

## Особенности популяции, диагностика, вторичная профилактика и антиангинальная терапия у пациентов с диагнозом стабильная стенокардия

Р.Г. Оганов<sup>1</sup>, В.К. Лепяхин<sup>2</sup>, С.Б. Фитилев<sup>2</sup>, А.М. Левин<sup>2</sup>, И.И. Шкробнева<sup>2</sup>, Ю.Ю. Титарова<sup>2</sup>, М.К. Доронкина<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава,

<sup>2</sup>Российский университет дружбы народов. Москва, Россия

## Stable angina pectoris: population trends, diagnostics, secondary prevention, and antianginal therapy

R.G. Oganov<sup>1</sup>, V.K. Lepakhin<sup>2</sup>, S.B. Fitilev<sup>2</sup>, A.M. Levin<sup>2</sup>, I.I. Shkrebneva<sup>2</sup>, Yu.Yu. Titarova<sup>2</sup>, M.K. Doronkina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>State Research Center for Preventive Medicine, Russian Federal Agency of Health and Social Development,

<sup>2</sup>Russian University of People's Friendship. Moscow, Russia

---

**Цель.** Оценить степень выполнения российской клинической практикой рекомендаций международных руководств по вторичной профилактике ишемической болезни сердца (ИБС), а также по диагностике и терапии стабильной стенокардии (СС).

**Материал и методы.** Случайным образом отобраны 5 тыс. амбулаторных карт пациентов, посетивших московский городской кардиодиспансер (МГКД) в 2001г; среди них выявлено 1840 пациентов с диагнозом СС. По амбулаторным картам, анализировалась информация об отражении факторов риска (ФР) ИБС, о диагнозе пациента, о проводимых ему когда-либо лабораторно-диагностических исследованиях, о терапии, включая данные о конкретных препаратах и их дозировках, сопутствующих заболеваниях и терапии.

**Результаты.** Московские врачи, несмотря на наличие международных и отечественных руководств, почти у половины всех пациентов (49,2%) для оценки тяжести заболевания и выбора тактики лечения ИБС основываются на субъективных жалобах больных, не используя объективные диагностические тесты. Отмечен низкий уровень внимания врачей к ФР у пациентов со СС и, как следствие – отсутствие их адекватной коррекции и достижения целевых значений. В фармакотерапии наиболее значимыми проблемами являются редкое использование статинов с целью вторичной профилактики ИБС (1,8% поликлиники; 6,4% – КД), а также неадекватно низкие дозы, на уровне минимально эффективных, основных групп антиангинальных препаратов. Частота коронароангиографии, коронарной ангиопластики, а также шунтирования у изучаемого контингента больных значительно ниже, чем даже в ряде стран Восточной Европы.

**Заключение.** Сохраняется недостаточное выполнение рекомендаций, изложенных в отечественных и международных руководствах по вторичной профилактике ИБС, диагностике и терапии СС.

**Ключевые слова:** фармакоэпидемиологическое исследование, стенокардия, клинические испытания.

**Aim.** To assess compliance with international clinical guidelines on coronary heart disease (CHD) secondary prevention, as well as on stable angina pectoris diagnostics and treatment, in Russian clinical practice settings.

**Material and methods .** Among 5000 randomly selected out-patients visiting Moscow City Cardiology Dispenser (MCCD) in 2001, 1840 patients with stable angina diagnosis were identified. Out-patient medical documents were studied, and information on CHD risk factor (RF) registration, clinical diagnosis, clinical and laboratory tests, therapy (agents and their doses), associated diseases and their treatment, was analyzed.

**Results.** Moscow doctors, in spite of existing international and national clinical guidelines, do not use objective diagnostic tests and rely on subjective complaints, while assessing disease severity and determining management tactics, in every second patient (49.2%). The doctors inadequately address RF in stable angina patients, fail to modify RF effectively, and do not attain RF target levels. The principal problems of pharmacotherapy are inadequately low use of statins in CHD secondary prevention (1.8% at out-patient clinics; 6.4% at MCCD), as well as use of minimal effective doses for most antianginal agents. Coronarography, coronary angioplasty, and bypass surgery rates are substantially lower than those in Eastern European countries.

---

© Коллектив авторов, 2006

e-mail: clphstest@yandex.ru

**Conclusion.** The recommendations of national and international guidelines on CHD secondary prevention, stable angina diagnostics and treatment, are still fulfilled inadequately.

