

Вторичная профилактика ишемической болезни сердца у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, на примере московской популяции

Р.Г. Оганов¹, В.К. Лепакхин², С.Б. Фитилев², А.М. Левин², И.И. Шкробнева², Ю.Ю. Титарова², С.В. Громаковская²

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава;

²Российский университет дружбы народов. Москва, Россия

Secondary prevention of coronary heart disease in Moscow-population patients with myocardial infarction

R.G. Oganov¹, V.K. Lepakhin², S.B. Fitilev², A.M. Levin², I.I. Shkrebneva², Yu.Yu. Titarova², S.V. Gromakovsaya²

¹State Research Center For Preventive Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation;

²Russian University of People's Friendship. Moscow, Russia.

Цель. Оценить степень выполнения рекомендаций международных руководств российской клинической практикой в области терапии и вторичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), на примере московской популяции.

Материал и методы. Случайным образом отобраны 5 тыс. амбулаторных карт больных, посетивших московский городской кардиодиспансер в 2001г, среди них выявлено 623 пациента, перенесших когда-либо ИМ. По данным, приведенным в амбулаторных картах, анализировались распространенность основных факторов риска (ФР) ИБС у этих пациентов, медикаментозная терапия, частота использования инвазивных методов диагностики и инвазивной терапии ИБС и отражения в амбулаторных картах рекомендаций по вторичной профилактике ИБС.

Результаты. Выявлено недостаточное внимание московских специалистов к основным ФР ИБС. Обнаружены несоответствия международным рекомендациям при назначении препаратов основных профилактических групп – статинов, антитромбоцитарных средств, использовании эффективных доз антигипертензивных препаратов, необоснованное применение антагонистов кальция дигидропиридинового ряда первого поколения. Остается низким уровень использования инвазивных методов диагностики и лечения ИБС по сравнению с экономически развитыми странами Европы и мира.

Заключение. Отмечено значительное несоблюдение международных рекомендаций в области вторичной профилактики ИБС у пациентов, перенесших ИМ.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, вторичная профилактика, терапия.

Aim. To assess the implementation of international guidelines on coronary heart disease (CHD) treatment and secondary prevention into Russian clinical practice, by examining Moscow- population patients with myocardial infarction (MI).

Material and methods. Five thousand out-patient medical cards of the individuals, who attended the Moscow City Cardiology Dispanser in 2001, were randomly selected. Among them, 623 patients had MI in anamnesis. According to medical documents data, the prevalence of CHD risk factors (RF), drug therapy administered, invasive CHD diagnostics and treatment, and CHD secondary prevention advice, were analyzed.

Results. Among Moscow physicians, inadequate awareness on CHD RF was observed. International guidelines were not followed: in particular, under-treatment with statins, antiplatelet agents, effective doses of antihypertensives, as well as over-treatment with first-generation calcium antagonists, were registered. Invasive CHD diagnostics and treatment were still used rarely, comparing to developed countries in Europe and worldwide.

Conclusion. In the area of CHD secondary prevention for MI patients, a huge gap between international guidelines and actual clinical practice was observed.

Key words: Coronary heart disease, myocardial infarction, secondary prevention, therapy.

© Коллектив авторов, 2005

e-mail: oganov@online

clphtest@yandex.ru

Заболеваемость и смертность в России от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в целом и от ишемической болезни сердца (ИБС) в частности по-прежнему выше, чем в развитых странах мира и, к сожалению, не имеют тенденции к снижению. Одним из мощных резервов улучшения состояния дел в этой области является изменение отношения отечественных специалистов к современным принципам терапии и вторичной профилактики ИБС.

