

## Оценка эффективности вторичной профилактики инфаркта миокарда в первичном звене здравоохранения

Ю.И. Нестеров, С.А. Макаров, О.С. Крестова\*

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия. Кемерово, Россия

## Secondary prevention of myocardial infarction: effectiveness assessment in primary healthcare settings

Yu.I. Nesterov, S.A. Makarov, O.S. Krestova\*

Kemerovo State Medical Academy. Kemerovo, Russia

---

**Цель.** Оценить эффективность вторичной профилактики в амбулаторной практике у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

**Материал и методы.** В кардиологическом диспансере и 3 поликлиниках областного центра были проанализированы 208 амбулаторных карт мужчин и женщин в возрасте 45-75 лет, перенесших Q-образующий и Q-необразующий ИМ давностью от 1 мес до 1 г. Дополнительно проводили собеседование с больными.

**Результаты.** Отмечен низкий процент больных, приверженных немедикаментозным методам лечения. Каждый четвертый пациент, наблюдавшийся в кардиодиспансере, и каждый второй в поликлинике не придерживаются диетического режима — 47 % и 35,2 %, соответственно, не выполняют рекомендованные физические нагрузки; более половины мужчин продолжают курить. Что касается медикаментозного лечения, то антиагрегантную терапию врачи кардиодиспансера назначают 86 % больным, врачи поликлиник — 75 %, β-адреноблокаторы — 86 % и 52,8 %, статины — 87 % и 21,3 %, соответственно. Только у 49 % пациентов в кардиологическом диспансере регулярно исследовали липидный профиль, у 11 % — редко, у 40 % определяли только общий холестерин.

**Заключение.** Результаты изучения эффективности вторичной профилактики ИМ в первичном звене здравоохранения свидетельствуют о низкой приверженности больных немедикаментозным методам лечения. Отмечены недостаточные знания участковых врачей о возможностях фармакотерапии для больных в постинфарктном периоде.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, вторичная профилактика, поликлиника, кардиодиспансер.

**Aim.** To evaluate the effectiveness of ambulatory secondary prevention among patients after myocardial infarction (MI).

**Material and methods.** In total, 208 ambulatory medical histories of patients, examined at the cardiology dispensary and three polyclinics, were analysed. All patients, aged 45-75 years, previously had an MI, with or without Q wave (1 month — 1 year ago). In addition, all patients underwent clinical interview.

**Results.** A very low level of non-pharmaceutical therapy compliance was observed. Every fourth cardiology dispensary patient and every second polyclinic patient were not compliant to dietary recommendations; 47 % and 35,2 %, respectively, had low physical activity, and every second male patient was a current smoker. Cardiology dispensary and polyclinic doctors prescribed anti-aggregants to 86 % and 75 % of their patients, respectively. For beta-adrenoblockers, the respective percentages were 86 % and 52,8 %, and for statins — 87 % and 21,3 %. Lipid profile assessment was regularly performed in 49 % of the cardiology dispensary patients. In 11 %, lipid profile was assessed irregularly, and in 40 % of the cases, only total cholesterol level was measured.

**Conclusion.** The study results suggest low compliance of primary healthcare patients to non-pharmaceutical therapy. Polyclinic doctors demonstrated inadequate knowledge on pharmacotherapy potential in treating post-MI patients.

**Key words:** Myocardial infarction, secondary prevention, polyclinic, cardiology dispensary.

---

© Коллектив авторов, 2010  
E-mail: kres-kardio@yandex.ru  
Тел.: 8 (3842)34 17 26

[Нестеров Ю.И. — зав. кафедрой поликлинической терапии, Макаров С.А. — зав. поликлиникой Кемеровского кардиологического диспансера, Крестова О.С. (\*контактное лицо) — врач-кардиолог Кемеровского кардиологического диспансера].

В начале XXI века сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) из-за их широкого распространения, тяжести последствий для жизни и здоровья остаются важнейшей медико-социальной проблемой здравоохранения всех высоко развитых стран. В России сердечно-сосудистая смертность постоянно растет [1]. Если изучить структуру смертности от различных ССЗ, то можно отметить, что более половины (54 %) от всех случаев составляет смерть от ишемической болезни сердца (ИБС) [2,3].

