

Особенности ведения больных со стенокардией напряжения в условиях реальной амбулаторной практики в Украине: результаты многоцентрового скринингового исследования

А.Н. Пархоменко от имени группы исследователей программы ЭСКУЛАП

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: стенокардия напряжения стабильная, течение, лечение, эпидемиологическое исследование, амбулаторная практика, Украина

В декабре 2008 г. в Украине завершилось эпидемиологическое исследование ЭСКУЛАП (Эпидемиологическое исследование Клинического течения и лечения стабильной стенокардии У пациентов в реальной Амбулаторной Практике), посвященное изучению особенностей клинического течения и лечения больных со стабильной стенокардией напряжения в условиях реальной амбулаторной практики, инициированное Рабочей группой по неотложной кардиологии Ассоциации кардиологов Украины при спонсорской поддержке фармацевтической компании «Servier» (Франция). Идея подобного исследования зародилась более 10 лет назад, когда специалисты Украины в области интенсивной терапии и реанимации в кардиологии обратились к проблеме профилактики коронарных катастроф. Этот важный для клинической практики вопрос впервые для отечественных кардиологов был озвучен во время Европейского совещания по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в Европейском доме сердца (поселок София-Антиполис возле Ниццы, Франция) в 1996 г. (присутствовали проф. А.Н. Пархоменко (Киев), проф. В.К. Ташук (Черновцы), проф. И.И. Ермакович, (Харьков)). С этого времени следует отметить начало активизации профилактического направления в кардиологии в странах Европы [4] и попытках популяризации и осмысления этого направления для практикующих кардиологов Украины. С тех пор создано несколько версий Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний [5] с участием 7 Европейских обществ, в подготовке ряда из которых автор принимал непосредственное участие как

куратор направления от Европейского общества кардиологов в 2002–2004 гг.

На сегодняшний день абсолютно доказана необходимость проведения индивидуального анализа факторов риска развития и прогрессирования атеросклероза венечных артерий сердца, многие из которых являются также факторами риска развития обострений этого прогрессирующего процесса – нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда [1]. Проблема профилактики развития острых коронарных катастроф на сегодняшний день как никогда актуальна в Украине – и не только с точки зрения снижения частоты возникновения острого инфаркта миокарда, но и внезапной смерти на фоне дестабилизации атеросклеротической бляшки. В связи с этим особенно актуальным является выявление факторов риска развития и прогрессирования коронарного атеросклероза с последующей дестабилизацией (разрыв или надрыв) атеросклеротической бляшки [2]. В свою очередь, обнаружение модифицируемых факторов риска (повышенное артериальное давление, нарушение толерантности к глюкозе, избыточная масса тела, наличие гиперхолестеринемии и дислипидемии, курение [6], малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем) может способствовать своевременной их коррекции и предупреждению риска развития сердечно-сосудистых катастроф [8]. При наличии же коронарного атеросклероза к наиболее важному прогностическому фактору риска возникновения инфаркта миокарда и внезапной коронарной смерти относят наличие у больных симптомов стенокардии напряжения [7]. Как правило, больные с такими жалобами обращаются к врачам

поликлинических отделений, которые зачастую вынуждены решать вопрос о своевременности и адекватности оказания помощи.

В связи с этим особенно важным представляется своевременное выявление и лечение больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), направленное на снижение сердечно-сосудистого риска на первом этапе (амбулаторном) оказания медицинской помощи [1].

К большому сожалению, у нас отсутствует какая-либо достоверная статистическая отчетность при ИБС, включая обострения этого заболевания. Поэтому реальная картина обращаемости по поводу стенокардии напряжения, клиническая характеристика таких больных и тактика оказания помощи представляют несомненный интерес не только для практикующих врачей, но и для организаторов здравоохранения, представителей страховой медицины.

С другой стороны, для выработки будущей стратегии, направленной на снижение риска развития сердечно-сосудистых катастроф в Украине, необходимо получить и проанализировать важные и недостаточно на сегодняшний день освещенные данные об амбулаторных пациентах со стенокардией, которые можно получить только в результате проведения скринингового исследования. Среди них:

- сведения о клинико-anamnestической характеристике амбулаторных больных со стенокардией в Украине, сопутствующей патологии, степени кардиоваскулярного риска;
- информация об основных причинах, заставивших пациента обратиться за медицинской помощью в поликлиническое отделение;
- данные об особенностях клинического течения заболевания и его осложнениях;
- информация о получаемом ранее лечении и соблюдении назначений врача (данные о приверженности больного лечению).