В некоторых странах мира и Европы пристальное внимание врачей к проблемам вторичной профилактики ИБС позволило существенно снизить смертность от ССЗ и реально улучшить статистику в этой области. Демонстрацией интереса к проблеме вторичной профилактики ИБС стали исследования EUROASPIRE I (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events I) и EUROASPIRE II, выполненные в рамках Euro Heart Survey Programme под эгидой Европейского общества кардиологов. Исследование EUROASPIRE I проводилось в 1995–96 гг в 9 европейских странах (Венгрия, Германия, Испания, Италия, Нидерланды, Словения, Финляндия, Франция, Чехия), а идентичное ему исследование EUROASPIRE II – в 1999–2000 гг в 15 европейских странах (дополнительно к перечисленным – Бельгия, Великобритания, Греция, Ирландия, Польша, Швеция). Российская Федерация (РФ) в обоих проектах участия не принимала. Оба исследования посвящены вопросам реального выполнения требований европейских руководств по вторичной профилактике ИБС.

Целью настоящей работы является изучение реального положения дел с терапией и вторичной профилактикой ИБС у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), в Москве, оценка степени выполнения рекомендаций международных руководств в этой области [1–4], а также попытка сравнительного анализа отечественного опыта с опытом мировой практики.

Материалы и методы

Исследование ДТП-ИМ (Диагностика, Терапия, Профилактика Инфаркта Миокарда) является самостоятельным разделом проведенного авторами на базе московского городского кардиодиспансера (МГКД) исследования ДТП, в ходе которого проанализированы 5000 случайным образом отобранных амбулаторных карт пациентов, посетивших МГКД в 2001 г. Это составило 20% от общего числа пациентов, которые посетили МГКД за этот год. В электронную базу данных была внесена вся

информация о пациентах до направления в МГКД и на момент первого посещения кардиодиспансера в 2001 г. Основными критериями включения пациентов в исследование были:

- посещение кардиодиспансера в 2001 г (пациенты направлялись на консультацию врачами районных поликлиник различных территориально-административных округов Москвы);
- ИМ в анамнезе до 2001 г (на основании записи в амбулаторной карте, сделанной врачом кардиодиспансера);
- отсутствие ИМ, инсульта (МИ) или госпитализаций по поводу ССЗ в течение 6 месяцев до первого посещения кардиодиспансера в 2001 г;
- отсутствие информации об участии в клинических испытаниях в течение 2000–2001 гг.

При изучении амбулаторных карт анализировались следующие данные:

- антропометрические показатели: рост, вес, индекс массы тела (ИМТ);
- данные о наследственной предрасположенности к ИБС и образе жизни пациентов – отношение к курению, физическая активность (ФА), соблюдение диеты;
- артериальное давление (АД);
- лабораторные показатели: уровень общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ЛНП), липопротеидов высокой плотности (ЛВП), триглицеридов (ТГ), содержание сахара в крови;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- проводимая терапия: аспирином, ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), β -блокаторами, гиполипидемическими средствами, другими группами препаратов;
- использование инвазивных методов диагностики – коронароангиография (КАГ) и методов реваскуляризации – коронарная ангиопластика (КАП) и аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Практика применения инвазивных методов диагностики и терапии сравнивалась с данными американской статистики, а остальные показатели – с европейскими исследованиями EUROASPIRE I и EUROASPIRE II [5–10]. В качестве сравнения была использована одна из четырех изучаемых групп пациентов, а именно лица, перенесшие ИМ и проходившие процедуру анкетирования не ранее, чем через полгода после этого события.

Результаты и обсуждение

В исследование ДТП-ИМ были включены 623 пациента, перенесших хотя бы один ИМ в возрасте 25–82 года. Средний возраст всех пациентов в популяции – $58,8 \pm 9,6$ лет (медиана 59); возраст мужчин – $57,0 \pm 9,3$ (56) лет; возраст женщин – $62,4 \pm 9,3$ (63) лет. Возраст первого ИМ у всех пациентов популяции – $53,2 \pm 9,5$ (52); у мужчин – $51,3 \pm 8,9$ (51); у женщин – $57,4 \pm 9,5$ (58). Различия по возрасту и по возрасту первого ИМ между мужчинами и женщинами статистически достоверны. Сравнительные данные о половозрастном составе

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту в сравниваемых исследованиях

Возраст пациентов (лет)	Число пациентов (%)		
	ДТП-ИМ	EUROASPIRE-1#	EUROASPIRE-2#
< 51	20,2	23,1	21,7
51-60	35,3	33,8	34,3
61-70	31,0	43,1	44,0
> 71	13,5	*	*

Примечание: # - данные по всем пациентам, включенным в исследования EUROASPIRE-I и EUROASPIRE-II, а не только из группы ИМ; * - в исследования EUROASPIRE-I и EUROASPIRE-II включались пациенты не > 70 лет.

