

Ангіографічні ознаки коронарного атеросклерозу і вторинна профілактика ішемічної хвороби серця

Н.І. Бардаченко, О.В. Курята

Дніпропетровська державна медична академія

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ішемічна хвороба серця, коронарографія, креатинін, швидкість клубочкової фільтрації

Хвороби системи кровообігу становлять близько 49 % у структурі загальної смертності в європейському регіоні (43 % серед чоловіків і 55 % серед жінок) і є головною причиною смерті жінок і чоловіків у всіх європейських країнах. У загальній структурі смертності в Україні питома вага серцево-судинних захворювань (ССЗ) у 2008 р. становила 63,6 % [6].

Ішемічна хвороба серця (ІХС) є основною причиною смертності в Європі, спричиняючи майже 2 млн смертей щорічно. Від ІХС щороку гине 21 % чоловіків і 22 % жінок. Патологія вінцевих артерій є причиною смерті близько 17 % чоловіків і 12 % жінок віком до 65 років [2].

З 2005 до 2008 р. поширеність і захворюваність на ІХС серед дорослих в Україні збільшилася відповідно на 665 421 та 28 608 (відповідно на 8,7 та 4,7 %) хворих, а серед працездатних – відповідно на 201 221 та 11 538 осіб. Питома вага працездатного населення у поширеності і захворюваності ІХС серед дорослих становить 29,7 і 45,6 % відповідно [2].

Куріння – один із найбільш загрозливих чинників для здоров'я. Вважають, що воно є причиною передчасної смерті більше ніж 1,2 млн жителів Європи щорічно (з них 450 тис. – від ССЗ) і близько 650 тис. мешканців країн ЄС (з них від ССЗ – 185 тис.). Причому пасивне куріння є причиною смерті близько 80 тис. осіб, з яких більше 32 тис. мали ІХС. Загальна кількість курців в Україні становить 10,3 млн осіб. Крім того, 43 % чоловіків та 36 % жінок щоденно зазнають впливу пасивного куріння [2].

Серед факторів ризику розвитку ІХС значну роль відіграють порушення ліпідного обміну. Підвищення рівня загального холестерину (ЗХС) та атерогенних фракцій ліпідного спектра у сироватці крові є достовірним маркером виникнення та прогресування ІХС [10].

Необхідно звернути увагу на несприятливу ситуацію, пов'язану із захворюваністю на цукровий діабет (ЦД) – один із важливих чинників зростання частоти виникнення ССЗ [7]. На сьогодні в Україні один із найвищих рівнів поширеності ЦД у популяції в цілому (у дорослих і дітей) – 9,8 % (середній в Європі – 8,4 %). Прогнозується, що до 2025 р. захворюваність на ЦД в Україні досягне 10,8 % (в Європі в цілому – 9,1 %) [2].

Вважається, що ожиріння також є загрозливим фактором ризику розвитку ССЗ, а наявність ожиріння у хворих на ІХС сприяє її прогресуванню та зростанню рівня смертності. Підвищений ризик виникнення ССЗ, пов'язаний з ожирінням, переважно обумовлений високою частотою коронарних розладів у осіб з надлишковою масою тіла [5].

На сьогодні доведено, що погіршення функції нирок призводить до підвищення ризику розвитку ССЗ [11, 13]. На думку багатьох авторів, зниження швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) є незалежним чинником виникнення серцево-судинних катастроф. З одного боку – це реакція нирок у відповідь на системне ураження судин та порушення ендотеліальної функції, а з другого – відображення ступеня тяжкості і тривалості існування у хворого традиційних серцево-судинних факторів ризику [15]. Недостатня кількість даних про пацієнтів з порушенням функції нирок, які мають найбільш високий ризик розвитку коронарних подій, вимагає подальшого вивчення проблеми.

Мета дослідження – оцінити якість проведення вторинної профілактики ішемічної хвороби серця у клінічній практиці на підставі аналізу медичних даних хворих, яким виконано ангіографічне дослідження вінцевих артерій.

