

*Кутлу Расим, Мураталиев Т.М.*

## ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА И ИХ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Kutlu Rasim, T.M. Murataliev*

### ESTIMATION OF RISK FACTORS AND THEIR NOTMEDICAMENTAL CORRECTION AT PATIENTS WITH STABLE ANGINA AT LEVEL FAMILY DOCTORS

**Цель:** Изучить распространенность факторов риска (ФР) и их немедикаментозная коррекция в условиях клинической практики у больных со стабильной стенокардией (СС) на уровне первичного звена здравоохранения.

**Материал и методы:** Методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ 1043 амбулаторных карт пациентов (АКП), со СС, находящихся на диспансерном учете в центрах семейной медицины г. Бишкек. Для выполнения данной работы была разработана регистрационная форма, куда вносилась информация о пациенте, его медицинский анамнез и проводимая терапия. Оценивались регистрация ФР в АКП, адекватность их оценки и коррекции. Анализ проводился за период 2006 года.

**Результаты:** Из 1043 проанализированных АКП 646(61,93%) составили женщины, остальные 397(38,07%) – мужчины ( $p < 0,5$ ). Основное количество пациентов составили больные в возрасте старше 60 лет 766(73,45%). В 1023(98,08%) случаев в АКП отсутствовали сведения об отношении пациентов к курению. Данный ФР был указан только у 5(0,48%) пациентов бывших курильщиков и у 15(1,44%) – курящих. Артериальная гипертензия (АГ) отмечена в диагнозе у 900(86,29%) пациентов. У 925(88,68%) пациентов текущее значение систолического артериального давления (САД), оказалось более 140 мм рт. ст., а диастолическое артериальное давление (ДАД), более 90 мм рт.ст. у 912(87,44%). Указания на нарушение липидного обмена отмечено у 439(42,10%) пациентов. Реже у 28(2,68%) определялся полный спектр липидов крови. Средний уровень общего холестерина составил  $5,93 \pm 1,15$  ммоль/л. Сахарный диабет отмечен в АКП у 141(13,52%). Данные об уровне сахара в крови у 432(41,42%) отсутствовали. В 1034(99,14%) АКП не было никаких сведений о физической активности пациентов. Указания на наличие ожирения имелись в 109(10,44%) АКП. Вес бы отмечен лишь у 22(2,11%) больных. Индекс Кетле рассчитан у 22(2,11%) пациентов, а окружность талии не были зафиксированы ни в одном случае. У 4(0,39%) случайный характер употребления алкоголя и у 1 (0,17%) – регулярное употребление. Значения числа сердечных сокращений (ЧСС) было отмечено -1043(100,0%). Средний уровень ЧСС составило  $80,98 \pm 11,86$  уд/мин. Наследственный анамнез у 28 (2,68%). Рекомендации по соблюдению гиполлипидемической диеты даны в 466(44,68%), отказ от курения- 9(0,86%), снижению массы тела – 18(1,73%), физические тренировки-87(8,34%), контроль уровня артериального давления или ЧСС-101(9,68%), алкоголь 1(0,10%).

**Выводы:** Врачи первичного звена не уделяют достаточно внимания активному выявлению регулируемых ФР коронарной болезни сердца (КБС) и их мониторингованию.

**Ключевые слова:** стабильная стенокардия, факторы риска, немедикаментозная коррекция, рекомендация, диспансеризация, центр семейной медицины

**Objective:** To study prevalence of risk factors (RF) and their not medicament correction in the conditions of clinical practice at patients with a stable angina (SA) at level family doctors.

**Methods:** The random sample method carries out the retrospective analysis of 1043 out-patient cards of patients (OPCP) with SA, being on the dispensary account in the centers of family medicine of Bishkek. The registration form where the information on the patient was brought has been developed for performance of the given work its medical anamnesis and spent therapy. Adequacy of their estimation and correction were estimated registration RF in an OPCP. The analysis was spent during 2006.