В связи с этим в 2008 г. был выполнен эпидемиологический срез (*epidemiological survey*) с целью получения данных об уровне диагностики и лечения стенокардии в условиях реальной амбулаторной практики в Украине с целью оценки эффективности работы по вторичной профилактике сердечно-сосудистых катастроф (в соответствии с национальными [2] и международными [3] рекомендациями). Настоящий срез также планировался как средство оценки качества оказания помощи больным со стабильной стенокардией, включая частоту проведения коронарной ангиографии для решения

вопроса о целесообразности реваскуляризации миокарда и полноту рекомендованной фармакотерапии.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели был проведен скрининг 1700 больных, из которых включены в исследование 1563 пациента, обратившихся за медицинской амбулаторной помощью по поводу приступов в области грудной клетки, верифицированных врачами как эпизоды стенокардии.

Программа скрининга включала заполнение анкет, которые содержали общие сведения (в частности пол, возраст), антропометрические, клинико-anamnestические данные, жалобы на момент обращения к врачу, данные об уровнях артериального давления и частоте сокращений сердца (измерение согласно международным рекомендациям, описание которых приводилось на обратной стороне листка скрининга), также отмечали результаты последнего (на протяжении 3 мес) определения в крови уровня общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов, глюкозы, креатинина. Кроме того, фиксировали сопутствующие заболевания и проводимое лечение стенокардии на момент осмотра. При этом учитывали коррекцию медикаментозного лечения после осмотра врача.

В проведении скрининга, основанного на включении первых 10 последовательно обратившихся пациентов с жалобами на стенокардию напряжения, участвовало 166 врачей поликлинических отделений стационаров из 20 городов Украины (список участников приводится в приложении).

Результаты и их обсуждение

В исследование было включено 62,5 % мужчин и 34,5 % женщин с симптомами стенокардии. Основная часть мужчин, которые обращаются в поликлинику с приступами стенокардии, относится к возрастной категории 40–60 лет. Доля пациентов данной возрастной категории составляет 61 % от всех обращений среди мужской популяции, что свидетельствует о высокой распространенности стенокардии у пациентов трудоспособного возраста. Среди женщин основная часть обратившихся была старше

60 лет – 59 % из числа обратившихся женщин. Полученные данные подтверждают концепцию более раннего развития и прогрессирования атеросклеротического процесса у мужчин, по сравнению с женщинами. С другой стороны, эти сведения свидетельствуют о высокой частоте преждевременного развития коронарной патологии у пациентов мужского пола. Около 50 % лиц этой возрастной группы перенесли инфаркт миокарда. Кроме того, многие пациенты имели несколько модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска: избыточную массу тела, различный стаж курения, артериальную гипертензию (АГ), сахарный диабет. Ожирение (индекс массы тела – 30 кг/м² и более) имели 10,2 % пациентов. Из всех обследованных доля курящих мужчин составила 24,6 %, женщин, которые курят, – 3,25 %, а пациентов, которые бросили курить в течение последнего года, было всего лишь 5,2 %.

В общей популяции пациентов отмечена низкая физическая активность – регулярные физические нагрузки имели только 19,5 % больных. При этом у большинства участников исследования повседневная деятельность не была связана с физической активностью.

Среди сопутствующей патологии наиболее часто регистрировали АГ (81,6 %), сердечную недостаточность (61,8 %), сахарный диабет (20 %). Известные нарушения функции почек составили 6,7 %, заболевания желудочно-кишечного тракта – 16,1 %, известный аортальный порок – 5,1 %, нарушение функции щитовидной железы отмечено у 44 % опрошенных (из них у 7,2 % – гипертиреоз и 92,8 % – гипотиреоз), анемия – у 1,9 %, заболевание периферических артерий – у 13,7 %, перенесенный инсульт, транзиторные ишемические атаки – у 5,6 %, хронические обструктивные заболевания легких – у 7,9 %.

