

# ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА «ПРОГНОЗ ИБС» (ЧАСТЬ 1)

С.Н.Толпыгина\*, Ю.Н.Полянская, С.Ю.Марцевич

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины.  
101990, Москва, Петроверигский пер., 10

В регистре ПРОГНОЗ ИБС выявлена низкая частота назначения лекарственных препаратов (дезагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины) с доказанным влиянием на риск развития сердечно-сосудистых осложнений при вторичной профилактике у больных со стабильной ишемической болезнью сердца до госпитализации, и значительное улучшение качества этой терапии в период пребывания в специализированном кардиологическом стационаре. Так, при выписке частота назначения ингибиторов АПФ выросла с 20% до 84,4%, статинов – с 10% до 85,5%, бета-адреноблокаторов – с 20% до 91%, ацетилсалициловой кислоты – с 74% до 96%. Однако ряд препаратов, в первую очередь, статины, применялись в неадекватных дозах. Уровень холестерина липопротеинов низкой плотности <2,5 ммоль/л при выписке был достигнут у 6,3% пациентов.

**Ключевые слова:** регистр ИБС, хроническая ишемическая болезнь сердца, оценка лечения.

**Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2013;9(2):138–142**

**Treatment of patients with chronic ischemic heart disease in real clinical practice according to the data from PROGNOSIS IBS register (part 1)**

S.N.Tolpygina\*, Yu.N.Polyanskaya, S.Yu.Martsevich

State Research Centre for Preventive Medicine. Petroverigsky per. 10, Moscow, 101990 Russia

According to the data from PROGNOSIS IBS register drugs with proven efficacy in secondary prevention of cardiovascular complications (antiplatelets,  $\beta$ -blockers, ACE inhibitors, statins) were not often prescribed in patients with stable ischemic heart disease prior to hospitalization. Significant improvement of the treatment quality was found during the cardiology hospital stay. The prescription rate of ACE inhibitors increased from 20% to 84.4%, statins - from 10% to 85.5%,  $\beta$ -blockers - from 20% to 91%, acetylsalicylic acid - from 74% to 96%. However, some drugs (statins) have been used in inadequate doses. Low-density lipoprotein level <2.5 mmol/L was achieved at discharge only in 6.3% of patients.

**Key words:** IHD register, chronic ischemic heart disease, treatment evaluation.

**Ration Pharmacother Cardiol 2013;9(2):138–142**

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): stolpygina@gnicpm.ru

## Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в мире умирают около 17 млн человек, что составляет около 29% от всех случаев смерти в мире [1]. Из них примерно 7,2 млн приходится на долю смерти от осложнений ишемической болезни сердца (ИБС). По данным Госкомстата в 2009 г. в России от ССЗ умерло 1136661 человека, и более, чем у половины из них (51,4%) причиной смерти стала ИБС [2]. За последние десятилетия принципы лечения пациентов с хронической ИБС (ХИБС) претерпели существенные изменения, что привело к значительному снижению их смертности и частоты развития нефатальных осложнений. В ряде рандомизированных клинических исследований (РКИ) подтверждена способность ряда лекарственных препаратов благоприятно влиять на прогноз пациентов с ИБС, предотвращая развитие наиболее тяжелых осложнений, таких как инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт (МИ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) [3–22]. Результаты данных исследований легли в основу доказательной медицины и нашли свое

отражение в современных клинических рекомендациях (КР), которые содержат систематически разрабатываемые положения, призванные помочь практическому врачу выработать оптимальное решение в конкретной клинической ситуации с учетом здравого смысла и данных доказательной медицины. Однако, несмотря на доступность и широкую известность, влияние КР на действия конкретного врача остается недостаточным [23–29]. Результаты проводимых опросов показывают, что часть врачей не знают о существовании КР, а знающие не всегда придерживаются их в клинической практике [25–34]. Кроме того, сами пациенты не всегда регулярно и в полном объеме принимают назначенные врачами лекарственные препараты, что снижает эффективность лечения [35–37]. Оценка качества реально принимаемой фармакотерапии, ее соответствие современным КР у больных ХИБС остается актуальной задачей.