Вызывает тревогу тот факт, что в целом значительно выросли показатели заболеваемости и смертности от ИБС среди лиц трудоспособного возраста. Согласно данным ГНИЦ ПМ в России в возрасте 20-60 лет 34 % мужчин и 39 % женщин умирают от ССЗ. Заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ) среди населения г. Новосибирска в возрасте 25-64 лет является одной из самых высоких в мире [4]. У выживших после ИМ больных сохраняется высокий риск повторной сосудистой катастрофы. В 60-70 % случаев коронарная смерть наступает у лиц от повторного ИМ [4,5].

Следует отметить, что первый год жизни после перенесенного ИМ для пациентов является самым ответственным. Это связано, прежде всего, с высокой летальностью в этот период жизни, которая достигает  $\geq 10$  %, что значительно больше, чем в последующие годы, и,  $\sim 20$  % больных в течение года поступают в стационар повторно в связи с прогрессирующей стенокардией или повторным ИМ [4,5].

Задачи вторичной профилактики после перенесенного ИМ состоят в предотвращении поздних осложнений, в т.ч. внезапной смерти (ВС), восстановлении трудоспособности и улучшении качества жизни (КЖ) пациентов. Доказано, что качественно проводимая вторичная профилактика приводит к достоверному снижению смертности от осложненных ИМ на 26 % [6]. Важная роль во вторичной профилактике ИБС отводится первичному звену здравоохранения, прежде всего, участковым врачам, где пациенты находятся на диспансерном учете. Как же проводят вторичную профилактику у больных, перенесших ИМ, в реальной амбулаторной практике? Это послужило основной целью настоящего исследования.

## Материал и методы

В исследование были включены 208 больных, мужчин и женщин, в возрасте 45-75 лет, перенесших Q-образующий и Q-необразующий ИМ давностью от 1 мес до 1 г. Исследование проводили в кардиологическом диспансере, в 3 поликлиниках областного центра и в 1 поликлинике районного центра.

Для оценки качества реально проводимой вторичной профилактики у больных, перенесших ИМ, тщательно анализировались амбулаторные карты пациентов, выписки из истории болезни. Для объективной оценки качества диспансеризации дополнительно беседовали с больными.

Полученные сведения вносились в разработанную единую стандартную анкету, содержащую 17 позиций. В анкету были включены вопросы, касающиеся наличия у больных факторов риска (ФР) ИБС, размер перенесенного ИМ, сопутствующие заболевания, влияющие на течение болезни: артериальная гипертония (АГ), сахарный диабет (СД), ожирение (Ож).

Особое внимание обращали на использование врачами первичного звена здравоохранения препаратов рекомендованных ВНОК: антиагреганты, статины,  $\beta$ -адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ); их торговое название, используемые суточные дозы по отношению к рекомендуемой, регулярность лечения. Оценивалась эффективность лечения АГ: индивидуальный подбор антигипертензивных препаратов (АГП), уровень адекватного контроля артериального давления (АД), как основного фактора прогрессирования ИБС.

Важным разделом работы явилось изучение приверженности пациентов немедикаментозным методам лечения, куда включали: соблюдение диеты с ограничением поваренной соли и животных жиров, регулярность занятий различными видами физических нагрузок (ФН), отказ от вредных привычек и др. Анализировались полнота и частота исследования липидного профиля. Согласно Российским рекомендациям по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена у больных ИБС за нормальные показатели принимали: общий холестерин (ОХС)  $\leq 4,5$  ммоль/л; триглицериды (ТГ)  $< 1,7$  ммоль/л; ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП)  $< 2,6$  ммоль/л, ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП)  $> 1,0$  для мужчин и  $> 1,2$  ммоль/л для женщин [7].

Все больные были разделены на 2 группы (гр.): в I гр. (n=100) входили лица, которым мероприятия по вторичной профилактике ИБС проводились кардиологами в условиях кардиологического диспансера, во II гр. (n=108) вошли пациенты, которым эти мероприятия проводили участковые терапевты в 3 поликлиниках областного города и в 1 поликлинике районного центра. В исследовании приняли участие 9 врачей, которые приклали заполненные индивидуальные регистрационные карты на 208 больных.

Полученные данные обрабатывали стандартными методами медико-статистического анализа. Результаты представлены в виде средних величин и стандартного отклонения  $M \pm m$ . Различия считали достоверными при значении  $p < 0,05$ .