Следует отметить, что при такой высокой частоте развития АГ у этой категории больных адекватный контроль артериального давления (систолическое – ниже 140 мм рт. ст.) на этапе скрининга больных составил только 43 %. Кроме того, у 67,8 % пациентов не был обеспечен адекватный контроль частоты сокращений сердца, превышающей 70 в 1 мин. При этом подавляющее большинство участников исследования имели II–III класс стенокардии по шкале Канадского общества кардиологов (соответственно 46,0 и 46,3 %), более половины больных испытывали 6 и более приступов стенокардии в течение недели. Так, за последнюю неделю до обращения к врачу среднее количество приступов стенокардии составило: от 1 до 3 – 33,3 %, от 4 до 6 – 30,8 %, от 7 до 10 – 22,2 %, от 11 до 20 – 12,2 %, более 21 приступа стенокардии в неделю – у 1,5 % пациентов.

Следует подчеркнуть, что распределение по частоте приступов стенокардии у мужчин и женщин было приблизительно одинаковым (рис. 1). У 1193 (76,3 %) пациентов приступы стенокардии регистрировали при физической нагрузке, у 286 (24,0 %) пациентов были также приступы стенокардии в состоянии покоя. У 21 (1,35 %) пациента отмечались приступы стенокардии только в состоянии покоя. Несмотря на наличие приступов стенокардии 29,4 % пациентов не принимали короткодействующих нитратов.

Из перечисленных характеристик больных следует, что большинство из них относятся к группе высокого риска сердечно-сосудистых осложнений, что требует использования комбинированного фармако-инвазивного подхода к их лечению.

Основанием для установки первичного диагноза ИБС у 98,8 % пациентов служили наличие загрудинных болей предположительно ишемической этиологии, у 67,1 % – положи-

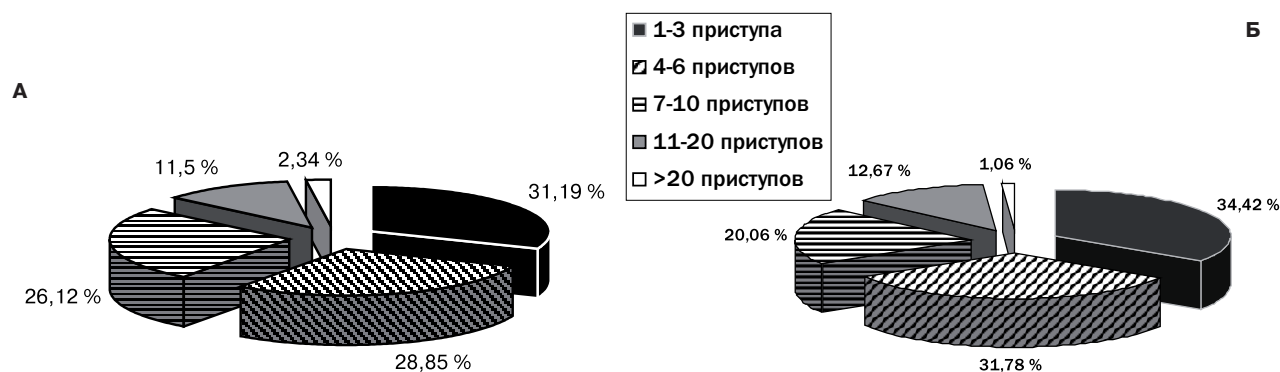


Рис. 1. Количество приступов стенокардии у женщин (А) и у мужчин (Б) за последнюю неделю до обращения к врачу.

тельный ЭКГ-тест в состоянии покоя, у 82,1 % – положительный ЭКГ-тест при физической нагрузке, у 65,2 % – перенесенный инфаркт миокарда с зубцом Q. 31 % больных имели положительный результат коронарной ангиографии (наличие гемодинамически значимого стенозирования венечных артерий) или подверглись операции аортокоронарного шунтирования/стентированию.

При этом частота проведения ангиографического исследования в целях верификации диагноза была всего 15,9 %, что согласно современным стандартам является крайне недостаточным.

Среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда, у 85 % был один инфаркт миокарда в анамнезе, у 12 % – два, у 2,5 % – три (рис. 2). Распределение больных по возрасту, в котором был перенесен инфаркт миокарда, приведено на рис. 3.