Таблиця 1

Характеристика хворих на ішемічну хворобу серця, що взяли участь у дослідженні

Показник	Величина показника (M±m)			
	у 2006 р. (n=101)	у 2007 р. (n=235)	у 2008 р. (n=258)	за 3 роки (n=594)
Вік, роки	59,30±0,95	57,00±0,61	57,70±0,69	57,70±0,42
САТ, мм рт. ст.	152,9±4,0	140,20±3,94*	143,40±4,27	143,80±7,05
ДАТ, мм рт. ст.	90,00±2,94	79,10±3,48*	85,80±2,42	83,90±5,16
ІМТ, кг/м ²	23,43±1,22	27,33±1,11*	33,97±2,04*	29,55±2,62
Кількість пацієнтів				
Чоловіки	87 (86,1 %)	198 (84,3 %)	196 (76,0 %)	481 (81,0 %)
Жінки	14 (13,9 %)	37 (15,7 %)	62 (24,0 %)	113 (19,0 %)
Вік				
≤ 44 років	5 (5,0 %)	20 (8,5 %)	34 (13,2 %)*	59 (9,9 %)
45–59 років	46 (45,5 %)	128 (54,5 %)	119 (46,1 %)	293 (49,3 %)
≥ 60 років	50 (49,5 %)	87 (37,0 %)*	105 (40,7 %)	242 (40,7 %)
ГХ				
всього	71 (70,3 %)	175 (74,5 %)	216 (83,7 %)	462 (77,8 %)
I–II стадії	44 (62,0 %)	86 (49,1 %)	114 (52,8 %)	244 (52,8 %)
III стадії	27 (38,0 %)	89 (50,9 %)	102 (47,2 %)	218 (47,2 %)
Тривалість існування ГХ				
1–5 років	18 (25,3 %)	40 (22,9 %)	66 (30,6 %)	124 (26,8 %)
6–10 років	19 (26,8 %)	38 (21,7 %)	56 (25,9 %)	113 (24,5 %)
≥ 11 років	34 (47,9 %)	97 (55,4 %)	94 (43,5 %)	225 (48,7 %)
ІМ				
всього	64 (63,4 %)	147 (62,6 %)	158 (61,2 %)	369 (62,1 %)
1	51 (79,7 %)	127 (86,4 %)	134 (84,8 %)	312 (84,5 %)
2	11 (17,2 %)	20 (13,6 %)	18 (11,4 %)	49 (13,3 %)
≥ 3	2 (3,1 %)	–	6 (3,8 %)	8 (2,2 %)
ХСН				
всього	84 (83,2 %)	216 (91,9 %)*	243 (94,2 %)*	43 (91,4 %)
I ФК	18 (21,4 %)	56 (25,9 %)	69 (28,4 %)	143 (26,3 %)
II ФК	65 (77,4 %)	159 (73,6 %)	172 (70,8 %)	396 (72,9 %)
III ФК	1 (1,2 %)	1 (0,5 %)	2 (0,8 %)	4 (0,8 %)
Стенокардія напруження				
всього	78 (77,2 %)	182 (77,4 %)	183 (70,9 %)	443 (74,6 %)
II ФК	29 (37,2 %)	62 (34,1 %)	66 (36,1 %)	157 (35,4 %)
III ФК	47 (60,3 %)	116 (63,7 %)	113 (61,7 %)	276 (62,3 %)
IV ФК	2 (2,5 %)	4 (2,2 %)	4 (2,2 %)	10 (2,3 %)
ЦД	8 (7,9 %)	32 (13,6 %)	32 (12,4 %)	72 (12,1 %)
Куріння	11 (10,9 %)	23 (9,8 %)	39 (15,1 %)	73 (12,3 %)

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими у 2006 р.: * – $P < 0,05–0,001$. Те саме у табл. 2. САТ – систолічний артеріальний тиск; ДАТ – діастолічний артеріальний тиск; ІМТ – індекс маси тіла; ІМ – інфаркт міокарда; ГХ – гіпертонічна хвороба; ФК – функціональний клас.

Матеріал і методи

Проведено одномоментний ретроспективний аналіз 594 історій хвороб пацієнтів з ІХС: 481 (81 %) чоловік та 113 (19 %) жінок віком 25–88 років (у середньому – (57,68±0,42) року), яким проводили коронарографічне дослідження у період 2006–2008 рр. на базі ендоваскулярно-

го відділення обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечнікова м. Дніпропетровська (табл. 1).

При проведенні клініко-діагностичних та лікувальних заходів дотримувалися рекомендацій Української асоціації кардіологів [4] і Європейського товариства кардіологів [9] з діагностики та лікування ІХС, артеріальної гіпертензії (АГ) та хронічної серцевої недостатності (ХСН).

