (%) надмірної маси тіла та ожиріння у пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику

чені медичні препарати. Серед обстежених було 6 чоловіків (14 %) та 37 жінок (86 %). Медіана віку хворих становила (63,3 ± 2,2) року.

Характеристика пацієнтів залежно від нозологічних форм представлена в табл. 1.

У досліджених збирали анамнез з визначенням наявності шкідливих звичок: тютюнопаління, вживання алкоголю. Пацієнтам проводили загальне клінічне обстеження, вимірювання АТ, антропометричне обстеження (маса тіла, зріст та склад тіла), визначення вмісту холестерину і його фракцій, рівня глюкози та глікованого гемоглобіну в крові.

Склад тіла визначали за методом біоелектричного імпедансу на приладі Omron Body Composition Monitor BF511. Оцінювали процентний вміст підшкірного і вісцерального жиру, м'язової маси, кількість калорій, яку необхідно спожити, щоб повною мірою забезпечити організм енергією для його функціонування, та індекс маси тіла.

Цільовим рівнем офісного АТ вважали < 140/90 мм рт. ст. та 140/85 мм рт. ст. за наявності ЦД [15]. Вважали, що пацієнт досягає цільового рівня АТ, якщо при двократному вимірюванні з інтервалом в 1 міс офісний АТ не перевищував вищезазначені рівні.

Цільовим рівнем ХС ЛПНЩ вважали < < 2,6 ммоль/л або зниження принаймні на 50 %, якщо початковий рівень складав 2,6—5,1 ммоль/л, для хворих високого кардіоваскулярного ризику, та < 1,8 ммоль/л або зниження принаймні на 50 %, якщо початковий рівень складав 2,6—5,1 ммоль/л, для хворих дуже високого кардіоваскулярного ризику [8, 14].

Ліпідний спектр крові визначали ферментативним методом на біохімічному аналізаторі Humalyzer 2000, № 18300-5397. Визначали рівні загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Значення рівнів холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) розраховували за формулою Friedewald W.T. [10]. Рівень холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ) розраховували як співвідношення ТГ до коефіцієнта 2,2.

Рівень глікемії визначали глюкозооксидазним методом на біохімічному аналізаторі Humalyzer 2000, № 18300-5397. Рівень глікованого гемоглобіну визначали іонообмінним методом на біохімічному аналізаторі Humalyzer 2000, № 18300-5397.

Протокол дослідження був схвалений локальною етичною комісією ГУ «Національний інститут терапії імені Л.Т. Малої НАМН України», дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації.

Статистична обробка отриманих даних проведена за допомогою пакета статистичних програм SPSS21 (IBM), Microsoft Office Exel 2003.

Результати та обговорення

Аналіз результатів опитування свідчить про те, що переважна більшість пацієнтів (95 %) не палили ані в минулому, ані в даний час. Також дані анкетування свідчать про те, що жоден з пацієнтів не зловживав і не зловживає алкогольними напоями. Антропометричні показники обстежуваних представлені у табл. 2.

Переважна більшість пацієнтів (98 %) мали або надмірну масу тіла, або ожиріння I—III ступеня (рис. 1).

Результати аналізу показників ліпідного обміну свідчать про те, що пацієнти не досягали цільових рівнів ЗХС та ХС ЛПНЩ (табл. 3).

Значна частина обстежуваних пацієнтів не досягли цільових рівнів АТ (53 %) та ХС ЛПНЩ (51 %) (рис. 2).

Отримані результати тією чи іншою мірою обумовлені відносно низьким комплаєнсом пацієнтів до призначеного лікування. Так, за даними опитування, лише 30 пацієнтів (70 %) приймали статини, іАПФ або АРА II — 36 пацієнтів (84 %), дезагреганти або антикоагулянти — 74 %.

Результати численних досліджень свідчать про те, що незважаючи на широкий спектр доступних лікувальних заходів з доведеною клінічною ефективністю, цільові значення АТ та ХС ЛПНЩ досягаються нечасто. Так, за даними нещодавніх популяційних досліджень, контроль АТ у реальній клінічній практиці є оптимальним не більше, ніж у половини європейських пацієнтів, що приймають антигіпертензивні засоби [5]. За результатами дослідження EUROASPIRE IV (7998 пацієнтів з 24 європейських країн молодше 80 років з ІХС, які перенесли операцію коронарного шунтування, ОЧКВ або ГКС), лише 57 % з обстежених хворих досягали рекомендованих рівнів АТ.