Результаты последнего исследования липидного спектра крови были доступны лишь у части больных. У 44,5 % больных уровень общего холестерина составил 5,8 ммоль/л (min/max=2,7/8,5), у 10,9 % больных был известен уровень холестерина ЛПНП – 2,77 ммоль/л

(1,26/5,8), у 15,9 % больных – уровень холестерина ЛПВП был 1,24 ммоль/л (0,42/3,6), у 18,9 % пациентов уровень триглицеридов был 1,69 ммоль/л (0,4/3,84). Результаты исследования глюкозы натощак были известны у 45,36 % больных – 5,7 ммоль/л (3,0/13,5), уровень креатинина сыворотки крови был известен у 17,65 % пациентов – 85,5 мкмоль/л (62,4/156). Из пациентов, которым определяли уровень глюкозы натощак, у 28 % гликемия была более 5,5 ммоль/л. Следует подчеркнуть, что несмотря на небольшое повышение уровня общего холестерина, содержание холестерина ЛПНП было увеличено и не соответствовало современным целевым значениям данного показателя (особенно у больных, перенесших инфаркт миокарда или процедуру реваскуляризации – аортокоронарное шунтирование или стентирование венечных артерий). При этом у подавляющего большинства больных не регистрировали выраженных нарушений углеводного обмена и функции почек.

В числе больных, обратившихся в поликлинические отделения, находились пациенты, которым ранее было проведено инвазивное лечение стенокардии: у 11,6 % больных выполнено чрескожное коронарное вмешательство со стентированием венечных артерий, у 11,7 % – аортокоронарное шунтирование. В период после реваскуляризации миокарда у большей части больных в период наблюдения до 5 лет регистрировали приступы стенокардии (рис. 4).

В современной стратегии лечения больных с ИБС важная роль принадлежит медикаментоз-

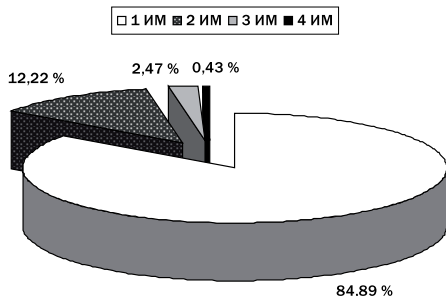


Рис. 2. Распределение больных по количеству перенесенных инфарктов миокарда (ИМ).

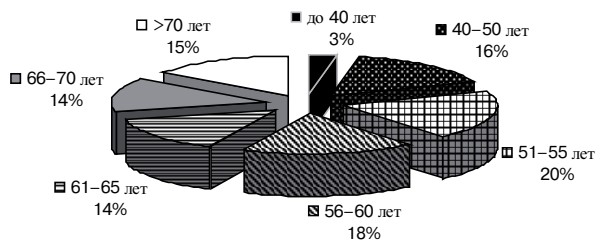


Рис. 3. Распределение больных по возрасту, в котором был перенесен инфаркт миокарда.

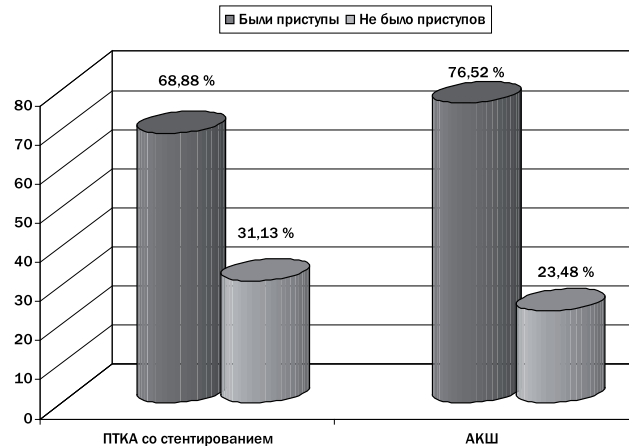


Рис. 4. Распределение пациентов по количеству приступов стенокардии после операции. ПТКА – перкутанная транслюминальная коронарная ангиопластика; АКШ – аортокоронарное стентирование.

ным методам. С целью оптимизации лечения ИБС, наряду с коррекцией модифицируемых факторов риска, следует использовать весь потенциал медикаментозной терапии, в том числе и возможности препаратов с кардиопротекторным механизмом действия. Медикаментозная терапия, назначавшаяся пациентам в амбулаторной практике, до обращения больного по данной программе, была следующей. Антитромбоцитарные препараты до включения в исследование принимали 75,8 % пациентов, статины – 50,2 %, β -адреноблокаторы – 64,9 %, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – 56,5 %, нитраты длительного действия – 51,9 %, антагонисты кальция – 18,1 %. Доля прочих антиангинальных препаратов составила: сиднофарм – 3,2 %, ивабрадин – 1,9 %, триметазидин MR (Предуктал MR, Servier, Франция) – 9,5 %.