Стадію ГХ оцінювали за характером ураження органів-мішеней за класифікацією, прийнятою в Україні і рекомендованою для подальшого застосування згідно з наказом № 436 від 03.07.2006 р.

ХСН діагностували за наявності об'єктивних та суб'єктивних ознак, характерних для цього клінічного синдрому, анамнестичних даних, фізикального обстеження та лабораторно-інструментальних методів (згідно з наказом № 436 від 03.07.2006 р.).

Ступінь стенозування вінцевих артерій визначали за допомогою коронарографії на апараті Inegris-3000 (Німеччина) на базі ендovasкулярного центру за участю підготовленого спеціаліста з питань ендovasкулярної кардіохірургії згідно з протоколом. Під час проведення коронарографічного дослідження спеціальний катетер вводили через пунктовану стегнову артерію із застосуванням спеціальних катетерів окремо для лівої та правої вінцевих артерій (методика М. Judkins).

У всіх хворих досліджували вміст ЗХС у сироватці крові імуноферментним методом за допомогою колориметричного тесту наборів Human (Німеччина) на біохімічному аналізаторі Chemistry Analyzer RT-1904С.

Функціональний стан нирок оцінювали за показником ШКФ, який розраховували за формулою Кокрофта – Голта, що ґрунтується на концентрації креатиніну сироватки, який визначали за допомогою колориметричних методів.

Всім пацієнтам вимірювали зріст та масу тіла. ІМТ розраховували за формулою: маса тіла (кг) / зріст у квадраті (м²). При цьому згідно з рекомендаціями ВООЗ (1997) нормальній масі тіла відповідає величина ІМТ 18,5–24,9 кг/м², надлишкової – 25–29,9 кг/м², ожирінню – 30 кг/м² і вище.

Вміст глюкози в капілярній крові визначали глюкозооксидазним методом.

Отримані результати представлено у вигляді вибіркового середньоарифметичного значення \pm стандартна похибка середнього ($M \pm m$); якісні – абсолютними і відносними показниками. Достовірність відмінностей середніх величин оцінювали за критерієм Стьюдента (t) для незалежних вибірок, відносних – за критерієм Пірсона (χ^2). Статистично значущими у всіх тестах вважали значення $P < 0,05$. Всі статистичні процедури про-

водили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel 2003, Statistica v.6.1 for Windows.

Результати та їх обговорення

Аналіз даних свідчить, що щорічно збільшується кількість проведених коронарографічних досліджень, серед обстежених майже у 4 рази переважають особи чоловічої статі, зростає частка хворих працездатного віку, особливо у віці до 44 років, ці дані співвідносять-ся з результатами міжнародних досліджень.

Класичні прояви стенокардії спостерігали переважно у пацієнтів з ІХС (74,6 %). При цьому стенокардія напруження переважно відповідала ІІ та ІІІ ФК – відповідно 35,4 і 62,3 % випадків стенокардії за три роки. За цей період стенокардію І ФК не спостерігали, а ІV ФК реєстрували лише в 2,3 % випадків. За період з 2006 до 2008 р. частота виявлення і структура стабільної стенокардії напруження за ФК суттєво не змінилися ($P > 0,10$; див. табл. 1).

У більшості (77,8 %) пацієнтів виявляли ГХ, з них у 47,2 % хворих – ІІІ стадії. Майже у половині (48,7 %) пацієнтів ГХ діагностували понад 11 років тому, в середньому – (15,6 \pm 1,8) року.

ХСН діагностовано у більшості (91,4 %) хворих на ІХС, переважно ІІ ФК (72,9 %). Лише у 0,8 % обстежених реєстрували ХСН ІІІ ФК. Слід відзначити достовірне збільшення частоти виявлення ХСН у 2007–2008 рр. порівняно з 2006 р. ($P < 0,05$), в основному за рахунок ХСН І ФК.

Майже дві третини (62,1 %) обстежених пацієнтів перенесли гострий ІМ, зокрема 84,5 % із них – один, 13,3 % – два, 2,2 % – три і більше. При цьому за три роки кількість випадків розвитку ІМ та їх кратність у хворих, яким виконано ангиографічне дослідження вінцевих артерій, суттєво не змінилися ($P > 0,1$; див. табл. 1).