Таблица 2

Процент женщин в разных возрастных группах

Возраст пациенток (лет)	Число женщин (%)		
	ДТП-ИМ	EUROASPIRE- I#	EUROASPIRE- II #
< 51	15,9	15,8	19,4
51-60	24,5	21,6	21,3
61-70	43,0	31,9	29,9
> 71	53,6	_*	_*
Во всей популяции	32,4%	24,7%	24,7

Примечание: # - данные по всем пациентам, включенным в исследования EUROASPIRE-I и EUROASPIRE-II, а не только из группы ИМ; * - в исследования EUROASPIRE-I и EUROASPIRE-II включались пациенты не > 70 лет.

Таблица 3

Внимание, уделяемое врачами основным ФР, в Москве и ряде Европейских стран

Информация, внесенная в медицинскую документацию	Число записей (%)		
	Москва (амбулаторные карты)	EUROASPIRE II (истории болезни при поступлении)	EUROASPIRE II (эпикризы при выписке)
Данные о наследственной предрасположенности к ИБС	40,1	НД	НД
Отношение пациента к курению	49,3	87,5	66,8
Степень ФА пациента	49,4	НД	НД
Вес и рост пациента	18,1	58,2	27,5
Текущие значения АД	99,5	97,2	57,6
Результаты хотя бы одного измерения содержания ОХС в крови	45,6	67,9	52,6
Результаты хотя бы одного измерения содержания ХС ЛНП	22,0	НД	НД
Результаты хотя бы одного измерения содержания ХС ЛВП	22,6	41,9	НД
Результаты хотя бы одного измерения содержания ТГ	34,7	НД	НД
Значения всех компонентов липидного профиля	21,3	НД	НД
Результаты хотя бы одного измерения содержания глюкозы в крови	31,8	НД	НД

Примечание: НД – нет данных.

исследуемых популяций в Европе и России приведены в таблицах 1 и 2.

Среди московских пациентов 52,6% имели инвалидность. Более одного ИМ перенесли 13,8% пациентов; у 88,3% в диагнозе фигурировала стабильная стенокардия, у 78,7% – недостаточность кровообращения (НК), у 77,7% – артериальная гипертензия (АГ), у 9% – сахарный диабет (СД), 4,7% пациентов перенесли МИ.

Внимание к факторам риска. В таблице 3 представлены данные об отношении врачей к выявлению факторов риска (ФР) у пациентов и их отражению в медицинской документации.

Распространенность ФР в популяции пациентов, перенесших ИМ. В настоящем исследовании вся информация о пациентах была взята только из амбулаторных карт. Из приведенных в таблице 3 данных ясно, что информация о ФР присутствовала далеко не во всех случаях.

В амбулаторных картах 19,3% пациентов отмечена отягощенная наследственность по ИБС, т.е. наличие ИБС у ближайших кровных родственников пациента в любом возрасте, у 20,9% пациентов отсутствовала наследственная предрасположенность к ИБС. В амбулаторных картах остальных пациентов никаких сведений по этому поводу не было.

В амбулаторных картах 41,3% пациентов отмечена недостаточная ФА, у 8,2% больных указывается, что он ведет физически активный образ жизни. Амбулаторные карты остальных пациентов данные по этому поводу не содержали.

В амбулаторных картах указано, что 29,1% пациентов курят и 20,2% не курит. В остальных картах никакой информации по этому поводу не было.