Целью исследования явилась оценка качества лекарственной терапии и ее соответствия современным клиническим рекомендациям у пациентов с ангиографически доказанной ХИБС при поступлении и во время госпитализации ФГБУ ГНИЦ ПМ.

## Материал и методы

Материалом для исследования послужили данные регистра ПРОГНОЗ ИБС, который включал 641 пациента из Московского региона, поступавших в плановом

*Сведения об авторах:*

**Толпыгина Светлана Николаевна** – к.м.н., в.н.с. отдела профилактической фармакотерапии ГНИЦ ПМ

**Полянская Юлия Николаевна** – м.н.с. того же отдела

**Марцевич Сергей Юрьевич** – д.м.н., профессор, руководитель того же отдела

порядке в стационар ГНИЦ ПМ с 01.01.2004 по 31.12.2007 гг. с направительным диагнозом «ИБС» для проведения коронарной ангиографии и лечения. Подробно принцип создания регистра описан в предыдущих статьях [38,39]. В анализ включались данные больных, у которых согласно результатам КАГ был обнаружен стеноз хотя бы одной КА  $\geq 50\%$ . На первом этапе нами была проанализирована терапия, проводимая у 550 пациентов до референсной госпитализации в ГНИЦ ПМ и при выписке из стационара по данным историй болезни.

Статистический анализ данных проводился лабораторией биостатистики ФГУ ГНИЦ ПМ в системе SAS версия 6.12. Методы статистического анализа включали методы описательной статистики: частоты, средние, стандартные отклонения, стандартные ошибки средних; критерии описательной статистики —  $\chi^2$ -квадрат в таблицах сопряженности, t-тест Стьюдента, критерий Фишера в дисперсионном анализе для выявления значимых различий в количественных показателях.

## Результаты

В анализ были включены данные 550 больных (431 (78,4%) мужчина и 119 (21,6%) женщин). Средний возраст у мужчин составил  $57,7 \pm 0,4$  лет, у женщин —  $60,3 \pm 0,7$  лет.

В данной статье мы рассматриваем только один из фрагментов исследования, касающийся лекарственной терапии, получаемой пациентами до и во время госпитализации. Как видно из рис. 1, только малая часть пациентов, страдающих ХИБС, до референсной госпитализации получала необходимый объем терапии согласно КР. При выписке из ГНИЦ ПМ пациентам было назначено лечение, соответствующее международным и национальным КР. Так, ИАПФ до госпитализации принимали 20% пациентов, а при выписке —  $>80\%$ , статины — 10% и 90%, а бета-адреноблокаторы (БАБ) —

20% и  $>90\%$ , ацетилсалициловую кислоту (АСК) — 80% и 96% пациентов, соответственно. Таким образом, госпитализация в специализированный стационар привела к улучшению качества рекомендованной терапии больных ХИБС.

Далее был проведен анализ частоты назначения и средних доз отдельных представителей основных классов лекарственных препаратов, получаемых при поступлении и назначенных при выписке из стационара, результаты которого представлены в табл. 1.

Как видно из таблиц 1 и 2, несмотря на увеличение частоты назначения препаратов основных групп с благоприятным влиянием на прогноз у пациентов с ИБС, часто назначались препараты, не включенные в КР или в дозах ниже целевых.

Вышесказанное подтверждается данными лабораторных и инструментальных исследований, выполненных во время госпитализации в ГНИЦ ПМ, представленных в табл. 2 и 3. Если целевой уровень АД достигался при выписке у 95% больных, то с достижением целевых уровней показателей липидного спектра ситуация была крайне неблагоприятной — так, для общего холестерина (ОХС) она составила менее 25%, а для холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) лишь 6,3%.

Одновременно все 4 класса препаратов, доказавших свою эффективность во вторичной профилактике развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у лиц с ХИБС, до референсной госпитализации получали лишь 14,7% из 550 пациентов, а при выписке их количество выросло до 60% ( $p < 0,001$ ).