## Результаты и обсуждение

Клиническая характеристика двух гр. больных, включенных в исследование, представлена в таблице 1. В обеих гр. больных преобладали мужчины, причем больше их было в I гр. — 78 %, по сравнению со II — 53,7 % ( $p < 0,001$ ), инвалидов — 26 % и 13,9 % соответственно ( $p < 0,05$ ). По остальным показателям гр. между собой существенно не различались. Сравнивая качество проведения вторичной профилактики ИБС в кардиологическом диспансере и поликлиниках, отмечена явно большая приверженность больных медикаментозному лечению в условиях кардиологического диспансера (таблица 2).

Таблица 1

Клиническая характеристика двух гр. больных, включенных в исследование

Показатели	I гр. (n=100), n (%)	II гр. (n=108), n (%)	p
Мужчины / женщины	78 (78) / 22 (22)	58 (53,7) / 50 (46,3)	< 0,001
Средний возраст, годы	55 ± 3,4	53 ± 2,5	нд
Рабочие	29 (29)	32 (29,6)	нд
Служащие	15 (15)	18 (16,7)	нд
Пенсионеры	30 (30)	35 (32,4)	нд
Инвалиды	26 (26)	15 (13,9)	нд
Повышенный вес	44 (44)	48 (44,4)	< 0,05
Ож I-III стадии	31 (31)	32 (29,6)	нд
АГ	77 (77)	84 (78,3)	нд
Стенокардия I-III функционального класса	73 (73)	72 (66,7)	нд
СД 2 типа	10 (10)	16 (14,8)	нд

Примечание: нд – недостоверно.

Таблица 2

Сравнительная характеристика проведения вторичной профилактики ИМ в амбулаторных условиях

Показатели	Кардиодиспансер (n=100), n (%)	Поликлиники (n=108), n (%)	p
Немедикаментозное лечение:			
диетотерапия	74 (74,0)	63 (58,3)	< 0,001
ФН	47 (47,0)	38 (35,2)	нд
отказ от курения	21 (41,2)	17 (41,5)	нд
Медикаментозное лечение:			
антиагреганты	86 (86,0)	81 (74,8)	нд
статины	87 (87,0)	23 (21,3)	< 0,001
ИАПФ	81 (81,0)	65 (60,2)	< 0,01
β-АБ	86 (86,0)	57 (52,8)	< 0,001
АК	58 (58,0)	67 (62,0)	нд
нитропрепараты	51 (51,0)	76 (77,4)	нд
Лечение АГ:			
регулярное	59 (76,6)	47 (55,9)	нд
нерегулярное	18 (23,4)	37 (44,1)	нд

**Коррекция ФР прогрессирования атеросклероза**

У больных, перенесших ИМ, ФР атеросклероза продолжают действовать, способствуя прогрессированию и ухудшению прогноза болезни. Как правило, у таких больных имеет место несколько ФР, усиливая влияние каждого в отдельности.

Важное значение во вторичной профилактике ИМ придается соблюдению низкокалорийной диеты с ограничением жиров животного происхождения. Рекомендуются диета уменьшает риск обострения ИБС посредством нескольких механизмов: снижением массы тела (МТ) и артериального давления (АД); нормализацией уровней липидов и глюкозы крови, снижением склонности к тромбозу [8]. В настоящем исследовании каждый четвертый пациент, наблюдавшийся в кардиодиспансере и каждый второй – в поликлинике, не придерживаются диетического режима (таблица 2). Хотя нормальную МТ имеют только 25 % и 26 % больных, соответственно.

До развития ИМ в обеих гр. было много курящих мужчин (65 % и 70 % соответственно). Известно, что как активное, так и пассивное курение способствуют развитию и прогрессированию атеросклероза коронарных артерий и повышают риск развития

повторного ИМ [9]. К сожалению, перенесенная болезнь не привела к полному отказу мужчин от вредной привычки и более половины из них продолжают курить, хотя все они были достаточно информированы о роли табакокурения в прогрессировании болезни. В то же время многочисленные исследования свидетельствуют, что у пациентов, отказавшихся от курения, риск смерти снижается на 36 % [10].