Практично всі біохімічні показники обстежених пацієнтів з ІХС були у межах норми, окрім рівня ЗХС у сироватці крові, що зріс з (4,82 \pm 0,09) ммоль/л у 2006 р. до (5,34 \pm 0,07) ммоль/л у 2008 р. ($P < 0,001$), і ШКФ, що зменшилася з (67,2 \pm 1,3) до (54,80 \pm 1,35) мл/хв (табл. 2).

При аналізі коронарограм ураження вінцевих артерій частіше реєстрували у чоловіків, ніж у жінок, – відповідно 79,2 і 69,9 % ($P < 0,05$). Це узгоджується з даними, що чоловіки частіше хворіють на ССЗ (ІХС, порушення серцевого

Таблиця 2

Величини стандартних лабораторних показників у хворих на ішемічну хворобу серця

Показник	Величина показника (М±m)		
	2006 р.	2007 р.	2008 р.
Креатинін, ммоль/л	149,9±4,9	152,8±4,7	156,3±4,9
ШКФ, мл/хв	67,20±1,30	60,15±1,21*	54,80±1,35*
Сечовина, ммоль/л	5,87±0,38	5,57±0,11	5,91±0,12
АСТ, ммоль/л	0,47±0,02	0,51±0,02	0,42±0,02
АЛТ, ммоль/л	0,58±0,03	0,62±0,03	0,42±0,02*
Загальний білок, г/л	76,00±0,78	74,40±0,43	72,03±0,47*
Альбумін, г/л	44,30±0,51	43,60±0,40	41,50±0,27*
Гемоглобін, г/л	145,0±1,4	146,00±1,00	141,1±0,9*
ЗХС, ммоль/л	4,82±0,09	5,20±0,07*	5,34±0,07*
Фібриноген, г/л	3,59±0,11	3,56±0,06	3,50±0,06
Глюкоза, ммоль/л	4,90±0,12	4,94±0,10	5,10±0,08

ритму тощо), ніж жінки. У чоловіків частіше, ніж у жінок, виявляють ураження передньої міжшлуночкової (60,1 і 50,4 % відповідно; $P<0,05$) та правої вінцевої артерії (48,9 і 43,4 %; $P>0,1$), проте кількість уражених артерій практично ($P>0,9$) не залежить від статі (рис. 1).

Вивчаючи характер та специфіку порушень коронарного кровообігу у віковому аспекті, виявили таку закономірність: з віком збільшується частота уражень і кількість судин, залучених у патологічний процес. Якщо у віці до 45 років ураження судин при обстеженні реєстрували тільки у 55,9 % пацієнтів, то у віці 45–59 років – у 74,7 % пацієнтів ($P<0,01$), а серед осіб віком понад 60 років – у 86,0 % ($P<0,001$; табл. 3). Для пацієнтів віком 45–59 років більш характерне ураження однієї або двох артерій (69,9 % випадків), у той час як для хворих віком менше 45 років та більше 60 років – ураження трьох і більше судин (42,4 і 51,4 % відповідно), що відповідає даним інших досліджень [8]. Треба зазначити, що серед хворих віком менше 45 років 44,1 % не мають ураження вінцевих судин. Проведення коронарографії має діагностичний характер, тому необхідно використовувати цей метод, оскільки вже у 23,7 % осіб цього віку спостерігають багатосудинне ураження. Проте коронарографія не є методом абсолютно виключення неоклюзуючого атеросклерозу вінцевих артерій.

При подальшому аналізі виявлено, що і у хворих працездатного віку, і в осіб похилого віку