Коррекция медикаментозного лечения больных с ИБС после включения в исследование заключалась, прежде всего, в увеличении доли в структуре назначаемых лекарственных средств антитромбоцитарных препаратов, статинов, β -адреноблокаторов, ИАПФ. Антитромбоцитарная терапия была назначена 92,4 % пациентов (+16,6 % в абсолютных значениях), назначение статинов увеличилось до 85,3 % (на 35,1 %), β -адреноблокаторов – до 81,3 % (на 20,4 %), ИАПФ – до 76,1 % (на 19,6 %). Была усилена антиангинальная терапия: назначение нитратов длительного действия возросло до 60,9 %, антагонистов кальция – до 23,9 %, ивабрадина – до 6,5 % и триметазида MR – до 84,5 %.

Хотя частота назначения триметазида MR, на первый взгляд, кажется высокой, однако проведенный ранее анализ украинской популяции пациентов со стенокардией делает ее обоснованной. Сегодня существует возможность усиления консервативной терапии применением миокардиальной цитопротекции, которая может служить также средством патогенетического лечения больных стабильной стенокардией, в том числе и в период после реваскуляризации. Кроме того, она может быть назначена как при наличии показаний (перед планируемой процедурой), так и при наличии противопоказаний к хирургическому/интервенционному вмешательству или в случаях рефрактерности к проводимой терапии с целью стабилизации состояния пациентов со стено-

кардией; в ряде случаев такой подход может быть применен у больных с высоким риском – пожилого возраста с сопутствующей патологией (особое значение имеет сахарный диабет) и многососудистым поражением миокарда, – в качестве патогенетической терапии вместе с препаратами базисного лечения.

Выводы

1. Несмотря на существующие сегодня ограничения, адекватность постановки первичного диагноза ишемической болезни сердца в большинстве случаев соответствует современным стандартам.

2. В диагностике ишемической болезни сердца и/или оценке эффективности профилактических вмешательств недостаточно широко используется коронароангиография, позволяющая решать вопросы о выборе и объеме дальнейших лечебных мероприятий.

3. Выявление и устранение модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых осложнений требует активного и внимательного подхода со стороны врачей первичного этапа медицинской практики.

4. Большинство больных со стенокардией, обращающихся за медицинской помощью, относятся к категории высокого риска больных с ишемической болезнью сердца работоспособного возраста.

5. В лечении пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском недостаточно полно используются возможности современной фармакотерапии, применение которой позволяет существенно увеличить продолжительность жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

6. Используемая в амбулаторной практике медикаментозная терапия зачастую не эффективна в предупреждении развития приступов стенокардии, что диктует необходимость приведения ее в соответствие с существующими стандартами лечения.

Таким образом, анализ скринингового эпидемиологического исследования оказания амбулаторной помощи больным со стенокардией напряжения в различных регионах Украины показал, что оценка уровня риска и адекватности назначенного лечения является важной клинической задачей и требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Настанова з кардіології / За ред. В.М. Коваленка. – К.: Моріон, 2009. – 1368 с.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. – К., 2008.
3. ESC guidelines on the management of stable angina pectoris // Eur. Heart J. – 2006. – Vol. 27. – P. 1341-1381.
4. Gaziano T.A. Reducing the growing burden of cardiovascular disease in the developing world // Health Affairs. – 2007. – Vol. 26(1). – P. 13-24.
5. Graham I., Atar D., Borch D, Johnsen K. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: 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) // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. – 2007. – Vol. 14 (Suppl. 2). – P. 1-40.
6. Kawachi I. et al. A prospective study of smoking /passive/ and CAD // Circulation. – 1997. – Vol. 95. – P. 2374-2379.
7. Predicting prognosis in stable angina – results from the Euroheart survey of stable angina: prospective observational study // Brit. Med. J. – 2006. – Vol. 332. – P. 262-267.
8. Timmis A.D. Heart Review: prognosis of stable angina pectoris: why we need larger population studies with higher endpoint resolution // Heart. – 2007. – Vol. 93. – P. 786-791.