**Results:** From 1043 analyzed OPCP 646 (61,93 %) have made women, the others 397 (38,07 %) - men ( $p < 0,5$ ). The basic quantity of patients was made by patients aged is more senior 60 years 766 (73,45 %). In 1023 (98,08 %) cases in OPCP were absent data on the relation of patients to smoking. Data RF have been specified only at 5 (0,48 %) patients of the former smokers and at 15 (1,44 %) - smokers. The arterial hypertension (AH) is noted in the diagnosis at 900 (86,29 %) patients. At 925 (88,68 %) patients current value a systolic arterial hypertension (SAH) has appeared more than 140 mm hg, and a diastolic arterial hypertension (DAH) more than 90 mm hg at 912 (87,44 %). Indicating on disturbance of a lipids exchange it is noted at 439 (42,10 %) patients. Less often at 28 (2,68 %) the full spectrum of lipids of blood was defined. The average level of the general cholesterol has made  $5,93 \pm 1,15$  mmol/l. The diabetes is noted in OPCP at 141 (13,52 %) patients. Data about glucose level in blood at 432 (41,42 %) were absent. In 1034 (99,14 %) OPCP were not any data on physical activity of patients. Indicating on obesity presence were available in 109 (10,44 %) OPCP. The weight has been noted only at 22 (2,11 %) patients. Index Kettle is calculated at 22 (2,11 %) patients, and a waist circle have not been fixed in one case. At 4 (0,39 %) casual character of the use of alcohol and at 1 (0,17 %) - the regular use. Value of number of cardiac reductions (CCR) it has been noted-1043 (100,0 %). The CCR average level has made  $80,98 \pm 11,86$  beats/min. The hereditary anamnesis at 28 (2,68 %). recommendation on observance hypolipidemic diets are given in 466 (44,68 %), refusal of smoking - 9 (0,86 %), to depression of mass of a body - 18 (1,73 %), physical trainings- 87 (8,34 %), the control of level of arterial pressure or number of cardiac reductions-101 (9,68 %), alcohol 1 (0,10 %).

**Conclusion:** Doctors of a primary link do not give sufficient attention to active revealing regulated RF a coronary disease of heart (CHD) and to their monitoring.

**Key words:** *Stable angina, risk factors, notmedicamental correction, recommendation, prophylactic medical examination, the centre of family medicine.*

### Введение

Начиная с девяностых годов прошлого столетия, в Кыргызстане продолжается неуклонный рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). По данным Республиканского медико-информационного центра за 2005 год 1023,1 человек на 100 тыс. трудоспособного населения страдают КБС, более трети из них имеют стенокардию, что составляет 320,5 на 100 тыс. Если в 1990 г в Кыргызстане было зарегистрировано 29635 больных КБС, то в 2005 году такие больные составили 36010 человек [1]. Смертность от КБС в центрально-азиатских республиках в 4,2 раза превышает средний уровень смертности по Евросоюзу [2].

Для определения причин высокой заболеваемости, смертности от ССЗ и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий необходимо проведение фармакоэпидемиологических исследований, позволяющих проследить использование и частоту применения лекарственных препаратов с доказанной эффективностью в реальной клинической практике [3]. Информация о том, как проводится вторичная профилактика больных КБС в европейских странах, представлена в 5 крупных многоцентровых исследованиях [4-8]. Эти исследования показали, что большинство международных рекомендаций по профилактике и лечению ССЗ не соблюдается в реальной клинической практике, отмечен низкий уровень внимания врачей к ФР у пациентов со СС и как следствие – отсутствие их адекватной коррекции и достижения целевых значений.

Отсутствие подобных исследований в Кыргызстане не позволяет в полной мере говорить ни о детальных характеристиках больных со СС, ни о применяющихся методах диагностики, ни о характере и результатах их лечения.

Поэтому одной из актуальных задач клинической кардиологии в нашей стране является изучение состояния по вторичной профилактике у больных СС в условиях реальной клинической практике врачей первичного звена.

### Материал и методы

Методом случайной выборки проведен ретроспективный анализ 1043 АК больных со СС, находящихся на диспансерном учете в ЦСМ г. Бишкек. Для выполнения данной работы была разработана унифицированная регистрационная форма, куда вносилась информация о пациенте, его медицинский анамнез, проводимая терапия, регистрация ФР, а также адекватность их оценки. Анализ проводился за период с января по декабрь 2006 года.