СД указан в диагнозах 9,0% пациентов (в исследовании EUROASPIRE I таких пациентов 18,7%, в исследовании EUROASPIRE II – 19,0%). Существует информация, что в ряде европейских стран СД распространен чаще, чем в РФ, однако следует иметь в виду, что в России есть определенные проблемы со своевременной диагностикой этого заболевания.

В таблице 4 представлены медианы основных показателей пациентов в исследуемых популяциях.

Достижение целевых уровней основных показателей. Международными руководствами, имеющимися на момент исследования (2001г), установлены следующие целевые значения основных характеристик:

- для ИМТ – < 25 кг/м²,
- для САД – < 140 мм рт.ст.,
- для ДАД – < 90 мм рт.ст.,
- для ОХС в крови – < 5,0 ммоль/л,
- для ЛНП – < 3,0 ммоль/л.

Что касается целевых значений для содержания в крови ЛВП, ТГ и глюкозы, то в европейском руководстве 1998г [2] таковые не установлены. Однако в американском руководстве [4] в качестве вторичных целей приводятся следующие целевые уровни:

- для ХС ЛВП – > 1,0 ммоль/л,
- для ТГ – < 2,0 ммоль/л,
- для содержания глюкозы в плазме крови – < 7,0 ммоль/л.

Таблица 4

Значения некоторых характеристик пациентов (медианы)

Исследуемые показатели	ДТП-ИМ	EUROASPIRE I	EUROASPIRE II
Возраст (лет)	59	61,1	НД
Вес (кг)	80	НД	НД
Рост (см)	170	НД	НД
ИМТ (кг/м ²)	28,7	27,7	27,8
САД (мм рт.ст.)	140	137	135,5
ДАД (мм рт.ст.)	90	82	82
ОХС (ммоль/л)	5,9	5,33	5,18
ХС ЛНП (ммоль/л)	4,11	НД	НД
ХС ЛВП (ммоль/л)	1,10	1,16	1,17
ТГ (ммоль/л)	1,48	НД	1,55
Глюкоза (ммоль/л)	5,3	НД	5,9(ммоль/л)

Примечание: САД – систолическое АД; ДАД – диастолическое АД; НД – нет данных.

В таблице 5 отражена распространенность отклонения основных параметров от целевых значений.

Показатели ИМТ, липидного профиля и содержания глюкозы в крови известны не для всех московских пациентов. Результаты исследований EUROASPIRE I и EUROASPIRE II, напротив, полностью отражают реальную картину, т.к. эти проекты предусматривали на этапе интервью полное обследование пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о высоком проценте московских пациентов, у которых не удается достичь целевых уровней указанных показателей.

Рекомендации врачей по поводу изменения образа жизни пациентов. В соответствии с международными рекомендациями по вторичной профилактике ИБС [1-4] врач должен при необходимости дать советы по изменению образа жизни: отказ от курения, физически активный образ жизни, изменение режима питания и/или используемой диеты. Это должно быть отражено в медицинской документации.

Записи о том, что пациенту даны рекомендации по отказу от курения, обнаружены только в 4,3% амбулаторных карт, что в 6,7 раза меньше, чем число карт с указанием на курение пациента. Записи с рекомендациями вести активный образ жизни обнаружены в 36,0% случаев; это на 5% меньше числа амбулаторных карт, где фигурирует недостаточная ФА пациента. Наконец, рекомендации специальных

диеты и режима питания обнаружены в 72,1% амбулаторных карт. Для сравнения в исследовании EUROASPIRE II рекомендации по отказу от курения были даны 89,2% курящих пациентов, по увеличению ФА – 69,3%, по изменению диеты – 32,7% пациентов с АГ и 61,9% пациентов с гиперлипидемией. Следует отметить, что обсуждаемые европейские данные получены не по записям в истории болезни, а по опросам пациентов в ходе интервью. Вполне возможно, что во многих случаях московские врачи также давали устные рекомендации, однако никак не отражали этот факт в амбулаторных картах.