## Обсуждение

В регистре ПРОГНОЗ ИБС выявлена низкая частота назначения лекарственных препаратов (дезагреганты, БАБ, ИАПФ/БРА, статины) с доказанным влиянием на риск развития ССО при вторичной профилактике у боль-

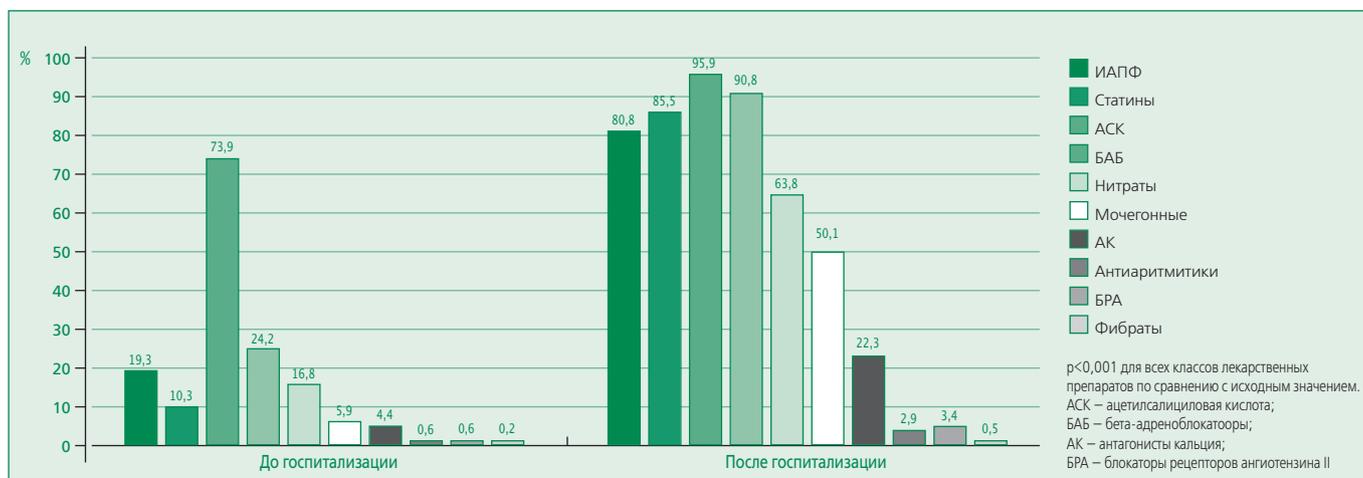


Рисунок 1. Назначение лекарственных препаратов разных классов до госпитализации и при выписке из стационара (n=550)

Таблица 1. Лекарственная терапия, принимаемая пациентами до референсной госпитализации и при выписке из ГНИЦ ПМ (n=550)

Препарат	До референсной госпитализации		При выписке из ГНИЦ ПМ	
	Средняя суточная доза (мг)	Количество пациентов (n)	Средняя суточная доза (мг)	Количество пациентов (n)
<b>Бета-адреноблокаторы</b>				
Метопролол	74,2	56	60,8	250
Бисопролол	4,67	48	4,4	179
Атенолол	55	15	57,7	26
Пропранолол	100	7	27,3	30
Карведилол	12,5	2	37,5	3
Бетаксоллол	12,5	2	30	2
Небиволол	3,75	2	5,3	8
Пиндоллол	15	1	15	1
Всего, n (%)		133 (24,2)		499 (90,8)
<b>Ингибиторы АПФ</b>				
Периндоприл	3,5	43	3,5	216
Эналаприл	14,8	29	17,2	173
Фозиноприл	10	22	13,3	32
Квинаприл	18,6	5	13,3	10
Лизиноприл	17,5	4	11,3	8
Каптоприл	33,3	3	25	3
Рамиприл	-	0	5	2
Всего, n (%)		106 (19,3)		444 (80,8)
<b>Блокаторы рецепторов ангиотензина II</b>				
Лозартан	44,4	1	51,6	16
Валсартан	-	0	53,3	2
Телмисартан	-	0	900	1
Всего, n (%)		3 (0,6)		19 (3,4)
<b>Дигидропиридиновые антагонисты кальция</b>				
Амлодипин	9,3	11	6,3	43
нифедипин ретард	20	2	27,3	11
Нифедипин	10	1	20	2
Лацидипин	2	1	2	1
Фелодипин	5	2	7,8	9
<b>Недигидропиридиновые антагонисты кальция</b>				
Дилтиазем	136,8	7	88,1	50
Верапамил	-	0	142,8	7
Всего, n (%)		24 (4,4)		123 (22,5)
<b>Статины</b>				
Симвастатин	16	42	17,9	284
Аторвастатин	18,2	11	12,1	173
Ловастатин	20	2	12,4	9
Розувастатин	10	1	20	3
Флувастатин	-	0	80	1
Всего, n (%)		56 (10,3)		470 (85,5)
<b>Другие гиполипидемические препараты</b>				
Ципрофибрат	100	1	200	2
Холестирамин			5	1
Всего, n (%)		1 (0,2)		3 (0,5)
<b>Антиагреганты</b>				
АСК	75	406	100	264 (48)
АСК+клопидогрел	-	0	-	263 (47,9)
Всего, n (%)		406 (73,9)		527 (95,9)