Одним из основных ФР КБС является курение: наличие данного ФР признавалось в случае указания на выкуривание в течение суток хотя бы одной сигареты или наличие курения в анамнезе. АГ считалась при САД  $\geq 140$  мм рт.ст. и/или ДАД  $\geq 90$

мм рт.ст., или приеме гипотензивных препаратов. Дислипидемия, градация уровней липидов определялась в соответствии АТР III [9].

Сахарный диабет II типа при наличии сахара венозной крови натощак  $\geq 7$  ммоль/л,  $\geq 11,0$  ммоль/л после нагрузки или приеме сахароснижающих препаратов, снижение толерантности к глюкозе считалось при наличии сахара крови натощак  $\geq 6$  ммоль/л,  $\leq 7$  ммоль/л [10]. Наличие ожирения признавалось при превышении индекса Кетле 24,9 и более [11]. Для выявления лиц с абдоминальным ожирением необходимо было указание на измерение окружности талии. При превышении окружности талии у мужчин более 102 см, а у женщин более 88 см признавалось наличие абдоминального ожирения [11].

Отягощенная наследственность признавалась при наличии КБС и/или сердечно-сосудистых осложнений (внезапная смерть, инфаркт миокарда, инсульт) у лиц первой линии родства мужского пола в возрасте моложе 55 лет и женского пола моложе 65 лет. Возраст считался ФР у мужчин старше 45 лет, у женщин старше 55 лет.

Низкая физическая активность признавалась при указании в АК на сидячий образ жизни (при сидении на работе 5 и более часов и/или при активном досуге менее 10 часов в неделю, для пенсионеров – менее 15 часов в неделю).

Алкоголь: Умеренный прием алкоголя эффективен, чем интенсивное снижение холестерина для защиты жизни больных высокого риска. Умеренный прием алкоголя в виде вина является путем к предупреждению как фатальных, так и нефатальных осложнений КБС [12].

Также, нами оценивались не только регистрация ФР в АК пациента, но и адекватность их оценки и применение немедикаментозных способов коррекции основных ФР.

Результаты исследования обработаны с использованием компьютерного пакета «Microsoft Office Excel». Достоверность различий между сравниваемыми параметрами определяли с помощью критерия различия для процентов. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты и их обсуждение

Методом случайной выборки было проанализировано 1043 АКП со СС. В выборке 646 (61,93%) составили женщины, остальные 397 (38,07%) – мужчины ( $p < 0,05$ ). Возраст больных колебался от 33 до 95 лет. Средний возраст пациентов составил  $68,55 \pm 10,98$  лет. Основное количество (766 -73,45%) пациентов со СС составили больные в возрасте старше 60 лет, что может быть связано с высокой распространенностью КБС среди лиц пожилого возраста, а также их большей обращаемостью в поликлиники, чем лица молодого и среднего возраста.

I. Распространенность ФР, в отношении которых доказано, что профилактическое вмешательство на них способно уменьшить риск осложнений КБС.

Курение. Известно, что курение повышает риск возникновения сердечного приступа, а также смерти от него. У курильщиков 50 % всех преодолимых смертельных случаев связаны с длительным сроком курения и одна половина из них происходит из-за сердечно-сосудистых болезней [13]. Риск развития сердечного приступа у курильщика в 2-3 раза выше, чем у некурящего [13]. При этом курение является наиболее важным из тех ФР КБС, которые поддаются изменению. Если же курение сочетается с АГ и ГХ, тогда риск развития сердечного приступа возрастает в восемь раз. При прекращении курения риск умереть от сердечного приступа существенно снижается [13]. Курение и гиперхолестеринемия (ГХ) усиливают повреждающее воздействие на функции эндотелия [14].

Результаты нашего исследования показали, что в 1023 (98,08%) случаях в АКП отсутствовали сведения об отношении пациентов к курению. Данный ФР был указан только у 5 (0,48%) пациентов бывших курильщиков и 15 (1,44%) пациентов курящих. Анализ наличия курения как ФР, оказывающего отягощающее влияние на течение КБС показал, что из 1043 АКП врачи первичного звена отметили отношение пациента к курению лишь у 20 (1,92%) больных.