**Key words:** Pharmaco-epidemiologic study, angina, clinical trials

## Введение

В работе [1] на материалах клинического исследования ДТП (Диагностика, Терапия, Профилактика) рассматривался вопрос о степени выполнения рекомендаций европейских и американских руководств [11-14] российской клинической практикой в области вторичной профилактики ишемической болезни сердца (ИБС) у пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Наиболее многочисленной группой являются больные с диагнозом «стабильная стенокардия» (СС). В настоящей работе на материалах того же исследования ДТП рассматриваются особенности российской популяции пациентов со СС, оценивается степень выполнения международных рекомендаций по вторичной профилактике ИБС, а также по диагностике и терапии СС [15,16].

## Материалы и методы

В работе была использована электронная база данных, полученная в рамках исследования ДТП, состоящая из материалов 5 тыс. пациентов, случайным образом выбранных из числа посетивших московский городской кардиологический диспансер (МГКД) в 2001г [1]. В анализ, о котором пойдет речь в статье, были включены пациенты, удовлетворяющие следующим критериям включения:

- хотя бы одно посещение КД в 2001г;
- наличие СС в диагнозе пациента на момент посещения;
- отсутствие ИМ, инсульта (МИ) или госпитализаций по поводу каких-либо сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в течение 6 месяцев перед первым посещением КД в 2001г;
- пациент не принимал участия в каких-либо клинических исследованиях в течение 2000-2001гг.

Вся информация, полученная в рамках исследования ДТП, собиралась только из амбулаторных карт пациентов. Дополнительных обследований больных не проводилось. Из амбулаторных карт извлекалась максимально полная информация, отражающая наличие факторов риска (ФР) ИБС, сведения о диагнозе пациента, о проводимых когда-либо лабораторно-диагностических исследованиях, о терапии до посещения КД и назначениях в момент первого визита к врачу МГКД в 2001г, включая данные о конкретных препаратах и их дозировках, сопутствующих заболеваниях и терапии.

## Результаты

**Особенности популяции.** Всего в исследование были включены 1840 пациентов, удовлетворяющих приведенным критериям, в возрасте 32-85 лет. Медиана возраста пациентов – 63 года; < 51 года было 11,4% пациентов; 51-60 лет – 25,3%;

61-70 лет – 43,6%; > 71 года – 19,7%. Женщины в популяции составили 56,1%; среди пациентов < 51 года женщин 31,0%; 51-60 лет – 46,4%; 61-70 лет – 63,2%; > 71 года – 70,2% женщин.

39,5% пациентов имели инвалидность. У 29,9% пациентов был хотя бы один ИМ, у 4,3% – более одного ИМ. Медиана года установления диагноза – 1998г. Хотя бы один раз в жизни были госпитализированы по поводу ИБС 33,3% пациентов; у 86,6% в диагнозе указана артериальная гипертензия (АГ); у 7,7% – сахарный диабет; у 76,6% – сердечная недостаточность; 4,5% пациентов перенесли инсульт.

У 2,0% пациентов функциональный класс (ФК) СС согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов, не был указан в амбулаторной карте, у 8,2% больных выявлена СС I ФК, у 69,4% – II ФК, у 20,1% – III ФК, у 0,3% – IV ФК.

**Регистрация ФР.** В таблице 1 представлены данные о частоте отражения в амбулаторных картах информации о наличии у пациента основных ФР, о степени контроля массы тела (МТ), артериального давления (АД), содержания общего холестерина (ОХС) в крови, полного липидного профиля (ЛП), гликемии. Очевидно, что и в случаях СС, как и в постинфарктном периоде, врачи уделяют недостаточное внимание основным ФР.

Таблица 2 содержит медианы перечисленных выше характеристик пациентов, а в таблице 3 приведено количество пациентов, выраженное в %, у которых не были достигнуты целевые значения вышеуказанных параметров, заданные в международных руководствах 2001г по профилактике ИБС [11-14].