Назначение препаратов основных профилактических групп. Международные руководства по первичной и вторичной профилактике ИБС к медикаментозным средствам профилактики относят антитромботические средства, β -блокаторы, ИАПФ, средства липид-снижающей терапии, из которых наибольшее значение имеют статины. В таблице 6 приведены данные о назначениях этих групп препаратов пациентам рассматриваемой популяции врачами московских поликлиник (ПК) до направления больного на консультацию в МГКД и врачами КД на момент первого посещения пациента МГКД в 2001г, а также аналогичные данные из исследований EUROASPIRE I и EUROASPIRE II для пациентов, предшествующая госпитализация которых была связана с острым ИМ.

Очевидно, что рекомендациям международных руководств чаще следуют доктора КД, чем врачи московских ПК.

Таблица 5

Пациенты, у которых не были достигнуты целевые уровни основных показателей

	Число пациентов (%)		
	ДТП-ИМ	EUROASPIRE I	EUROASPIRE II
ИМТ ≥ 25 кг/м ²	70,8	НД	77,1
ИМТ ≥ 30 кг/м ²	43,4	29,0	30,3
САД ≥ 140 мм рт.ст.	65,3	НД	НД
ДАД ≥ 90 мм рт.ст.	54,3	НД	НД
САД ≥ 140 и/или ДАД ≥ 90 мм рт.ст.	70,1	58,3	46,5
САД ≥ 180 и/или ДАД ≥ 105 мм рт.ст.	17,8	6,9	НД
ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л	81,2	84,2	56,4
ОХС $\geq 5,5$ ммоль/л	63,9	49,3	НД
ОХС $\geq 6,5$ ммоль/л	27,1	13,5	НД
ХС ЛНП $\geq 3,0$ ммоль/л	89,8	64,4	НД
ХС ЛВП $\geq 1,0$ ммоль/л	39,0	23,6	24,7
ТГ $\geq 2,0$ ммоль/л	27,7	32,2	29,6

Сравнительный анализ назначений препаратов основных групп сердечно-сосудистой терапии в сравниваемых исследованиях

Основные группы препаратов	Число пациентов (%)			
	ДТП-ИМ		EUROASPIRE I	EUROASPIRE II
	ПК	МГКД		
Аспирин	49,0	64,2	85,3	86,5
ИАПФ	51,7	70,6	38,6	45,1
β-блокаторы	55,1	69,3	58,2	68,4
Липид-снижающая терапия	4,5	12,4	30,9	60,4
Статины	4,3	12,4	17,4	58,6
Антикоагулянты	0,0	0,0	8,8	8,4
Антигипертензивная терапия	83,7	95,3	86,8	90,6
АК	15,9	18,6	25,8	25,5#
Диуретики	18,1	32,6	16,5	16,8#

Примечание: # - для всех пациентов, а не только после ИМ.

По сравнению с другими странами аспирин врачи московских ПК и КД назначают значительно реже, чем их зарубежные коллеги. Даже в середине 90-х годов ни в одной из стран, принявших участие в исследовании EUROASPIRE I, столь редко аспирин не назначали. Частота применения ИАПФ выше в Москве (и в ПК, и в КД), чем в Европе, а отношение к β-блокаторам не имеет территориальных различий, хотя препараты этой группы используются реже в Великобритании (43,8%), Ирландии и Испании (по 47,3%).

По частоте использования липид-снижающей терапии и статинов московские медики отстают от европейских во много раз, причем не только по сравнению с 2000г, но и с серединой 90-х годов. В свое время публикация результатов исследования 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study) [12] резко увеличила частоту назначения статинов во всех развитых странах: в Чехии 6,3% в середине 90-х годов vs 38,8% в 2000г, в Венгрии – 6,7% vs 45,2%, Италии – 6,8% vs 57% соответственно. В РФ такого роста по известным причинам не наблюдалось. В сравнении с исследованиями EUROASPIRE I и II антагонисты кальция (АК) назначались в московских ПК и КД в меньшем количестве случаев. Известно [12], что пациентам с предшествующим ИМ не следует рекомендовать лечение короткодействующими АК дигидропиридинового типа, в частности нифедипином. Примерно в половине случаев врачи московских ПК из арсенала АК использовали именно этот препарат, а врачи КД

назначали его каждому четвертому больному, нуждавшемуся в АК.