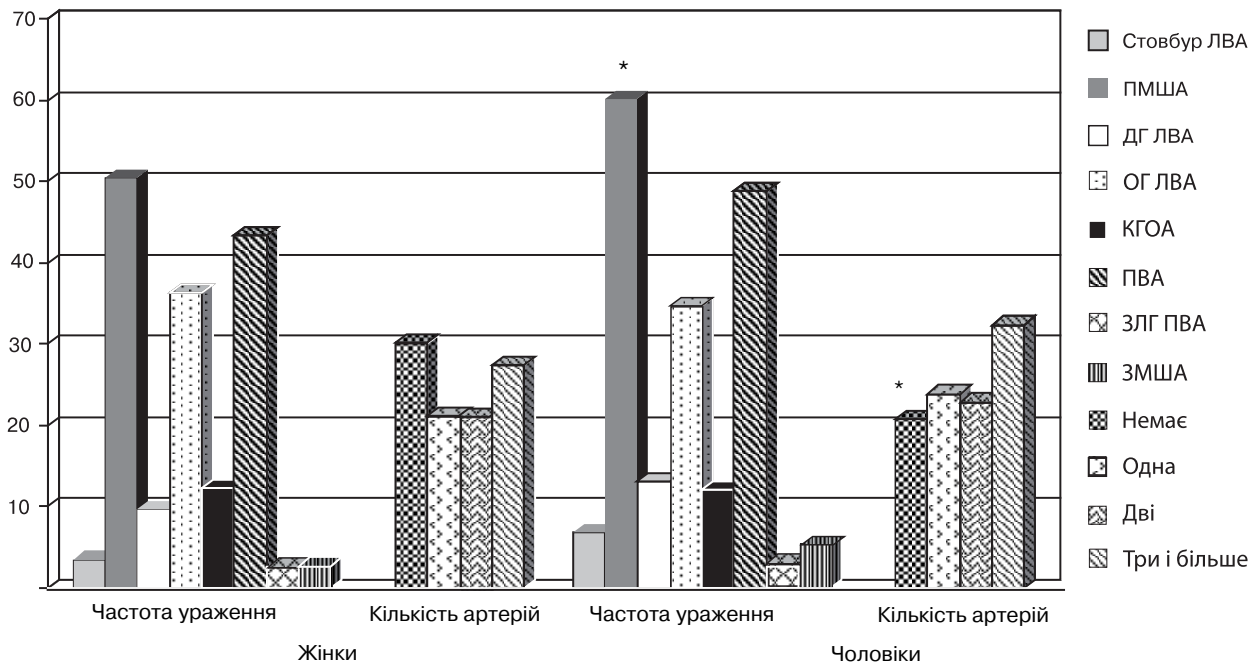


Рис. 1. Частота і кількість ураження вінцевих артерій залежно від статі хворих на ішемічну хворобу серця. * – $P<0,05$ порівняно з жінками. ЛВА – ліва вінцева артерія; ПМША – передня міжшлуночкова артерія; ДГ ЛВА – діагональна гілка ЛВА; ОГ ЛВА – огинаюча гілка ЛВА; КГОА – крайова гілка огинаючої артерії; ПВА – права вінцева артерія; ЗЛГ ПВА – задня латеральна гілка ПВА; ЗМША – задня міжшлуночкова артерія.

переважають ураження передньої міжшлуночкової артерії (54,6 і 68,2 % відповідно; $P < 0,01$) та огинаючої гілки лівої вінцевої артерії (30,0 %; $P < 0,05$ і 45,9 %; $P < 0,001$) порівняно з пацієнтами віком менше ніж 45 років (див. табл. 3). Частота ураження правої вінцевої артерії збільшується лише у пацієнтів похилого віку (57,0 і 42,4 % відповідно; $P < 0,05$).

Поширеність, перебіг та характер прогресування атеросклеротичного процесу в артеріях тісно пов'язані з факторами ризику, за наявності яких, незалежно від інших причин, підвищується ймовірність розвитку захворювання. При цьому важливу роль відіграють як ступінь вираженості факторів, так і їх комбінація. На сьогодні відомо більше 200 чинників ризику розвитку атеросклерозу та ІХС, але найбільш значущими серед них є куріння, підвищений рівень артеріального тиску (АТ), дисліпідемія, ЦД та малорухомий спосіб життя. З позиції можливостей профілактики ці фактори ризику мають найбільше значення, тому що тією чи іншою мірою піддаються корекції [1]. Проте не менш важливим чинником ризику розвитку ССЗ є погіршення функції нирок, що також потребує уваги [11, 13].

Курили 12,3 % хворих, їх кількість збільшувалася з роками. Але близько 32 % хворих, що курили, позбулися цієї звички після перенесеного ІМ.

За даними аналізу історій хвороб, САТ був підвищений у 77,8 % хворих. Слід зазначити, що в 2007–2008 рр. зменшився відсоток хворих з неконтрольованим АТ – у 1,3–1,8 разу порівняно з 2006 р. (рис. 2).