В соответствии с международными рекомендациями по вторичной профилактике ИБС врач должен дать пациентам рекомендации по изменению образа жизни, в частности: отказ от курения, необходимость вести физически активный образ жизни, изменение режима питания и/или используемой диеты. Это должно быть отражено в амбулаторных картах. Однако записи с рекомендациями по отказу от курения обнаружены только в 2,6% случаев, что в 6 раз меньше, чем число амбулаторных карт, в которых указано, что пациент курит. Записи с реко-

Таблица 1

## Внимание, уделяемое врачами основным ФРС СС в России

Информация, внесенная в медицинскую документацию	Число записей, %
Данные о наследственной предрасположенности к ИБС	36,5
Отношение пациента к курению	38,6
Степень физической активности пациента	47,3
Информация о весе и росте пациента	18,6
Текущие значения АД	99,7
Результаты хотя бы одного измерения содержания ОХС в крови	42,2
Результаты хотя бы одного измерения содержания ХС ЛНП	22,9
Результаты хотя бы одного измерения содержания ХС ЛВП	22,2
Результаты хотя бы одного измерения содержания ТГ	32,3
Значения всех компонентов полного ЛП	21,4
Результаты хотя бы одного измерения содержания глюкозы в крови	32,2

Примечание: ХС ЛНП – ХС липопротеидов низкой плотности, ХС ЛВП – ХС липопротеидов высокой плотности, ТГ – триглицериды.

мендациями вести физически активный образ жизни, обнаружены только в 31,0% случаев, что почти на треть меньше числа амбулаторных карт, в которых указано, что физическая активность пациента, по мнению врача, недостаточна. Наконец, записи о том, что пациенту рекомендована специальная диета или специальный режим питания, обнаружены в 70,0% амбулаторных карт.

Таблица 2

Значения некоторых характеристик пациентов (медианы) со СС

Исследуемые показатели	Значение (медиана)*
Возраст, лет	63
Вес, кг	81
Рост, см	167
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	29,2
САД, мм рт.ст.	155
ДАД, мм рт.ст.	90
ОХС, ммоль/л	5,9
ХС ЛНП, ммоль/л	4,0
ХС ЛВП, ммоль/л	1,15
ТГ, ммоль/л	1,44
Глюкоза крови, ммоль/л	5,4

Примечание: \* - все данные только для тех пациентов, у которых эти характеристики содержались в амбулаторных картах; САД – систолическое АД, ДАД – диастолическое АД.

**Назначение пациентам препаратов основных профилактических групп.** Международные руководства по вторичной профилактике ИБС к медикаментозным средствам профилактики относят антитромбоцитарные средства,  $\beta$ -адреноблокаторы, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), средства липид-снижающей терапии, из которых наибольшее значение имеют статины. В таблице 4 отражена частота назначения пациентам со СС препаратов основных профилактических групп, причем в столбце КД – данные о терапии, на-

значенной пациенту в момент первого посещения КД в 2001г, а в столбце «Поликлиники» (ПК) – сведения о терапии, которую пациент получал при направлении в МГКД.

Таблица 3

Пациенты со СС, у которых не достигнуты целевые значения некоторых показателей

Исследуемые показатели	% пациентов*
ИМТ $\geq$ 25 кг/м <sup>2</sup>	79,6
ИМТ $\geq$ 30 кг/м <sup>2</sup>	45,2
САД $\geq$ 140 мм рт.ст.	77,0
ДАД $\geq$ 90 мм рт.ст.	62,4
САД $\geq$ 140 и/или ДАД $\geq$ 90 мм рт.ст.	80,5
САД $\geq$ 180 и/или ДАД $\geq$ 105 мм рт.ст.	27,9
ОХС $\geq$ 5,0 ммоль/л	81,3
ОХС $\geq$ 5,5 ммоль/л	66,3
ОХС $\geq$ 6,5 ммоль/л	34,5
ХС ЛНП $\geq$ 3,0 ммоль/л	87,7
ХС ЛВП $\leq$ 1,0 ммоль/л	32,5
ТГ $\geq$ 2,0 ммоль/л	28,2

Примечание: \* - процент от числа пациентов, у которых значение характеристики содержится в амбулаторной карте

**Диагностика СС.** Диагностические тесты, необходимые в соответствии с рекомендациями для уточнения диагнозов СС и «ИБС», назначаются пациентам очень редко. В частности, нагрузочный тест – тредмил (ТР) или велоэргометрия (ВЭМ) проводился 17,7% пациентов, коронароангиография (КАГ) хотя бы один раз выполнена всего 3,9% пациентов, эхо-стресс тест – 5,5% пациентов, холтеровское суточное мониторирование (СМ) – 1,3% пациентов.