Приложение

Список врачей, принявших участие в исследовании ЭСКУЛАП

Кивер Т.П. (Донецк, Университетская клиника), Дорошенко Л.Р. (Донецк, поликлиника ДОКТМО № 2 (ЛСУ), Анненкова И.В. (Донецк, поликлиника ДОКТМО № 2), Буравлева В.Ю. (Донецк, поликлиника № 2 городской больницы № 20), Канана Н.Н. (Донецк, ИНВХ), Князев А.А. (Донецк, ИНВХ), Шкальц М.И. (Донецк, ИНВХ), Гунькина В.Н. (Донецк, Дорожная больница на ст. Донецк), Бессонова И.И. (Донецк, городская поликлиника больницы № 9), Кавун Л.А. (Донецк, городская больница № 21), Мулер С.А. (Донецк, городская поликлиника № 1), Новиченко И.М. (Донецк, городская поликлиника № 1), Букреева Е.А. (Донецк, Центральная городская больница № 14), Демина С.В. (Донецк, Центральная городская больница № 17), Денисенко В.Н. (Донецк, городская больница № 23), Дремов С.В. (Донецк, городская поликлиника профосмотров), Борисенко К.В. (Луганск, городская больница № 3), Бука Н.А. (Луганск, городская больница № 8), Куприянова Л.В. (Луганск, городская поликлиника № 10), Василенко Л.П. (Луганск, городская больница № 15), Бородченко Г.М. (Луганск, городская поликлиника № 12), Галат И.И. (Алчевск, городская поликлиника), Бунина А.А. (Краснодон, городская поликлиника), Парчелли С.В. (Луганск, городская больница № 5), Пащенко Л.Н. (Ильичевск, городская поликлиника), Улахли Н.В. (Мариуполь, городская больница № 9), Бараненко И.В. (Мариуполь, городская больница № 1), Шматко В.Н. (Мариуполь, городская больница № 2), Рома-

ненко А.К. (Мариуполь, городская больница № 2), Хомяк Д.Л. (Львов, городская поликлиника № 2), Тимен А.В. (Львов, поликлиника № 2 городской больницы № 1), Вайда Л.С. (Львов, Дорожная поликлиника), Лисюк Т.Ф. (Львов, городская поликлиника № 5), Палий А.Б. (Львов, городская поликлиника № 5), Химко Н.Р. (Львов, городская поликлиника № 4), Романова Э.Б. (Львов, городская поликлиника № 6), Шелест Н.И. (Львов, городская поликлиника № 6), Котмалева Г.В. (Львов, городская поликлиника № 1), Минаева С.А. (Львов, поликлиника клинической больницы № 4), Подольская И.П. (Львов, поликлиника клинической больницы № 4), Потупа А.И. (Львов, Областной диагностический центр), Чушак С.С. (Львов, Областная больница), Рязанова В.В. (Винница, городская поликлиника № 2), Мазур Л.А. (Винница, поликлиника МВД), Завальнюк А.И. (Винница, поликлиника МКЛ № 3), Малюк М.В. (Винница, поликлиника МКЛ № 1), Петрова И.Н. (Хмельницкий, городская поликлиника № 1), Яржемская И.Л. (Хмельницкий, городская поликлиника № 2), Бонар Е.А. (Хмельницкий, городская поликлиника № 2), Батанова И.В. (Харьков, городская поликлиника № 11), Бережная Т.Ф. (Харьков, городская поликлиника № 6), Ходин В.М. (Харьков, городская поликлиника № 6), Зленко Е.М. (Харьков, консультативная поликлиника Областной клинической больницы), Коломоец Г.Н. (Харьков, консультативная поликлиника Областной клинической больницы), Шашкина Л.П. (Харьков, консультативная поликлиника Областной клинической больницы), Кулич С.Е. (Харьков, городская поликлиника № 5), Кравцова Е.Г. (Харьков, городская поликлиника № 18), Ткаленко О.М. (Новомосковск, поликлиника № 1), Терешина Т.Ф. (Днепропетровск, поликлиника № 15), Медведик С.Н. (Днепропетровск, поликлиника ОЛМ), Титаренко В.А. (Днепропетровск, поликлиника ОЛМ), Баранец В.Н. (Днепропетровск, ЦРБ), Коцаба Н.В. (Днепропетровск, поликлиника № 10), Платонова С.В. (Днепропетровск, поликлиника НТЗ), Берсенева Н.А. (Днепропетровск, поликлиника № 2), Калашник Т.Л. (Днепропетровск, поликлиника УМВС), Олейникова Д.А. (Запорожье, поликлиника № 2), Вертегел Н.И. (Запорожье, поликлиника № 2), Кемкина И.М. (Запорожье, Хортицкая поликлиника), Несмеянов А.М. (Запорожье, Хортицкая поликлиника), Давиденко В.В. (Запорожье, Октябрьская поликлиника), Назаришина И.Ю. (Запорожье, поликлиника № 3), Дудко И.В. (Запорожье, поликлиника № 9), Шленский Б.А. (Запорожье, областная поликлиника), Соколовская В.М. (Днепропетровск, поликлиника ТМО № 4), Егорова Ю.В. (Днепропетровск, поликлиника ДМЗ), Кушнир Л.В. (Днепропетровск, поликлиника больницы № 5), Цыганков А.В. (Днепропетровск, поликлиника