Таким образом, приведенные данные указывают, что на уровне первичного звена не уделяется должное внимание на такой важный, регулируемый ФР как курение.

АГ. Эпидемиологические исследования показали, что повышенное кровяное давление является ФР КБС, сердечной недостаточности, цереброваскулярной болезни [15]. Крупные рандомизированные испытания продемонстрировали, что у гипертоников кровяное давление сниженное гипотензивными препаратами существенно уменьшает осложненное течение сердечно-сосудистых заболеваний, летальность и сокращает риск КБС на 15-25 % [16]. АГ отмечена в диагнозе у 900 (86,29%) пациентов, из них преобладающее число больных 763(73,15%) составили с АГ III степени очень высокого риска. Текущие значения САД, ДАД и ЧСС внесены в АКП у всех (100%) пациентов. У 925 (88,68%) пациентов текущее значение САД оказалось более 140 мм рт.ст., а ДАД более 90 мм. рт. ст.- у 912 (87,44%). В целом средний уровень САД составил  $194,43 \pm 35,15$  мм рт. ст., а ДАД составил  $110,91 \pm 20,64$  мм рт. ст. Результаты анализа показали, что у большинства больных не достигнут целевой уровень АД.

Нарушение липидного обмена. Риск развития КБС и причины смертности напрямую зависят от уровня общего холестерина (ОХС) в крови [17]. Указания на нарушение липидного обмена из 1043 анализируемых карт за период 2006 года отмечено у 439 (42,10%) пациентов. Данные о содержании ОХС внесены в АКП у 554 (53,12%), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) - у 28 (2,68%), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП)- у 28

(2,68%), триглицеридов (ТГ) – у 28 (2,68%) пациентов. Полный спектр липидного профиля отмечен в 28(2,68%) АКП.

Уровень ОХС был ниже 5,16 ммоль/л у 115 (11,02%) пациентов, и не было анализов у 489 (46,88%). Средний уровень ОХС среди лиц с повышенным ОХС составил  $5,83 \pm 1,15$  ммоль/л. Холестерин ЛПНП выше 3,34 ммоль/л является атерогенным [18]. Выше 3,34 ммоль/л отмечена у 16 (1,53%) пациентов, ниже 3,34 ммоль/л у 11 (1,07%) и не было сведений о ЛПНП у 1016 (97,40%). Средний уровень ЛПНП составил  $3,87 \pm 2,08$  ммоль/л.

Существует обратная ассоциация между ЛПВП и риском КБС. Отмечено, что как для мужчин, так и для женщин, чем ниже концентрация ЛПВП, тем большее риск развития КБС [19]. ЛПВП крови за анализируемый период были внесены в АКП лишь у 28 (2,68%). При этом уровень ЛПВП был менее 1,03 ммоль/л у 21 (2,01%) пациента, а более 1,03 ммоль/л у 7 (0,67%) и не было сведений у 1015 (97,32%) пациентов, при этом средний уровень ЛПВП составил  $0,98 \pm 0,40$  ммоль/л.

Гипертриглицеридемия также связана с риском развития КБС. Результаты однофакторных проспективных исследований показали, что триглицериды до 5 ммоль/л вызывают риск КБС [20]. Значения ТГ выше 1,69 ммоль/л зарегистрированы у 19 (1,82%) пациентов, ниже 1,69 ммоль/л у 9 (0,86%) и не было анализов у 1015(97,32%). Средний уровень ТГ составил  $2,43 \pm 2,03$  ммоль/л.