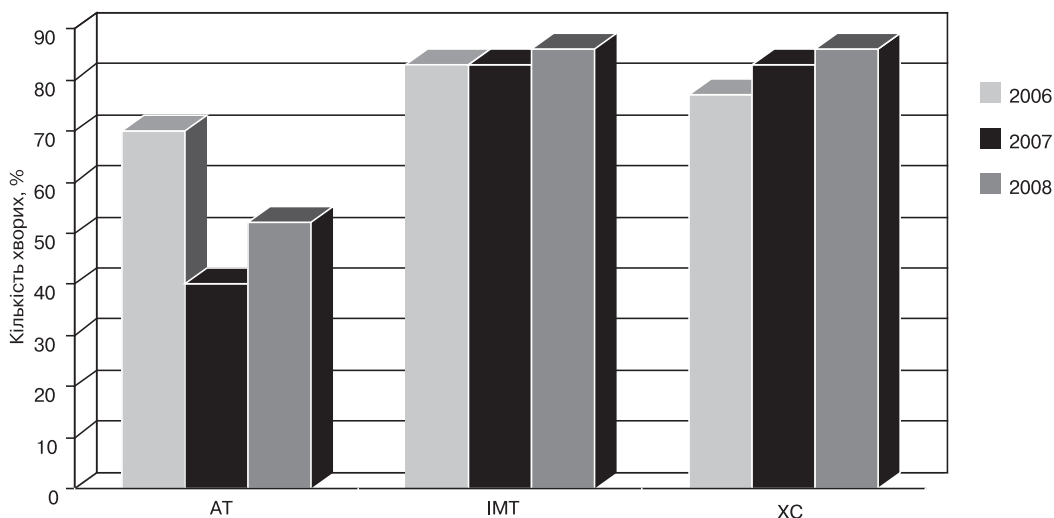


Рис. 2. Частка хворих з порушеними показниками АТ, ЗХС та ІМТ у хворих на ішемічну хворобу серця.

Таблиця 3

Частота ураження вінцевих артерій залежно від віку пацієнтів з ішемічною хворобою серця

Показник	Кількість пацієнтів		
	< 45 років (n=59)	45–59 років (n=293)	≥ 60 років (n=242)
<i>Ураження вінцевих артерій</i>			
Стовбур ЛВА	0 (0 %)	14 (4,8 %)	24 (9,9 %)*
ПМША	21 (35,6 %)	160 (54,6 %)*	165 (68,2 %)*
ДГ ЛВА	5 (8,5 %)	21 (7,2 %)	47(19,4 %)*
ОГ ЛВА	11 (18,6 %)	88 (30,0 %)*	111(45,9 %)*
КГОА	7 (11,9 %)	31 (10,6 %)	36 (14,9 %)
ПВА	25 (42,4 %)	123 (42,0 %)	138 (57,0 %)*
ЗЛГ ПВА	2 (3,4 %)	9 (3,1 %)	4 (1,7 %)
ЗМША	0 (0 %)	17 (5,8 %)	3 (1,2 %)
<i>Кількість уражених вінцевих артерій</i>			
Всього	33 (55,9 %)	219 (74,7 %)*	208 (86,0 %)*
Одна	11 (33,3 %)	79 (36,1 %)	49 (23,6 %)
Дві	8 (24,3 %)	74 (33,8 %)	52 (25,0 %)
Три і більше	14 (42,4 %)	66 (30,1 %)	107 (51,4 %)

Примітка. Різниця показників достовірна порівняно з такими у пацієнтів віком менше ніж 45 років: * – $P < 0,05–0,001$.

У 267 (57,8 %) пацієнтів з ГХ зареєстровано підвищений рівень ЗХС крові (у середньому – $(5,2 \pm 0,04)$ ммоль/л). За даними амбулаторних карт, усім хворим з підвищеним рівнем ЗХС крові кардіологи призначали ліпідознижувальну терапію [3], проте протягом 3 років (з 2006 до 2008 р.) частка хворих з неконтрольованим рівнем ЗХС (рекомендований рівень ЗХС $< 4,5$ ммоль/л) залишалася значною (див. рис. 2).

При аналізі історій хвороб у частини хворих з ІХС виявлено зниження ШКФ (рис. 3).