Очевидно, что диагностика СС, в частности ИБС, у этих пациентов была основана на субъективных жалобах больных; дальнейшее углубленное обследование проводилось редко.

**Антиангинальная терапия.** В таблице 5 представлены данные о назначении пациентам ос-

новых групп антиангинальных препаратов, в таблице 6 — о числе одновременно назначаемых пациентам антиангинальных средств, а в таблице 7 — о медианах их суточных доз; в таблице 8 — данные о частоте проведения процедур инвазивной диагностики и инвазивной терапии ИБС.

Таблица 4

Назначение пациентам со СС препаратов основных профилактических групп

Основные группы профилактических препаратов	Число пациентов (%)	
	ПК	КД
Аспирин	23,6	46,4
ИАПФ	46,0	66,7
β-адреноблокаторы	38,0	56,4
Липид-снижающая терапия	1,9	6,6
Статины	1,8	6,4
Антигипертензивная терапия	71,9	92,7

Таблица 5

Назначение пациентам со СС основных групп антиангинальных препаратов

Основные группы антиангинальных препаратов	Число пациентов (%)	
	ПК	КД
β-адреноблокаторы	38,0	56,4
Нитраты	37,7	45,4
Антагонисты кальция	18,3	27,4
Препараты метаболического типа	6,8	9,4

Таблица 6

Количество назначенных антиангинальных препаратов больным СС

Варианты назначений	Число пациентов (%)	
	ПК	КД
Не принимает антиангинальных препаратов	28,0	11,5
Принимает 1 антиангинальный препарат	39,5	44,9
Принимает 2 антиангинальных препарата	27,3	37,1
Принимает более 2 антиангинальных препаратов	5,2	6,5

Таблица 7

Медианы суточных доз наиболее часто назначаемых антиангинальных препаратов больным СС в г. Москве

Названия препаратов	Медианы доз (мг)	
	ПК	КД
Изосорбид динитрат	40	40
Изосорбид мононитрат	40	40
Атенолол	50	50
Метопролол	50	50
Пропранолол	40	40
Нифедипин	30	30
Верапамил	120	160
Амлодипин	5	5

Таблица 8

Практика инвазивных диагностики и терапии у пациентов со СС

Виды инвазивных вмешательств	Число пациентов (%)
КАГ	3,9
КАП	0,7
Коронарное шунтирование	2,1

## Обсуждение

В период выполнения настоящей работы одновременно были закончены три масштабные исследования, посвященные реальному использованию рекомендаций основных руководств по диагностике, терапии и профилактике ИБС [11-16]. Речь идет о проведенном в рамках программы Euro Heart Survey в 1999-2000гг в 15 странах Европы исследовании EUROASPIRE-II (European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events) [8,9], Российская Федерация (РФ), в нем участия не принимала); о состоявшемся в 2002г в рамках той же программы в 35 европейских странах, включая Россию, исследовании Euro Heart Survey on Stable Angina и, наконец, о выполненном в 2001-2002гг в 7 странах мира (Китай, Чехия, Греция, Венгрия, Португалия, Россия, Словакия), а затем и в ряде других стран, например, в Польше, исследовании АТР (Angina Treatment Pattern). Программа ДТП была выполнена именно в 2001г, чтобы иметь возможность сравнить полученные данные с результатами вышеперечисленных исследований.

Если результаты исследования EUROASPIRE-II, посвященного, прежде всего вопросам профилактики, были обнародованы уже в 2001г [8,9], то публикация итогов международных исследований АТР и Euro Heart Survey on Stable Angina задержалась. Результаты российской части исследования АТР увидели свет в 2003г [2,], а первые содержательные публикации, посвященные этим международным исследованиям, появились лишь в конце 2004 — начале 2005гг [3,4,6,7], что послужило реальной предпосылкой для написания настоящей работы. Остановимся подробнее на конкретных проблемах.

**Соотношение мужчин и женщин в популяции.** Выявлено, что женщин в обследованной популяции значительно больше, чем мужчин. Факт, что среди лиц с диагнозом СС женщины преобладают, уже был отмечен ранее. Во многом это связано с большей продолжительностью жизни женщин. По-прежнему достаточно

широко распространено мнение, что типичный больной СС – мужчина средних лет. Настоящее исследование показывает, что чаще больной с диагнозом СС – это женщина > 65 лет. Между тем, руководствуясь устаревшими на сегодняшний день представлениями о СС, клинические исследования новых антиангинальных препаратов зачастую проводят на мужчинах < 65 лет. Изменение состава популяции должно изменить дизайн таких исследований. Известно, что обычные нагрузочные тесты – ТР и ВЭМ, по разным причинам не слишком подходят для диагностики стенокардии и оценки состояния у женщин и пожилых пациентов.