Обращает на себя внимание низкий процент больных в обеих гр., приверженных к ФН (дозированная ходьба не менее 5 раз в нед в течение 30–45 мин), хотя и здесь в I гр. физически активных пациентов оказалось в 2 раза больше (47 %), по сравнению с пациентами II гр. (35,2 %) (p>0,05). Исследованиями доказано, что регулярные физические тренировки снижают МТ и АД (при его повышении), уменьшают размеры левого желудочка (ЛЖ) и предсердия, увеличивают фракцию выброса, уменьшают частоту приступов стенокардии, а также число серьезных сердечно-сосудистых осложнений, включая смерть и нефатальный ИМ [11,12]. Исходя из этого, контролируемые физические упражнения должны обязательно присутствовать во вторичной профилактике у всех пациентов, перенесших ИМ.

### Медикаментозная терапия

Сравнивая качество медикаментозной профилактики ИБС в кардиологическом диспансере и поликлиниках, отмечена явно большая приверженность больных лечению в кардиологическом диспансере (таблица 2). Антиагрегантную терапию врачи кардиологического диспансера назначают 86 % больных, врачи поликлиник – 75,0 % ( $p > 0,05$ ). По частоте использования антиагреганты определились следующим образом: на первом месте – кардиомагнил, 80 % принимают его в кардиодиспансере и 70 % в поликлиниках, затем тромбоАСС – 10 % и 11 %, аспирин – 8 % и 10 % больных, соответственно. Клопидогрел принимали 21 % больных в кардиологическом диспансере. Большой процент его назначения объясняется тем, что он выдается пациентам бесплатно, после проведенной коронарной ангиопластики.

Многочисленными исследованиями доказано, что применение дезагрегантов позволяет в течение ближайших нескольких лет снизить риск сердечно-сосудистой смертности на 15 %, а нефатального ИМ на 34 % [13]. Однако далеко не все практические врачи в полной мере осознают роль антиагрегантов в эффективной вторичной профилактике ИБС.

При анализе использования врачами статинов во вторичной профилактике ИБС оказалась высокая их востребованность специалистами кардиодиспансера (87 %) по сравнению с врачами поликлиник (21,3 %). И все же показатели по поликлиникам оказались значительно выше средних показателей по России, где они назначаются не более чем у 6 % из числа тех, кому они показаны [14]. Какие статины чаще используют? Наиболее популярным оказался симвастатин, он был востребован в I гр. в 50 % случаев, во II – в 58 % (средняя доза – 10-20 мг/сут., рекомендуемая – 20-40 мг/сут.), на втором месте аторвастатин, его рекомендовали 10 % и 22 % больным ( $p < 0,001$ ) (средняя доза 10 мг/сут., рекомендуемая 20 мг/сут.) и меньше назначали розувастатин – в 4 % и 7 % случаев, соответственно (средняя доза 10 мг/сут.). Следует отметить, что, несмотря на высокий процент использования статинов целевые уровни ОХС и ХС ЛНП не были достигнуты у 33 % из 85 % больных кардиологического диспансера, а у пациентов, лечившихся в поликлиниках, целевых показателей липидограммы достигали в единичных случаях.

Проводимая гиполипидемическая терапия в условиях районных поликлиник оказалась далека от желаемой. Большинство пациентов не лечатся статинами, а те, кто их принимает, получают менее эффективные препараты и в недостаточных дозах. Только у 49 % пациентов, наблюдающихся в кардиологическом диспансере, регулярно исследуется липидный профиль, ОХС определяется у 40 %, у 11 % больных липидограмма исследуется редко.

Такое положение нельзя связать только с некомпетентностью врачей. Немалое число пациентов отказываются от приема статинов по причине их высокой стоимости. По этой же причине ряд пациентов не могут принимать статины длительно. Другой немаловажной причиной низкой приверженности больных лечению является некомпетентность участковых врачей. Нередко больные переставали принимать статины по решению участкового врача после достижения целевых показателей ОХС. В то же время известно, что эффективная гиполипидемическая терапия у больных ИБС приводит к снижению частоты сердечно-сосудистых событий на 20-35 % [15].

Результаты исследования по применению ИАПФ у больных ИМ, показали их высокую востребованность врачами кардиологического профиля, где они назначались 80 % пациентов, и несколько меньше они использовались врачами поликлиник – у 60,2 % больных ( $p < 0,01$ ). В основном назначались дженерики эналаприла и лизиноприла в средней дозе 10-15 мг/сут. и периндоприла в средней дозе 2-4 мг/сут.