В Італії (2003—2004 рр.) серед 7626 пацієнтів, які отримували антигіпертензивне лікування, рівень АТ менше 140/90 мм рт. ст. підтримувався у 48 % хворих. Серед пацієнтів високого кардіоваскулярного ризику з цукровим діабетом або хронічною нирковою недостатністю цей показник склав 44 %, а серед хворих із серцево-судинними подіями в минулому — 55 % [16].

У США (1999—2000 рр.) серед 14 653 хворих на артеріальну гіпертензію старше 18 років оптимальний рівень контролю АТ становив 29 %, а в 2004 р. досяг 37 % [17].

Ще нижче цей показник в Україні, де приймають ліки 37—48 % хворих на гіпертонічну хворобу, а досягають цільових рівнів АТ тільки 8—19 % з них [2].

Результати дослідження DYSIS (Dyslipidemia International Study) свідчать про подібну ситуацію з гіперхолестеринемією та її лікуванням у більшості країн. Так, у країнах Прибалтики (n = 1797; середній вік 66,1 року; 63,4 % із серцево-судинними захворюваннями) серед пацієнтів, які регулярно приймали статини, досягнення цільових рівнів ХС ЛПНЩ відзначено лише у 19,4 % [19]. За даними австрійських дослідників, серед 910 пацієнтів, які лікувалися статинами, 59,1 % мали підвищений рівень загального холестерину, 52,3 % — ХС ЛПНЩ, 23 % хворих мали низький рівень ХС ЛПВЩ, а всі три показники відхилялися від цільових значень у 8,4 % досліджуваних [7]. У Лівані та Іорданії із 617 осіб (середній вік 60,3 року), які впродовж 3 міс приймали статини, 55,9 % не досягли цільових рівнів ХС ЛПНЩ [4]. У Канаді (n = 2436; 80 % з високим КВР; медіана віку — 66 років) при регулярному прийомі статинів цільовий рівень ХС ЛПНЩ не був досягнутий у 37 % пацієнтів [11], у Китаї (25 697 пацієнтів) — у 38,5 % хворих [20].

Таблиця 3. Показники ліпідного обміну пацієнтів високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику, n = 43

Показник	M ± m
ЗХС, ммоль/л	5,3 ± 1,4
Тригліцериди, ммоль/л	1,9 ± 1,7
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	1,4 ± 0,4
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	3,0 ± 1,14

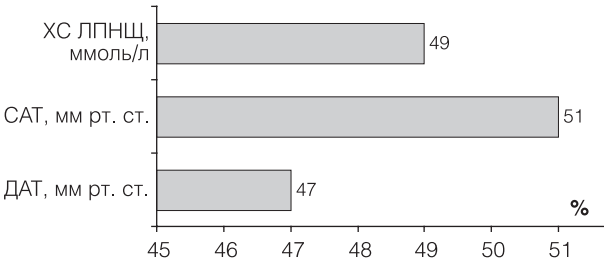

Рис. 2. Частота досягнення цільових рівнів артеріального тиску та показників ліпідного обміну в обстежуваних хворих

За даними дослідників із Швейцарії, серед 473 пацієнтів (середній вік 66,3 року; 86,5 % з високим КВР) тільки 40 % на тлі застосування статинів мали нормальний ліпідний профіль [15], у Греції — 37 % [14].

Американські дослідники провели ретроспективний аналіз даних електронних медичних карт (2003—2010 рр.), результатів адміністративних перевірок (2003—2010 рр.), а також даних обстеження в рамках Національного дослідження здоров'я і харчування (2007—2008 рр.). Показано, що серед пацієнтів високого серцево-судинного ризику, які приймали статини, цільових рівнів ХС ЛПНЩ < 70 мг/дл досягли 20—26 % пацієнтів, а ХС ЛПНЩ < 100 мг/дл — 67—77 % [13].

Загалом у Європі призначення статинів за останнє десятиріччя збільшилось з 32,2 до 88,8 %, проте досягаються цільові рівні ХС ЛПНЩ поки не більш ніж у 40 % випадків. Так, за даними EUROASPIRE IV, статини отримували 85,7 % пацієнтів з доведеною ІХС, але рівень ХС ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л досягнуто менш ніж у 20 % хворих [17].

В Україні цільові рівні холестерину у багатьох пацієнтів не досягаються і не контролюються.