Таблица 2. Показатели уровня холестерина и его фракций, АД и ЧСС во время госпитализации в ГНИЦ ПМ (n=550)

Показатель	среднее значение	
Общий холестерин, ммоль/л	5,7	
ХС ЛПНП, ммоль/л	3,8	
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,01	
ТГ, ммоль/л	1,99	
САД мм рт.ст.	при поступлении	135
	при выписке	120,3
ДАД мм рт.ст.	при поступлении	83,9
	при выписке	76,6
ЧСС, уд/мин.	при поступлении	72,5
	при выписке	67,9

Таблица 3. Процент достижения целевых уровней холестерина и его фракций, уровней САД и ДАД при поступлении в стационар и после выписки из стационара (n=550)

Показатель	N (%)	
ОХ	<5 ммоль/л	208 (38,4)
	<4,5 ммоль/л	128 (23,6)
ХС ЛПНП	<2,5 ммоль/л	89 (16,4)
	<2 ммоль/л	34 (6,3)
ХС ЛПВП	>1–1,2 ммоль/л	290 (53,5)
ТГ	<1,7 ммоль/л	335 (61,8)
САД < 130 мм рт.ст.	при поступлении	362 (66,8)
	при выписке	513 (94,7)
ДАД < 80 мм рт.ст.	при поступлении	370 (68,3)
	при выписке	511 (94,4)

ных со стабильно протекающей ИБС до госпитализации. Так, для БАБ она не превышала 61%, для ИАПФ или БРА – 58%, для статинов – 51%, для АСК – 76%. Данные о частоте назначения этих групп препаратов, полученные в нашем исследовании, в целом соответствуют данным регистра REACH, который выявил, что АСК получали 84,2% больных, статины – 58%, ингибиторы АПФ – 72,8%, БАБ – 79% амбулаторных больных ИБС [40]. В группе умерших впоследствии пациентов значимо чаще использовались нитраты и диуретики, что, по видимому, было обусловлено большей тяжестью стенокардии и выраженностью симптомов ХСН.

Во время пребывания в специализированном кардиологическом стационаре отмечено значительное улучшение качества лекарственной терапии и ее большее соответствие современным КР. Частота назначения БАБ превысила 90%, ИАПФ/БРА – 80%, статинов –

90%, АСК – 96%. В крупном международном наблюдательном исследовании EUROASPIRE III обнаружена положительная тенденция в частоте назначения БАБ (до 85,5%) и ИАПФ/БРА (до 74,6%) в течение нескольких лет [41]. В Российской части исследования EUROASPIRE III, проводившегося в 2006–2007 гг., было выявлено, что в клиниках Москвы и Московской области при выписке из стационара гиполипидемические средства были рекомендованы 63% больным ИБС [41]. Данный показатель превышает данные, полученные в исследованиях MSS и OSCAR, установивших, что в Москве статины получают в среднем 30% от числа всех, кто в них нуждается [29, 36]. Частота назначения статинов при ИБС в исследованиях АТР составила 11% [42], РЕЛИФ – 33,99% [25–27]. По данным ГНИЦ ПМ в последние годы число больных ИБС, получающих статины, в России достигло 28,3%, однако дозировка препарата при этом, как правило, начальная или, в лучшем случае, достигает 50% от максимальной [43]. В регистре ПРОГНОЗ ИБС нами также выявлены назначение неадекватных доз статинов и крайне неблагоприятная ситуация с частотой достижения целевых показателей липидного спектра: для ОХС она составила менее 25%, а по ХС ЛПНП – лишь 6,3%.