II. Распространенность ФР, в отношении которых показана вероятность снижения частоты осложнений КБС при вмешательствах на них. Сахарный диабет (СД). Диабет - как первого, так и второго типа ассоциируется с заметно повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний. В крупном эпидемиологическом исследовании MRFIT [17], которое включало 12866 мужчин 35-57 лет, при 12-летнем наблюдении абсолютный риск смерти от КБС в любом возрасте был намного выше у больных диабетом по сравнению с лицами без диабета [21]. Диабет - особенно строгий ФР КБС для женщин [22]. В Фремингемском исследовании при 20-ти летнем наблюдении абсолютный риск коронарной смерти при диабете был в 2 раза выше у мужчин и в 4,7 раза у женщин, чем у лиц соответствующего пола без сахарного диабета [22]. Известно, что в больших группах населения распространенность КБС среди женщин до наступления менопаузы ниже, чем среди мужчин соответствующего возраста. Диабет значительно уменьшает этот относительный защитный эффект принадлежности к женскому полу [22].

СД отмечен в АКП у 141 (13,52%). Из них 6(0,57%) человек от общего числа пациентов были с диабетом I типа, остальные 135(12,94%) составили - СД II типа. Показатели уровня сахара крови были указаны за анализируемый период в 606 (58,10%) случаях, при этом среднее значение превысило норму и сахара крови натощак составило  $5,36 \pm 3,42$

ммоль/л. Нарушение толерантности к глюкозе было отражено не во всех АКП, при этом у 85 (8,13%) пациентов сахар крови натощак был более 6,0 ммоль и менее 7,0 ммоль/л.

Гиподинамия - растущая проблема здравоохранения. Проспективные эпидемиологические исследования показали, что сидячий образ жизни связан с удвоением риска преждевременной смерти и с увеличением риска ССЗ. Это окажет главное влияние на распространенность атеротромбоза ССЗ в ближайшее десятилетие из-за нехватки физической активности. Достаточная физическая активность оказывает прямой защитный эффект от развития сосудистых поражений и косвенного воздействия на другие ФР: понижение холестерина ЛПНП и триглицеридов, увеличение холестерина ЛПВП, уменьшение избыточного веса и понижение уровня кровяного давления. Низкая физическая активность будет иметь обратный эффект [23]. В анализируемых картах лишь у 9 (0,86%) пациентов были указаны данные о физической активности. У остальных-1034 (99,14%) АКП не было никаких сведений о физической активности пациентов.

Ожирение, избыточная масса тела. Эпидемиологические исследования показали, что при ожирении и избыточной массы тела увеличивается смертность и риск заболеваемости КБС [24]. Указания на наличие ожирения присутствовали в 109 (10,44%) АКП. В то же время указания на вес было лишь у 22(2,11 %) пациентов, при этом среднее значение составило  $80,82 \pm 27,21$  кг. Вес не отмечен у 1021 (97,89 %) пациента. Индекс Кетле был рассчитан лишь в 22 (2,11%) АКП, не отмечен у 1021 (97,89 %) пациентов, а размеры окружности талии не были зафиксированы ни в одном случае.

Таким образом, врачи первичного звена не придают должного внимания простым, доступным методам оценки избыточной массы тела как измерению роста, веса, индекса массы тела или окружности талии пациентов.

Алкоголь сильно влияет на ФР ССЗ. Алкоголь вызывает нарушение сердечного ритма, увеличивает риск внезапной смерти и кардиомиопатию [25]. В 1039 (99,33%) АКП не было никаких указаний об отношении пациента к алкоголю, лишь у 4 (0,39%) больных были внесены данные о случайном характере употребления алкоголя и у 1 (0,17%)

больного были внесены данные о регулярном употреблении алкоголя.

ЧСС в настоящее время известно, что повышенная ЧСС является независимым фактором сердечно-сосудистого риска и может рассматриваться в качестве оценки терапевтической цели. Уровень ЧСС коррелирует с уровнем общей смертности, смертности от ССЗ и, в частности, КБС [26]. Уровень смертности и госпитализации повышается с увеличением значений ЧСС [27]. Повышение выживаемости при урежении ЧСС отмечено у больных, перенесших инфаркт миокарда [27]. Врачами первичного звена значения ЧСС были отмечены во всех АКП (100,0%). При этом уровень ЧСС  $\geq 80$  уд/мин был у 518(49,67%), ЧСС 79-70 уд/мин - у 416(39,89%), а ЧСС 69-60 - у 100(9,59%), ЧСС  $< 60$  - у 9(0,86%) пациентов. Средний уровень ЧСС составил  $80,98 \pm 11,86$  уд/мин. К сожалению, у большинства больных со СС уровень ЧСС превышало 80 уд/мин. Результаты анализа показали, что врачи не уделяли достаточного внимания на уровень ЧСС.