Ілюстрацією цього слугують результати дослідження ПОЗИТИВ (1670 пацієнтів з інфарктом міокарда в анамнезі, які перебувають на обліку в поліклініках 20 міст України). Абсолютній більшості хворих були призначені статини — при підвищеному рівні загального холестерину в 94,2 % випадків. Але до включення в дослідження статини приймали лише 62 % пацієнтів. При цьому на тлі терапії статинами рівень ЗХ > > 4,5 ммоль/л виявлено у 74,5 % пацієнтів [1].

Таким чином, наше дослідження показало, що в реальній клінічній практиці ситуація з корекцією основних факторів серцево-судинного ризику навіть у пацієнтів високого та дуже високого ризику далека від ідеальної. Водночас встановлено, що серед пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у високоспеціалізованому медичному закладі та отримали рекомендації щодо тривалого комбінованого лікування, результати були значно кращими, ніж у цілому по Україні. Одним з перспективних напрямів оптимізації профілактики кардіоваскулярних ускладнень є організація комплексних реабілітаційних програм, спрямованих на підвищення медичних знань пацієнтів, поступове розширення фізичної активності, дієтичні втручання, профілактика паління, контроль маси тіла тощо [3, 9].

Висновки

Встановлено, що на амбулаторному етапі після стаціонарного лікування досить багато пацієнтів не досягають цільових рівнів артеріального тиску та холестерину ліпопротеїдів низької щільності.

Обмеження дослідження: при інтерпретації отриманих даних слід враховувати обмежене число хворих.

***Конфликту інтересів немає. Участь авторів**: концепція і дизайн дослідження — Г.С. Ісаєва, Л.А. Рєзнік; збір матеріалу — М.М. Вовченко, О.А. Буряковська; обробка матеріалу — О.А. Буряковська; написання тексту — Г.С. Ісаєва, Л.А. Рєзнік; статистичне опрацювання даних — О.А. Буряковська; редагування тексту — Г.С. Ісаєва.*

Список літератури

1. Пархоменко А.Н. Особенности ведения больных с постинфарктным кардиосклерозом в условиях реальной амбулаторной практики в Украине: результаты многоцентрового скринингового исследования / А.Н. Пархоменко (от имени группы исследователей программы ПОЗИТИВ) // Ліки України.— 2009.— № 7 (133).— С. 27—30.
2. Сиренко Ю.М. Гипертоническая болезнь и артериальные гипертензии.— К., 2011.— 352 с.
3. Фадєєнко Г.Д., Ісаєва Г.С., Рєзнік Л.А. Роль харчових волокон у профілактиці серцево-судинних захворювань // Серце та судини.— 2016.— № 4.— С. 104—109.
4. Azar S.T., Hantash H.A., Jambart S. et al. Factors influencing dyslipidemia in statin-treated patients in Lebanon and Jordan: results of the Dyslipidemia International Study // Vasc. Health Risk Manag.— 2014.— Vol. 10.— P. 225—235.
5. Borghi C., Tubach F., De G. Backer et al. Lack of control of hypertension in primary cardiovascular disease prevention in Europe: Results from the EURIKA study // Intern. J. Cardiology.— 2016.— Vol. 218.— P. 83—88.
6. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine / Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine / Ed. by R.O Bonow, P.P. Libby, R.O. Bonow et al.— 8th ed.— Philadelphia: Elsevier Science, 2007.— 2048 p.
7. Drexel H., Chazelle F., Fauer C. et al. Persistent dyslipidemia in Austrian patients treated with statins for primary and secondary prevention of atherosclerotic events — Results of the DYSlipidemia International Study (DYSIS) // Wien. Klin. Wochenschr.— 2011.— Vol. 123 (19—20).— P. 611—617.
8. ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias / The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) // Eur. Heart J.— 2016.— Vol. 37 (39).— P. 2999—3058. doi: https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272.
9. Fadeenko H.D., Isaeva H.S., Reznik L.A. Prevention of non-communicable diseases — focus area of modern health care system // Укр. тер. журн.— 2015.— № 3.— P. 74—79.
10. Friedewald W.T., Levy R.I., Fredrickson D.S. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge // Clin. Chem.— 1972.— Vol. 18.— P. 499—502.
11. Goodman S.G., Langer A., Bastien N.R. et al. Prevalence of dyslipidemia in statin-treated patients in Canada: results of the DYSlipidemia International Study (DYSIS) // Can. J. Cardiol.— 2010.— Vol. 26 (9).— P. e330—335.
12. Grassi G., Cifkova R., Laurent S. et al. Blood pressure control and cardiovascular risk profile in hypertensive patients from central and eastern European countries: results of the BP-CARE study // Eur. Heart J.— 2011.— Vol. 32.— P. 218—225.
13. Jones P.H., Nair R., Thakker K.M. Prevalence of dyslipidemia and lipid goal attainment in statin-treated subjects from 3 data sources: a retrospective analysis // J. Am. Heart Assoc.— 2012.— Vol. 1 (6).— P. e001800.
14. Liberopoulos E., Vlasserou F., Mitrogianni Z. et al. Prevalence and risk distribution ofresidual dyslipidemia in statin-treated patients in Greece // Angiology.— 2012.— Vol. 63 (3).— P. 184—193.
15. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. Guidelines for themanagement of arterial hypertension TheTask Force for the management ofarterial hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology // J. Hypertension.— 2013.— Vol. 31.— P. 1281—1357.
16. Martino M.D., Veronesi C., Esposti L.D. et al. Adherence to antihypertensive drug treatment and blood pressure control: a real practice analysis in Italy // J. Human Hypertension.— 2008.— Vol. 22.— P. 51—53.
17. Ong K.L., B.M.Y. Cheung, Man Y.B. et al. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999—2004 // J. Am. Heart Ass.— 2007.— Vol. 49.— P. 69—75.
18. Sudano I., Hess L., Noll G., Arnet D. Persistent dyslipidemia in statin-treated patients: the focus on comprehensive lipid management survey in Swiss patients // Swiss Med Wkly.— 2013.— Vol. 141.— P. w13200.
19. Viigimaa M, Erglis A, Latkovskis G et al. Prevalence of dyslipidemia in statin-treated patients in the Baltic states (Estonia, Latvia, and Lithuania): results of the Dyslipidemia International Study (DYSIS) // Medicina (Kaunas).— 2014.— Vol. 50 (1).— P. 44—53.
20. Zhao S., Wang Y., Mu Y. et al. Prevalence of dyslipidaemia in patients treated with lipid-lowering agents in China: results of the DYSlipidemia International Study (DYSIS) // Atherosclerosis.— 2014.— Vol. 235 (2).— P. 463—469.