Низкая частота назначения одновременно всех 4 классов ЛП, доказавших свою эффективность во вторичной профилактике развития ССО у лиц с ХИБС до референсной госпитализации (14,7%) и достоверно выросшая при выписке (до 60%), в целом соответствует данным, полученным в международном исследовании PURE (Prospective Urban Rural Epidemiology), в котором анализировались сведения о вторичной профилактике ИБС у более чем 150000 человек. Было показано, что около 60% пациентов с заболеваниями сердца и более половины больных, перенесших инсульт, не получают хотя бы один из 4-х препаратов (дезагреганты, БАБ, ИАПФ и статины), назначение которых является обязательным при этих заболеваниях [24].

## Заключение

В регистре ПРОГНОЗ ИБС выявлена низкая частота назначения ЛП (дезагрегантов, БАБ, ИАПФ, статинов) с доказанным влиянием на риск развития ССО при вторичной профилактике у больных со стабильно протекающей ИБС до госпитализации и значительное улучшение качества этой терапии в период пребывания в специализированном кардиологическом стационаре, однако ряд препаратов, в первую очередь, статины, назначаются в неадекватных дозах, что не позволяет достичь целевых уровней липидов.

**Конфликт интересов.** Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## Литература

- World Health Organization. Preventing chronic diseases: A vital investment. Available from: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html). Date of access 10/04/2013.
- Demographic year-book of Russia, 2010. Statistical Collection. Moscow: Rosstat 2011. Russian (Демографический ежегодник России, 2010. Статистический Сборник Росстат. М.: Росстат; 2011).
- ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS2. *Lancet* 1988; 332: 349–360.
- ISIS-4 (Fourth International Study of Infarct Survival) Collaborative Group: ISIS-4. A randomized factorial trial assessing early oral captopril, oral mononitrate and intravenous magnesium sulphate in 58050 patients with suspected acute myocardial infarction. *Lancet* 1995; 346: 669–85.
- 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: 1383–1389.
- Schomig A., Neumann F. J., Kastrati A., et al. A randomized comparison of antiplatelet and anticoagulant therapy after the placement of coronary-artery stents. (ISAR). *N Engl J Med* 1996; 334: 1084–9.
- Sever PS, Dahlof B, Poulter NR, et al for the ASCOT investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2003; 361: 1149–1158.
- Sever PS., Poulter N.R., Dahlof B. et al. Different time course for prevention of coronary and stroke events by atorvastatin in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid-Lowering Arm (ASCOT-LLA). *Am J Cardiol* 2005; 96 (5 suppl): 39–44F.
- Dahlof B., Sever PS., Poulter N.R. et al. Prevention of cardiovascular events with an antihypertensive regimen of amlodipine adding perindopril as required versus adding bendroflumethiazide as required, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Blood Pressure Lowering Arm (ASCOT-BPLA): A multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 366: 895–906.
- Shepherd L, Blauw GJ, Murphy MB, et al. PROSPER study group. PROspective study of pravastatin in the elderly at risk. Pravastatin in elderly individuals at risk vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 1623–1630.
- Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996; 348: 1329–39.
- Stevens VJ, Obarzanek E, Cook NR, et al. Trials of Hypertension Prevention-II. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1–11.
- Swedberg K, Held P, Kjeksus J et al. Effects of early administration of enalapril on mortality in patients with acute myocardial infarction. Results of Cooperative New Scandinavian Enalapril Survival Study II (CONSENSUS II). *N Engl J Med* 1992; 327: 678–84.
- The Acute Infarction Ramipril Efficacy (AIRE) Study Investigators: effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. *Lancet* 1993; 342: 821.