больниці № 6), Пустова Е.Н. (Днепродзержинськ, поліклініка № 3), Макаренко Л.Я. (Харьков, поліклініка УМВС), Кулик В.А. (Харьков, поліклініка дорожньої больниці), Садыкова І.Б. (Харьков, поліклініка дорожньої больниці), Зализняк О.В. (Харьков, поліклініка № 1, 27 городська клінічна больниця), Шевченко Т.І. (Харьков, поліклініка № 8), Магдалиць Т.І. (Харьков, поліклініка № 26), Титова Е.В. (Харьков, поліклініка № 26), Молотягіна С.П. (Харьков, консультативна поліклініка НДІ терапії), Зайченко Е.Л. (Одеса, Железнодорожна поліклініка), Шегера А.В. (Одеса, поліклініка № 5), Лузан І.І. (Одеса, поліклініка № 14), Михеева М.П. (Одеса, поліклініка № 10), Сулейманова Э.А. (Симферополь, залізнична больниця), Гадомяк Е.Н. (Симферополь, городська поліклініка № 2), Чернявська Е.С. (Симферополь, поліклініка Республіканської больниці ім. Н.А. Семашко), Логінова Т.Н. (Симферополь, городська поліклініка № 8), Глауров А.А. (Симферополь, городська поліклініка № 8), Жорник Г.Е. (Симферополь, Гвардійська районна поліклініка), Токунова В.С. (Симферополь, поліклініка Республіканської больниці ім. Н.А. Семашко), Деев М.А. (Симферополь, городська поліклініка № 8), Петрова Н.І. (Севастополь, Медичний центр «Олніл»), Варикаша Е.В. (Симферополь, городська поліклініка № 6), Корохова Л.В. (Симферополь, поліклініка городської больниці № 7), Матвеева О.Н. (Феодосія, городська поліклініка), Федотова А.К. (Симферополь, Кардіологічний диспансер), Короленко А.В. (Севастополь, поліклініка № 1 больниці № 1), Талабішка І.А. (Феодосія, городська поліклініка), Шаронова І.Н. (Керч, поліклініка ТМО № 1 ім. Н.І. Пирогова), Чернова Г.Ф. (Одеса, поліклініка № 6), Жало Т.В. (Одеса, поліклініка № 20), Корнієнко С.І. (Одеса, поліклініка № 19), Лаца О.П. (Одеса, поліклініка № 16), Находнова М.Н. (Одеса, поліклініка № 9), Погребная О.М. (Одеса, поліклініка № 19), Столярова Н.М. (Одеса, поліклініка № 20), Яковлева Л.А. (Одеса, поліклініка № 2), Тихонова С.А. (Одеса, ОДМУ), Беспалова Т.А. (Одеса, поліклініка № 16), Коровина В.П. (Київ, поліклініка МВД), Кучер Е.Д. (Київ, поліклініка Кабінета Міністрів), Горпінченко Е.І. (Київ, поліклініка Кабінета Міністрів), Валестани В.В. (Київ, поліклініка Печерського району № 3), Купина Н.Ю. (Київ, поліклініка Печерського