Инвазивная диагностика и инвазивная терапия ИБС. Количество инвазивных вмешательств у пациентов с предшествующим ИМ в Москве (данные 2001г) и США [11] приведены в таблице 7.

По американским официальным статистическим данным [13] в США в 2001г было ~13,2 млн. больных ИБС, из которых 7,8 млн. перенесли ИМ. В том же году этим пациентам было выполнено > 1,3 млн. диагностических КАГ, > 0,5 млн. АКШ, > 1 млн. КАП. У российских пациентов, перенесших ИМ, КАГ проводилась в 7,7 раза, КАП более чем в 25 раз, а АКШ в ~3,7 раза реже, чем американским пациентам, перенесшим ИМ. Процент больных, перенесших ИМ, которым назначают АКГ и КАП, в США продолжает расти, а процент пациентов, которым выполняют АКШ, последние годы немного снижается. Решение данной проблемы в России требует незамедлительных усилий.

Таблица 7

Практика инвазивной диагностики и инвазивной терапии у пациентов с предшествующим ИМ в Москве и США

Виды инвазивных вмешательств	Количество инвазивных вмешательств (%)	
	ДТП-ИМ 2001г	США 2001г
КАГ	8,3	~64
КАП	1,6	~43
АКШ	4,3	~16

В целом, страны с высоким уровнем здравоохранения крайне не удовлетворены состоянием дел в области вторичной профилактики ИБС. Тем не менее, за период между исследованиями EUROASPIRE I и EUROASPIRE II прослеживается определенная положительная динамика, которая реально отражается на ситуации с ССЗ не только в экономически развитых странах, но и государствах Восточной Европы [14].

В РФ этот эффективный рычаг игнорируется и на уровне государства – отсутствие крупномасштабных, регламентированных исследований, бюджетного финансирования специальных программ инвазивных методов диагностики и лечения, информационного обеспечения, и на уровне конкретных специалистов.

Азбучные истины профилактики игнорируются практически по всем пунктам. Внимание, уделяемое московскими врачами ФР, недостаточно от момента их фиксирования в документации, в разъяснительной работе с пациентами, до профессионального стремления к достижению целевых уровней значений рекомендуемых параметров. Внимание врачей к ФР и их коррекции по итогам исследований EUROASPIRE I и EUROASPIRE II признано неудовлетворительным. Отношение московских специалистов к этой проблеме находится на еще более низком уровне.

Идеологи исследований EUROASPIRE I и EUROASPIRE II считают ситуацию с контролем АД в европейских странах крайне неудовлетворительной, т.к. среди больных, получающих антигипертензивную терапию, у половины не удастся достичь целевых значений АД. Положение в Москве более серьезное, несмотря на то, что процент пациентов, принимающих антигипертензивные средства, в Москве выше, чем в европейских странах в 2000г и выше, чем в середине 90-х годов. Вероятно, этот парадокс отчасти объясняется неадекватностью используемых доз базисных препаратов, а также отсутствием внимания к важнейшим ФР АГ – низкой ФА и избыточному весу. В таблице 8 приведены медианы суточных доз наиболее часто назначаемых московскими врачами антигипертензивных препаратов.

Очевидно, что наиболее часто устанавливаются дозы, близкие к минимально эффективным.

Контроль содержания ОХС в Москве осуществляется значительно хуже, чем в Европе. Процент больных с уровнем ОХС > 5,0 ммоль/л в обследованной популяции сейчас находится примерно на том же уровне, что в европейских странах в середине 90-х годов. Назначение статинов в Москве в 2001г даже не достигло уровня Европы середины 90-х. Объяснить это только их низкой экономической доступностью вряд ли уместно. Большой резерв в увеличении количества назначений гиполипидемических средств пациентам, перенесших ИМ, заложен в изменении отношения самих врачей к данной проблеме.