- The BHAT research group. A randomized trial of propranolol in patients with acute myocardial infarction. I. Mortality results. *JAMA* 1982; 247: 1707–14.
- The Clopidogrel in Unstable Angina to Prevent Recurrent Events Trial Investigators. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2001; 345: 494–502.
- The coronary heart disease risk map of Europe. The 1-st Report of the WHO ERICA Project. *Eur Heart J* 1988; 9 (Suppl 1): 1–36.
- The EUROpean trial On reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease investigators. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet* 2003; 362(9386): 782–8.
- The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study investigators. Effects of angiotensin-converting-enzyme inhibitor, ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med* 2000; 342(3): 145–53.
- The Long-term Intervention with Pravastatin in Ischemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med*. 1998; 339: 1349–135.
- Pfeffer MA, Braunwald E, Moyer LA et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction: results of the survival and ventricular enlargement trial the SAVE Investigators. *N Engl J Med* 1992; 327: 669–77.
- Pfeffer AM. Valsartan in Acute Myocardial Infarction Trial (VALIANT). American Heart Association Scientific Sessions 2003; November 9–12, 2003; Orlando, Florida. Plenary Session III: Late Breaking Clinical Trials.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937–52.
- Yusuf S., Islam S., Chow C.K. et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *Lancet* 2011; 378(9798): 1231–43.
- Oganov R. G., Poghosova G. V., Koltunov I.E. et al. RELIF – Regular Treatment And prevention – a key to situation improvement with cardiovascular diseases in Russia: results Russian multicenter research. Part I. *Kardiologia* 2007; 47(5): 58–66. (Оганов Р.Г., Порогосова Г.В., Колтунов И.Е., и др. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования Часть I. *Кардиология* 2007; 47(5): 58–66).
- Oganov R. G., Poghosova G. V., Koltunov I.E. et al. RELIF – Regular Treatment And prevention – a key to situation improvement with cardiovascular diseases in Russia: results of the Russian multicenter research Part II. *Kardiologia* 2007; 47(11): 30–39. (Оганов Р.Г., Порогосова Г.В., Колтунов И.Е., и др. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования Часть II. *Кардиология* 2007; 47(11): 30–39).
- Oganov R.G., Poghosova G.V., Koltunov I.E. etc. RELIF – Regular Treatment And prevention – a key to situation improvement with cardiovascular diseases in Russia: results of the Russian multicenter research. Part III. *Kardiologia* 2008; 48(4): 46–53. (Оганов Р.Г., Порогосова Г.В., Колтунов И.Е., и др. РЕЛИФ – Регулярное Лечение И профилактика – ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования. Часть III. *Кардиология* 2008; 48(4): 46–53).
- Oganov R.G., Fitlev S.B., Lepakhin V.K. et al. Assessment of implementation of recommendations about secondary prevention of cardiovascular diseases at the patients who have had a myocardial infarction. *Kardiologicheskaya Terapiya i Profilaktika* 2009; 8(4): 71–75. (Оганов Р.Г., Фитилев С.Б., Лепяхин В.К. и др. Оценка выполнения рекомендаций по вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2009; 8(4): 71–75).
- Susekov A.V., Zubareva M.Yu., Deev A.D. et al. Main results of the Moscow Research on Statines (to Moscow Statin Survey, MSS). *Serdtshe* 2006; (6): 324–328. Russian (Сусеков А.В., Зубарева М.Ю., Деев А.Д. и др. Основные результаты Московского Исследования по Статинам (Moscow Statin Survey, MSS). *Сердце* 2006; (6): 324–328).
- Martsevich S.Y., Oganisyan N.S., Dmitrieva N.A., Klimakov A.V. Condition of diagnostics and treatment of an arterial hypertension according to poll of doctors of Volgograd and the Volgograd region. *Rational Pharmacother Card* 2005; (2): 32–36. Russian (Марцевич С.Ю., Оганисян Н.С., Дмитриева Н.А., Климаков А.В. Состояние диагностики и лечения артериальной гипертензии по данным опроса врачей Волгограда и Волгоградской области. *РФК* 2005; (2): 32–36).