Оскільки зменшення ШКФ призводить до погіршення функції нирок, вивчення змін цього показника є перспективним у рамках концепції кардіоренального синдрому і практично доцільним у разі виконання рентгенконтрастних досліджень вінцевих судин, враховуючи необхідність проведення заходів щодо профілактики розвитку рентгенконтрастних нефропатій.

Одним з вагомих факторів ризику розвитку ІХС є надлишкова маса тіла. Вважають, що в осіб з надлишковою масою тіла ризик виникнення АГ вищий у 2–6 разів, ніж у осіб з нормальною масою. За даними нашого аналізу, з кожним роком показник ІМТ зростає (від нормальної маси тіла до ожиріння), поступово збільшується й відсоток хворих з надлишковою масою тіла (83, 83 та 86 % відповідно, див. рис. 2). У 95 (16 %) хворих відзначали нормальну масу тіла, у 202 (34 %) – надлишкову та у 297 (50 %) – ожиріння. Спостерігали прямий помірний кореляційний зв'язок між ІМТ та рівнем АТ ($r=0,35$; $P<0,05$).

Кількість пацієнтів з ІХС та ЦД за три роки становила 12,1 % і мала тенденцію до зростання ($P>0,2$).

Лікування проводили відповідно до рекомендацій [3, 4]. При аналізі даних за три роки відзначали зменшення кількості пацієнтів, що приймали антагоністи кальцію (на 5,6 %) та нітрати (на 4,2 %), при цьому збільшився відсоток осіб, яким призначали ацетилсаліцилову кислоту (на 4,7 %) і статини (на 16,9 % – у 2007 р. і на 24,9 % – у 2008 р. порівняно з 2006 р.).

За даними аналізу історій хвороб, було виявлено, що на ІХС частіше хворіють чоловіки, особливо молодого та середнього віку. При цьому відзначено зростання частки хворих з ЦД, ожирінням, АГ та гіперхолестеринемією або з поєднанням декількох факторів. Це дає підстави вважати недостатнім контроль рівнів ЗХС та АТ у хворих на ІХС.

Таким чином, отримані дані щодо факторів ризику у хворих на ІХС свідчать про недостатнє або неповне проведення профілактичних заходів. Цей факт залежить не лише від лікарів, а й від самих хворих, оскільки не всі пацієнти розуміють, що зміна способу життя є універсальною «вакциною» проти захворювання. Дані дослідження свідчать про необхідність вдосконалення вторинної профілактики ССЗ. Слід зазначити, що у дослідження є певні обмеження, оскільки аналізували історії хвороб пацієнтів, які вже тривалий час перебували під наглядом у кардіолога, і тому в них закономірно мали бути кращі результати. Тому перенести отримані дані на всю популяцію можна з певним обмеженням; ймовірно, в клінічній практиці можна очікувати на гіршу ситуацію.

Висновки

1. За даними одномоментного ретроспективного аналізу історій хвороб хворих на ішемічну хворобу серця, яким проводили ангиографічне дослідження вінцевих судин, виявлено, що з кожним роком зростає кількість проведених корона-

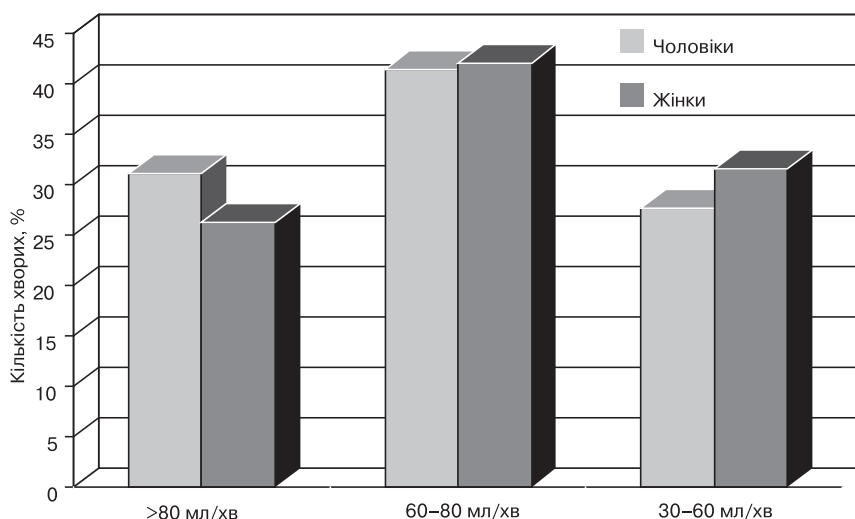


Рис. 3. Швидкість клубочкової фільтрації у хворих на ішемічну хворобу серця залежно від статі.