Что касается  $\beta$ -АБ, то они занимают одно из главных мест в лечении больных постинфарктным кардиосклерозом. Они уменьшают потребность миокарда в кислороде, повышают порог возбудимости для развития фибрилляции желудочков, снижают активность симпатoadренальной системы, уменьшают накопление ионов кальция в сердечных клетках (снижая возбудимость миокарда) и повышают сердечный выброс. Реализуется это в постинфарктном периоде снижением риска ВС, связанной с фатальными желудочковыми аритмиями, в среднем на 25 % [13,16,]. Поэтому в соответствии с современными рекомендациями эта группа препаратов, при отсутствии противопоказаний, должна назначаться всем пациентам, перенесшим ИМ. В реальной клинической практике большинство больных либо не получают  $\beta$ -АБ, либо принимают их в дозах, не обеспечивающих достижения целевой частоты сердечных сокращений (ЧСС). Врачи кардиологического диспансера использовали  $\beta$ -АБ в 86 % случаев, врачи поликлиник значительно реже – в 52,8 % случаев ( $p < 0,001$ ).

По частоте использования  $\beta$ -АБ распределились следующим образом: самым востребованным оказался бисопролол в средней дозе 2,5-5 мг/сут., затем метопролол в средней дозе 50-75 мг/сут., 12 % больным в кардиодиспансере назначается  $\beta$ -АБ с вазодилатирующим действием – карведилол в средней дозе 12,5-50 мг/сут.

Общей ошибкой врачей (в большей степени это присуще врачам поликлиники) при использовании  $\beta$ -АБ является избыточные опасения урежения ритма сердца, а также недостаточное осознание выгоды для больного от применения препаратов этого класса в адекватных дозах. Вследствие чего

большинство пациентов, перенесших ИМ,  $\beta$ -АБ принимают в недостаточных дозах. Редко они назначаются больным пожилого возраста, с СД и хронической сердечной недостаточностью, что имеет определенные основания.

Антагонисты кальция (АК), как группа антиангинальных препаратов, приблизительно в одинаковой степени используются врачами кардиологического диспансера и врачами поликлиник – в 58 % и 62,0 % случаев соответственно ( $p > 0,05$ ). Но имеется и существенная разница по частоте назначения различных групп АК. В кардиологическом диспансере чаще используют амлодипин, в поликлиниках – нифедипин ретард.

Что касается назначения нитропрепаратов – другой группы антиангинальных средств, то значительно больше они бывают востребованы врачами поликлиник – в 77,4 % случаев vs 51,0 % в кардиологическом диспансере ( $p > 0,05$ ). Однако в поликлиниках чаще назначаются препараты из группы изосорбид динитрат, а в кардиологическом диспансере – чаще препараты из группы изосорбид-5-мононитрат, обладающие более высокой биодоступностью и длительностью действия.

Если рассматривать эффективность лечения сопутствующей АГ, основного фактора прогрессирования атеросклероза, то и здесь оказалась существенная разница в лечении больных в диспансере и поликлиниках. В кардиологическом диспансере из 77 пациентов с повышенным АД ( $\geq 140/90$  мм рт. ст.) 59 (76,6 %) регулярно принимают АГП и контролируют АД. Этот показатель оказался чрезвычайно высоким для России, и только 18 (23,4 %) пациентов лечатся нерегулярно. В тоже время на момент осмотра, из группы больных, постоянно лечившихся, у 29 (37,7 %) АД превышали целевые уровни ( $> 130/90$  мм рт.ст.), т. е. у этих больных доза АГП

была явно недостаточной. В поликлиниках эти показатели оказались хуже, лечатся регулярно только 47 (55,9 %) больных и 37 (44,1 %) ( $p > 0,05$ ) принимают лекарство нерегулярно.

Полученные данные оказались несколько лучше по сравнению с результатами других отечественных исследований. Оценивая структуру назначения лекарственных средств пациентам с ИБС в Московском городском кардиологическом диспансере, выявлено, что антиагреганты назначаются лишь 44 % пациентов,  $\beta$ -АБ – 57 %, ИАПФ – 72 %, а статины – 6 % [17,18]. Для сравнения в США антиагреганты получают 85 % пациентов,  $\beta$ -АБ – 82 %, ИАПФ – 58 %, а статины – 52 % [19].