А.С. Исаева, Л.А. Резник, М.Н. Вовченко, Е.А. Буряковская
ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины», Харьков

Эффективность контроля факторов кардиоваскулярного риска на амбулаторном этапе

Цель работы — определение эффективности контроля артериального давления и показателей липидного обмена на амбулаторном этапе у больных высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска, ранее прошедших лечение в стационаре клиники ГУ «Национальный институт терапии имени Л.Т. Малой НАМН Украины».

Материалы и методы. Было обследовано 43 пациента. Медиана возраста составила 63,3 года.

Результаты и обсуждение. Подавляющее большинство пациентов имели избыточную массу тела или ожирение I—III степени. Установлено, что на фоне длительной амбулаторной терапии 53 % больных не достигали целевых уровней артериального давления. Показатели холестерина липопротеидов низкой плотности не были оптимальными у 51 % больных.

Выводы. Подавляющее число пациентов на амбулаторном этапе не достигают целевых показателей артериального давления и холестерина липопротеидов низкой плотности.

Ключевые слова: артериальное давление, холестерин, эффективность лечения.

G.S. Isayeva, L.A. Reznik, M.M. Vovchenko, O.O. Buryakovska
SI «National Institute of Therapy named after L.T. Mala of NAMS of Ukraine», Kharkiv

Efficiency of control of cardiovascular risk factors at the ambulator stage

Objective — to determine the effectiveness of blood pressure monitoring and lipid metabolism indicators at the outpatient stage in patients with high and very high cardiovascular risk who were previously treated in the hospital for in-patients of the SI «National Institute of Therapy named after L.T. Mala of NAMS of Ukraine».

Materials and methods. 43 patients were examined. The middle age was 63,3 years.

Results and discussion. The overwhelming majority of patients had an overweight or obesity of I—III degree. It was established. It was found that in 53 % of cases target blood pressure levels were not achieved against the background of long-term outpatient therapy. The cholesterol levels of low-density lipoproteins were not optimal in 51 % of patients.

Conclusions. The overwhelming majority of patients on outpatient treatment do not achieve the targets of blood pressure and low-density lipoprotein cholesterol.

Key words: blood pressure, cholesterol, effectiveness of treatment.