Важной профилактической составляющей является антитромбоцитарная терапия. Несмотря на доказанность эффективности применения аспирина, процент его назначений недостаточен.

Таким образом, состояние вторичной профилактики ИБС у московских больных, перенесших ИМ, на 2001г можно оценить как неудовлетворительное. Практически ни один из рекомендуемых алгоритмов вторичной профилактики не используется в полном объеме и достаточно эффективно. Поэтому ожидание улучшения показателей статистики в области вторичной профилактики ССЗ вряд ли реально, если не сделать своевременных выводов и не предпринимать соответствующих усилий.

Таблица 8

Медианы суточных доз наиболее часто назначаемых антигипертензивных препаратов в Москве по данным исследования ДТП-ИМ

Название препаратов	Медианы доз (мг)	
	ПК	МГКД
Атенолол	50	50
Эналаприл	10	10
Метопролол	50	50
Периндоприл	2	2
Индапамид	2	2
Каптоприл	25	37,5
Фуросемид	40	40
Гипотиазид	25	25
Фозиноприл	10	10
Амлодипин	5	5
Нифедипин	30	20
Пропранолол	40	60
Верапамил	160	160

Проведенное ретроспективное исследование состояния вопроса в области вторичной профилактики ИБС у московских пациентов, ранее перенесших ИМ, на период 2001г в Москве позволило сделать следующие выводы:

- Московскими специалистами уделялось недостаточное внимание основным ФР ИБС; выявлена низкая активность в области контроля таких показателей, как ИМТ, АД, составляющих липидного профиля, содержания глюкозы в крови, а также низкий процент достижения их целевых уровней.
- Имеются несоответствия международным рекомендациям в области частоты назначения препаратов основных профилактических групп (статинов, антитромботических средств), использования эффективных доз антигипертензивных средств, необоснованного применения АК дигидропиридинового типа первого поколения.
- Остается низким уровень использования инвазивных методов диагностики и лечения ИБС по сравнению с экономически развитыми странами Европы и мира.

Литература

1. Pyörälä K, De Backer G, Graham I, et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology, European Atherosclerosis Society and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994; 15(10): 1300-31.
2. Pyörälä K, Wood D. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: European recommendations of the Second Task Force of the European and other Societies on coronary prevention, revived and reinforced. *Eur Heart J* 1998; 19(10): 1413-5.
3. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. European guidelines on cardiovascular prevention in clinical practice: recommendations of the Third Joint Task Force of the European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2003; 24(17): 1601-10.
4. AHA Medical/Scientific Statement. Consensus Panel statement. Preventing Heart Attack and Death in Patients With Coronary Disease. *Circulation*, 1995; 92: 2-4.
5. 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.
6. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001; 22: 554-72.
7. EUROASPIRE I and II Study Group. Critical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. *The Lancet* 2001; 357: 995-1001.
8. Mayer O, Simon J, Heidrich Jr, et al. Educational level and risk profile of cardiac patients in the EUROASPIRE II substudy. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(1): 47-52.
9. EUROASPIRE I and II Study Group. Blood pressure in insufficiently controlled in European patients with established coronary heart disease. *J Hypertens* 2003; 21(10): 1831-40.
10. EUROASPIRE Study Group. Potential for cholesterol lowering in secondary prevention of coronary heart disease in Europe: findings from EUROASPIRE study. *Atherosclerosis* 2000; 153(2): 505-17.
11. Bertoni AG, Bonds DE, Lovato J, et al. Sex disparities in Procedure Use for Acute Myocardial Infarction in the United States, 1995 to 2001. *Am Heart J* 2004; 147(6): 1054-60.
12. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian simvastatin survival study. *Lancet* 1994; 344: 1383-9.
13. Heart Disease and Stroke Statistics – 2004 Update. American Heart Association.
14. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D, et al. The Burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. *Eur Heart J* 1997; 18(8): 1231-48.

Поступила 04/05-2005