**Диагностика ИБС и СС.** В работе вместо рассуждений о пациентах со СС постоянно идет речь о больных с диагнозом СС. Это не случайно. Выше было показано, что в половине случаев даже диагноз «ИБС», не говоря о диагнозе СС, в сущности не подкреплен никакими объективными данными, полученными с помощью диагностических процедур, и основывается только на субъективных жалобах пациентов – на боли за грудиной. Такая ситуация в принципе не противоречит современным российским рекомендациям ВНОК, которые поддерживают лучшие традиции отечественной медицины. Однако международные европейские и американские руководства занимают более жесткую позицию в плане необходимости верификации диагноза стенокардии с помощью объективных инструментальных методов исследования.

**Вторичная профилактика ИБС.** Ситуации с вторичной профилактикой у пациентов с диагнозом СС и перенесших ИМ, аналогичны [1]:

- врачи обращают недостаточное внимание на наличие у пациента ФР ИБС;
- клиницисты неудовлетворительно контролируют основные показатели: индекс МТ (ИМТ), АД, компоненты ЛП, гликемию;
- велик процент больных, у которых основные параметры не достигают целевых значений.

Особо следует остановиться на такой проблеме, как контроль полного ЛП пациента и назначение ему в этой связи гиполипидемической терапии и, прежде всего, статинов. В настоящее время этот вопрос является ключевым с точки зрения вторичной профилактики ИБС. Именно в этой области в последние 10-15 лет достигнут значимый прогресс. К сожалению, Россию процесс резкого увеличения назначения статинов пока по-настоящему не коснулся. В исследуе-

мой популяции статины получали 1,8% пациентов со СС в московских ПК и 6,4% пациентов в КД. Среди участников российского исследования АТР липидопонижающую терапию в целом получали 17,1% пациентов, причем из них статины – 10,6%, а остальные – «другие липидопонижающие средства», названия которых врачи не всегда были в состоянии расшифровать. Но даже с этими 17,7% пациентов РФ далеко отстала от государств, принявших участие в АТР. В среднем по всем 7 странам липидопонижающие препараты назначались 47,9% пациентов, последнее место принадлежит Словакии (44,4% пациентов) [3]. Среди 3779 больных, включенных в исследование Euro Heart Survey on Stable Angina, статины назначали 48% пациентов [7].

**Антиангинальная терапия.** Если по вопросам вторичной профилактики, диагностики ИБС и СС РФ значительно отстает от большинства стран Европы, то антиангинальной терапией чистовнешне дела обстоят неплохо. Приведенные в таблицах 5-6 показатели достаточно близки к соответствующим средним данным европейских стран [5,7]. В КД β-адреноблокаторы получали 56,4% пациентов со СС, пролонгированные нитраты – 45,4%, антагонисты кальция – 27,4%, препараты метаболитического типа – 9,4% таких пациентов. Средние данные по 35 европейским странам – 67%, 61%, 27% и 9% соответственно. Однако взгляд на дозы антиангинальных препаратов меняет оценку ситуации. К сожалению, в публикациях о международных исследованиях эти сведения не представлены, хотя были собраны. Российские данные отражены в таблице 7. Медианы практически всех наиболее часто назначаемых препаратов находятся на уровне минимально эффективных доз. При этом около трети всех пациентов, получали, например, атенолол или метопролол в суточных дозах меньших минимально эффективных. Аналогичная проблема имеет место не только в отношении антиангинальных препаратов, но и антигипертензивных, и даже статинов, хотя для последних в данный момент более актуальным является их назначение в принципе.