рографічних досліджень, серед обстежених хворих майже в 4 рази переважали особи чоловічої статі, зросла частка хворих працездатного віку, особливо осіб віком менше ніж 44 роки, з віком зростала частота уражень вінцевих артерій.

2. Нормальну масу тіла мали 16 % хворих, надлишкову – 34 %, ожиріння – 50 % осіб. Заходи вторинної профілактики ішемічної хвороби серця потребують вдосконалення, про що свідчать дані контролю основних факторів ризику. У 77,8 % хворих був підвищений рівень систолічного артеріального тиску, залишалася значною частка пацієнтів з неконтрольованим рівнем холестерину (82 % за три роки).

3. Отримані дані у хворих на ішемічну хворобу серця свідчать про недостатнє або неповне використання можливостей профілактичних заходів, а також про значні очікувані перспективи щодо зменшення частоти виявлення серцево-судинних захворювань при вдосконаленні системи профілактики. Підтвердженням цього є взаємозв'язок між рівнем артеріального тиску та індексом маси тіла, тенденція до зростання захворюваності на цукровий діабет, а також демографічна характеристика хворих: молоді та середнього віку чоловіки з множинними факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань.

Література

1. Волков В.И., Запровальная О.Е. Первичная профилактика и лечение атеросклероза // Укр. терапевт. журн. – 2002. – № 4. – С. 6-15.
2. Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу:

Аналітично-статистичний посібник / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького – К., 2009. – 146 с.

3. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія»: наказ № 436 МОЗУ. www.moz.gov.ua

4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. – К.: Четверта хвиля, 2008. – 36 с.

5. Смирнова І.П. Ожиріння // Нова медицина. – 2004. – № 3. – С. 7-19.

6. Сучасний стан здоров'я народу та напрямки його покращання в Україні: Аналітично-статистичний посібник / За ред. В.М. Коваленка та ін. – К., 2005. – 140 с.

7. Терещенко С.Н., Джаіани Н.А., Голубев А.В. Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет // Consilium Medicum. – 2005. – Т. 7, № 5.

8. Ambrose J.A., Winters S.L., Stern A. et al. Angiographic morphology and the pathogenesis of unstable angina pectoris // J. Amer. Coll. Cardiology. – 1985. – Vol. 5. – P. 69.

9. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third joint Task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and invited experts). Executive summary // Eur. Heart J. – 2003. – Vol. 24. – P. 1601-1610.

10. Futterman L.G., Lemberg L. Statin pleiotropy: fact or fiction? // Amer. J. Crit. Care. – 2004. – Vol. 13. – № 3. – P. 244-249.

11. Go A.S., Chertow G.M., Fan D. et al. Chronic Kidney disease and the risk of death, cardiovascular events, and hospitalization // New Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351. – P. 1296-1305.

12. Kausz A.T., Solid C., Pereira B.J.G. et al. Intractable anemia among hemodialysis patients: A sign of suboptimal management or a marker of disease? // Amer. J. Kidney Dis. – 2005. – Vol. 45. – P. 136-147.

13. Prichard S. Risk factors for coronary artery disease in patients with renal failure // Amer. J. Med. Sci. – 2003. – Vol. 325. – P. 209-213.

14. Stanley W.C., Ryden L. The diabetic coronary patient. – London, Science press Ltd, UK. Second edition, 2003. – P. 31.

15. Weiner D.E., Tighiouart H., Amin M.G. et al. Chronic kidney disease as a risk factor for cardiovascular disease and all-cause mortality: a pooled analysis of community-based studies // J. Amer. Soc. Nephrol. – 2004. – Vol. 15. – P. 1307-1315.

Надійшла 24.06.2010 р.

Angiographic signs of coronary atherosclerosis and secondary prevention of ischemic heart disease

N.I. Bardachenko, O.V. Kuriata

The objective of the investigation was to estimate the quality of the secondary prevention of ischemic heart disease in clinical practice based on retrospective analysis of data of patients referred to the angiography studies. We revealed increase of number of coronary angiography studies, with more than 4-times prevailing of male patients compared to females. The data obtained witness insufficient or incomplete use of preventive measures.