району № 3), Береза Н.В. (Київ, городська клінічна больниця № 1), Грива А.В. (Київ, поліклініка Кабінета Міністрів), Кожан І.А. (Київ, поліклініка Кабінета Міністрів), Кулікова І.А. (Київ, больниця МВД), Дученко Т.Ф. (Київ, поліклініка № 4), Бурова Т.В. (Київ, поліклініка № 5), Карасева Н.Я. (Київ, поліклініка № 5 Шевченківського району), Голубовська М.І. (Київ, Больниця учених), Сичевська Е.В. (Черкаси, поліклініка № 5), Ковальчук О.М. (Черкаси, поліклініка № 2), Старова Л.Н. (Черкаси, поліклініка № 1), Демченко Е.Ф. (Черкаси, санаторій «Україна»), Румянцев А.П. (Черкаси, поліклініка № 5), Сафонова Л.Н. (Київ, ЦРП Деснянського району), Татарчук І.М. (Київ, ЦРП Деснянського району), Черепань О.В. (Київ, Поліклініка сімейного лікаря), Цива Т.А. (Київ, поліклініка № 3 Святошинського району), Либова Л.Т. (Київ, Центр радіаційної медицини), Нетецька Л.Г. (Київ, поліклініка № 3 Святошинського району), Мельник Н.Г. (Київ, поліклініка № 2 учених НАНУ), Сахно Т.А. (Біла Церква, поліклініка городської больниці № 2), Насвіт Р.А. (Біла Церква, поліклініка городської больниці № 2), Сторожук А.І. (Біла Церква, поліклініка городської больниці № 1), Пророченко І.В. (Київ, городська поліклініка № 3 Соломенського району), Тігай Т.Л. (Київ, городська поліклініка № 1 Соломенського району), Сергійова Л.В. (Київ, городська поліклініка № 2 Соломенського району), Чорнописка З.Б. (Київ, городська поліклініка № 1 Соломенського району), Бланкман І.В. (Київ, городська поліклініка № 1 Голосеевського району), Гребенюк О.В. (Харьков, поліклініка больниці № 28), Мирошник Т.Д. (Харьков, МСЧ № 10), Луцикевич Т.Г. (Харьков, МСЧ № 10), Тимченко С.А. (Харьков, городська поліклініка № 22), Оболенцева Н.Н. (Харьков, поліклініка МСЧ № 3), Чучелина С.В. (Харьков, поліклініка больниці № 3), Гайдук А.А. (Харьков, поліклініка № 21), Попова Л.Г. (Харьков, поліклініка № 1 больниці № 1), Коренева О.І. (Полтава, Обласна кардіологічна поліклініка), Ксенз О.Ю. (Полтава, городська больниця), Неделько Н.Е. (Полтава, Обласна кардіологічна поліклініка), Самойленко Т.Э. (Полтава, поліклініка № 2), Одинец В.П. (Полтава, поліклініка № 4), Зодова Т.Н. (Полтава, Поліклініка залізничників), Харченко Т.А. (Кременчуг, поліклініка «Нефтехімік»), Гайворонська Т.А. (Кременчуг, поліклініка № 1).

Поступила 25.08.2009 г.

The particularities of treatment of angina patients under real outpatient practice in Ukraine: the results of multicenter screening research

A.N. Parkhomenko, on the behalf of ESCULAP Programme study group

In order to obtain data regarding diagnosis and treatment of angina under real ambulatory practice in Ukraine and to estimate the efficacy of secondary prevention we performed screening of 1700 patients. Among them, 1563 patients (62.5 % men and 34.5 % women) requested for medical outpatient aid because of attacks in thorax area verified by physicians as angina episodes. Among men, 61 % were in the age 40–60 years. The larger part of women (59 %) were more than 60 years. The following risk factors were recognized: adiposity – in 10.2 %, smoking – in 24.6 % men and 3.25 % women, only 19.5 % of patients had regular physical activity. Among the examined patients the most frequent concomitant diseases were arterial hypertension (81.6 %), heart failure (61.8 %), diabetes mellitus (20 %). More than half of patients had 6 or more angina attacks per week. 50 % of patients of able-bodied age had a minimum one myocardium infarction. Before being included in the research the treatment included: antiplatelet drugs – in 75.8 % patients, statins – 50.2 %, beta-blockers – 64.9 %, angiotensin-converting enzyme inhibitors – 56.5 %, long-acting nitrates – 51.9 %, calcium antagonists – 18.1 %, molsidomin – 3.2 %, ivabradine – 1.9 %, trimetazidine MR – 9.5 %. It was established that in most cases the adequacy of primary ischemic heart disease (IHD) diagnosis corresponds to the existing standards; coronary angiography is used insufficiently in IHD or/and efficacy estimation of preventive measures; the majority of angina patients asking for medical aid belong to the high risk IHD patients of able-bodied age; in treatment of high cardiovascular risk patients the possibilities of contemporary pharmacotherapy are insufficiently used.