**Инвазивные диагностика и терапия.** В РФ редко используются инвазивные диагностика и терапия у больных, перенесших ИМ [1]. У пациентов с диагнозом СС частота распространения инвазивных диагностики и терапии еще меньше. В российской части исследования АТР [2] КАГ хотя бы однажды была выполнена у 9,9% пациентов. Несмотря на то, что в исследовании АТР принимали участие далеко не самые

развитые страны мира, по данному показателю все они значительно превосходили Россию. В занявшей предпоследнее место по этой составляющей Словакии КАГ выполнялась в ~2,5 раза (21,2%), а в среднем по всем 7 странам – более чем в 3 раза чаще (29,8%) [3]. Между тем, в реальной российской клинической практике (таблица 8), КАГ используется в ~2,5 раза реже, чем пациентам из РФ, принявшим участие в исследовании АТР. Аналогичная ситуация сложилась с инвазивной терапией в целом и особенно с коронарной ангиопластикой (КАП). Нет смысла сравнивать по этому показателю ситуацию в России с ситуацией в США, как это было сделано ранее [1]; отличия даже от стран, принявших участие в исследовании АТР, показательны. По данным настоящей работы КАП была выполнена в 2001 г всего 0,7% пациентам со СС. Среди участников российской части исследования АТР процент был несколько выше (1,2%), а в среднем по 7 странам, принявшим участие в этом исследовании, он составил 9,6%.

## Литература

1. Лепяхин В.К., Фитилев С.Б., Левин А.М. и др. Вторичная профилактика ИБС у пациентов перенесших инфаркт миокарда в Москве. Кардиоваск тер профил 2005; 4(3) ч I: .
2. Оганов Р.Г., Лепяхин В.К., Фитилев С.Б. и др. Особенности диагностики и терапии стабильной стенокардии в Российской Федерации (международное исследование АТР – Angina Treatment Pattern). Кардиология 2003; 5: 9-15.
3. Eastaugh JL, Calvert MJ, Freemantle N., Highlighting the need for better patient care in stable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients. Family Pract 2005; 22: 43-50.
4. Ruzillo W, Ponikowski P, Wilkins A. Clinical characteristics and methods of treatment of patients with stable coronary heart disease in the primary care settings – the results of the Polish, multicentre Angina Treatment Pattern (ATP) study. Int J Clin Pract 2004; 58(12): 1127-33.
5. Klein W. Treatment Patterns in Stable Angina: objectives and reality. Eur Heart J 2001; 3(Suppl O): O8-11.
6. Daly C, Clemens F. The clinical characteristics and investigations planned in patients with stable angina presenting to cardiologists in Europe from the Euro Heart Survey of Stable Angina. Eur Heart J 2005, publish-Ahead-of-Print published 2005, March 18.
7. Daly C, Clemens F. The initial management of stable angina in Europe, from the Euro Heart Survey. A description of pharmacological management and revascularization strategies initiated within the first month of presentation to a cardiologist in the Euro Heart Survey of Stable Angina. Eur Heart J 2005, publish-Ahead-of-Print published 2005, February 16.
8. 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.
9. EUROASPIRE I and II Study Group. Critical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries. Lancet 2001; 357: 995-1001.
10. Pepine C, Abrams J, Marks R, et al. Characteristics of a Contemporary Population with Angina Pectoris. Am J Cardiol 1994; 74: 226-31.
11. Wood D, De Backer G, Faergeman O, et al. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Task Force of the European and other Societies on coronary prevention. Eur Heart J 1998; 19: 1434-503.
12. Py r l 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: 1300-31.
13. AHA Medical/Scientific Statement. Consensus Panel statement. Preventing Heart Attack and Death in Patients With Coronary Disease. Circulation 1995; 92: 2-4.
14. 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: 1601-10.
15. Committee on Management of Patients With Chronic Stable Angina. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article – a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. JACC 2003; 41: 159-68.
16. Management of stable angina pectoris. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 1997; 18: 394-413.

## Выводы

Московские врачи, несмотря на наличие международных и отечественных руководств, почти у половины всех пациентов (49,2%) для оценки тяжести заболевания и выбора тактики лечения ИБС не используют объективные диагностические тесты, а основываются на субъективных жалобах пациентов на боли за грудиной.

Выявлен низкий уровень внимания к ФР у пациентов с диагнозом СС и, как следствие – отсутствие их адекватной коррекции и достижения целевых значений.

В области фармакотерапии наиболее значимыми проблемами являются редкое использование статинов с целью вторичной профилактики ИБС (1,8% в ПК; 6,4% – в КД), а также неадекватно низкие дозы (на уровне минимально эффективных) основных групп антиангинальных препаратов.

Частота выполнения КАГ, КАП, а также коронарного шунтирования у изучаемого контингента больных значительно ниже, чем даже в ряде стран Восточной Европы.

Поступила 04/05-2005