## Заключение

Выполненное исследование по оценке эффективности вторичной профилактики ИМ в первичном звене здравоохранения продемонстрировало низкую приверженность пациентов немедикаментозным методам лечения: каждый четвертый больной, наблюдающийся в кардиодиспансере, и каждый третий – в поликлинике, не соблюдают рекомендованную диету, большинство из них недостаточно физически активны и продолжают курить. Отмечены недостаточные знания участковых врачей о возможностях фармакотерапии в постинфарктном периоде. Только 21,3 % больных получают статины, 52,8 % –  $\beta$ -АБ, 60,2 % – ИАПФ. Приверженность больных активному лечению может быть улучшена только путем комплексного подхода, включающего обучение их по общеобразовательным программам с акцентом на повышение мотивации к немедикаментозному лечению, активному вовлечению в лечебный процесс самих больных и осознанием врачами выгоды для больного от использования современных эффективных методов фармакотерапии.

## Список врачей, принимавших участие в исследовании:

Виклова Л.Н., Гзоян М.Н., Евдокимова Н.А., Корчагина Ю.В., Мусинов А.В., Паначева Е.П., Споева В.Н., Скударнова Т.В., Чуйко О.Е.

## Литература

1. Оганов Р.Г., Погосова Г.В. Современная стратегия первичной профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология 2007; 12: 4-9.
2. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии. Под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. М: Гэстар-Медиа 2007; 400 с.
3. British Heart Foundation. 2006 Coronary heart disease statistics. <http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=6799>.
4. Гафаров В.В., Гафарова А.В., Благина М.Ю. Программа ВОЗ "Регистр острого инфаркта миокарда": 25-летие эпидемиологического исследования инфаркта миокарда в России (1977 – 2001). Кардиология 2005; 8: 48-50.
5. Блужас И., Сталиорайтите Е., Пангоните Д., Казлаускайте Д. Внезапная внебольничная коронарная смерть – отдельный независимый острый коронарный синдром или вид смерти от ишемической (коронарной) болезни сердца? Кардиология 2003; 7: 41-8.
6. Taylor RS, Bolli R, Dawn B, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: review and metaanalysis of randomized controlled trials. Am J Med 2005; 352 (13): 1293-304.
7. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации. Москва 2007 г. Приложение к ж Кардиоваск тер профил.
8. Sdringola S, Nakaqawa K, Meurin P, et al. Combined intense and pharmacologic lipid treatment further reduce coronary events and myocardial perfusion abnormalities compared with usual-care cholesterol-lowering drugs in coronary artery disease. JACC 2003; 41: 263-72.
9. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Национальный проект "Здоровье". От редакции. Сердце 2007; 1(33): 4-24.
10. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associatrd

- with smoking cessation in patients with coronary heart disease a systematic review. *JAMA* 2003; 290: 86-97.
11. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et al. Exercise – based rehabilitation for coronary heart disease *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1: CDOO 1800.
  12. Thompson PD, Buchner D, Pina IL, et al. Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation* 2003; 107: 3109-16.
  13. Джаиани Н.А., Терещенко С.Н. Вторичная профилактика инфаркта миокарда: фармакотерапевтические аспекты. *Справочник поликлинических врачей* 2007; 2: 19-23.
  14. Чазов Е.И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. *Тер архив* 2008; 8: 11-6.
  15. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России. *Кардиоваск тер и профил* 2005; 3 (1): 4-9.
  16. Fung JW, Yu CM, Kum CL, et al. Role of beta-blocker therapy in heart failure and atrial fibrillation. *Card Electrophysiol Rev* 2003; 7(3): 236-42.
  17. Рудакова А.В. Статины в терапии ишемической болезни сердца: фармакоэкономические аспекты. *Сердце* 2008; 4(42): 227-33.
  18. Фитилев С.В., Левин А.Н., Титарова Ю.Ю. и др. Первичная и вторичная профилактика атеросклероза и его осложнений у пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторной практике г. Москвы (фармакоэпидемиологическое исследование). *Мат Межд конгр “Развитие фармакоэкономики и фармакоэпидемиологии в Российской Федерации”*. Москва 2006; 223.
  19. Fonarow GC. In-Hospital Initiation of Statin Therapy in Acute Coronary Syndromes Maximizing: the Tardy and Longterm Benefits. *Chest* 2005; 128(5): 3641-51.

Поступила 20/03-2009