- Oganov R.G., Maslennikova G.Y. Cardiovascular diseases in the Russian Federation in the second half of the 20th century: tendencies, possible reasons, prospects. *Kardiologia* 2000; (6): 4–8. Russian (Оганов Р.Г., Масленикова Г.Я. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине 20 столетия: тенденции, возможные причины, перспективы. *Кардиология* 2000; (6): 4–8).
- Neutel J.M., Smith D.H. Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2003; 5(2): 127–132.
- Leibovitz E, Hertsog D, Oren S, et al. Lack of treatment continuance: an obstacle for controlling blood pressure. *Harefuah* 2005; 144(7): 467–70, 528, 527.
- Chabot I, Moisan J, Gogroire J.P. et al. Pharmacist intervention program for control of hypertension. *Ann Pharmacother* 2003; 37(9): 1186–93.
- Shalnova S.A., Deev A.D., Karpov Yu.A. Arterial hypertension and coronary heart disease in real practice of the cardiologist. *Kardiologicheskaya Terapiya i Profilaktika* 2006; 5(2): 73–80. Russian (Шальнова С.А., Деев А.Д., Карпов Ю.А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2006; 5(2): 73–80).
- Shalnova S.A., Deev A.D. "Research lessons the OSCAR – epidemiology and features of therapy of patients of high risk in real clinical practice 2005–2006". *Kardiologicheskaya Terapiya i Profilaktika* 2007; 6(1): 47–53. Russian (Шальнова С.А., Деев А.Д. «Уроки исследования OSCAR – эпидемиология и особенности терапии пациентов высокого риска в реальной клинической практике 2005–2006». *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2007; 6(1): 47–53).
- Shalnova S.A., Deev A.D. Vkhireva O.V. Arterial hypertension eyes of ambulatory patients. First results of the research GARANT. *Kardiologicheskaya Terapiya i Profilaktika* 2007; 6(5): 30–33. Russian (Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. Артериальная гипертензия глазами амбулаторных пациентов. Первые результаты исследования ГАРАНТ. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2007; 6(5): 30–33).
- Gofman E.A., Martsevich S.Yu., Deev A.D., et al. First results of the study CHD PROGNOSIS. *Klinitsist* 2012; 1:58–64. Russian (Гофман Е.А., Марцевич С.Ю., Деев А.Д., и др. Первые результаты исследования ПРОГНОЗ ИБС. *Клиницист* 2012; 1:58–64).
- Tolpygina S.N., Martsevich S.Yu., Gofman E.A., et al. The study "CHD PROGNOSIS" – experience of creation of the register for an assessment of outcomes of chronically preceding CHD. *Kardiologicheskaya Terapiya i Profilaktika* 2013; (1): 32–39. Russian (Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Гофман Е.А., Малышева А.М., Полянская Ю.Н., Деев А.Д. Исследование «ПРОГНОЗ ИБС» – опыт создания регистра для оценки исходов хронически протекающей ИБС. *Кардиоваскулярная Терапия и Профилактика* 2013; 1:32–39).
- Panchenko E.P., Belenkov Yu.N. The characteristic and outcomes atherothrombosis at outpatients in the Russian Federation (on materials of the international REACH register). *Kardiologia* 2008; (2): 17–24. Russian (Панченко Е.П., Беленков Ю.Н. Характеристика и исходы атеротромбоза у амбулаторных больных в Российской Федерации (по материалам международного регистра REACH). *Кардиология* 2008; (2): 17–24).
- Kotseva K., Wood D., De Backer G., et al. EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from twenty-two European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009; 16(2): 121–37.
- Oganov R.G., Lepakhin V.K., Fitlev S.B. etc. Features of diagnostics and therapy of stable stenocardia in the Russian Federation (the international research ATP-Angina Treatment Pattern). *Kardiologia* 2003; (5): 9–15. Russian (Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование ATP-Angina Treatment Pattern). *Кардиология* 2003; (5): 9–15).
- Aronov D.M. How effectively to apply statines. *Meditsinskiy Sovet* 2007; (1): 41–45. Russian (Аронов Д.М. Как эффективно применять статины. *Мед Совет* 2007; (1): 41–45).

Поступила: 03.04.2013  
Принята в печать: 03.04.2013