III. Распространенность немодифицируемых ФР. Пол. В анализируемых АКП преобладали пациенты женского пола (646-61,93%), остальные - 397 (38,07%) были мужчины.

Возраст. Средний возраст для женщин составил  $66,55 \pm 7,59$  лет, для мужчин  $64,97 \pm 8,77$  лет. Возраст мужчин статистически был меньше, чем возраст женщин ( $p < 0,05$ ).

Наследственный анамнез. В большинстве проанализированных картах 1015(97,32%) отсутствовали сведения о наследственном анамнезе. Только в 28(2,68%) случаев внесены данные о наличии КБС у ближайших родственников.

IV. Немедикаментозная вторичная профилактика. Результаты анализа показали, что отказ от курения был рекомендован в 0,86% случаев, соблюдение гипополипидемической диеты - 44,68%, снижение массы тела - 1,73%, отказ от приема алкоголя - 0,10%, физические тренировки - 8,34% пациентам. Контроль уровня артериального давления и ЧСС рекомендован 44,68% больным.

В период анализе уровни липидов достигли целевых уровней лишь у ОХС-119 (11,40%), ЛПВП - 2 (0,19%), ЛПОНП -3 (0,29%), ЛПНП-3 (0,29%) ТГ-1 (0,10%) и сахара крови достигнуты или исходно были нормально лишь у 251 (24,06%), (Рис.1).

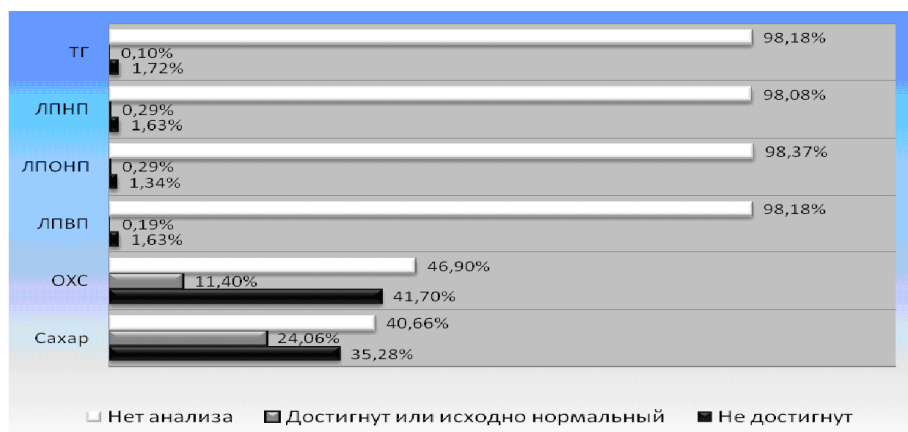


Рисунок 1. Достигнутый уровень класса липидов и сахара у пациентов со ССН (n=1043)

Примечание: сокращения в тексте

Таким образом, семейные врачи не уделяют должного внимания проведению немедикаментозных способов лечения больных со СС, которые оказывают немаловажную роль в улучшении исходов заболевания.

Нами была проанализирована в ходе проведения вторичной профилактики частота достижения целевых показателей основных ФР (табл.1).

Таблица 1. Показателей ФР у больных со СС (n=1043)

Показатели	Абс. кол. Больных (%)
ИМТ < 24,9кг/м2	6(0,58)
САД < 140мм рт. ст.	151(14,48 %)
ДАД < 90мм рт.ст.	270(25,89 %)
ОХС < 5,16 ммоль/л	115(11,03%)
ОХС 5,17- 6,19ммоль/л	260(24,93%)
ОХС > 6,20 ммоль/л	179(17,16%)
ЛПНП < 2,58 ммоль/л	8(0,77%)
ЛПВП ≥ 1,03 ммоль/л	7(0,67%)
ТГ < 1,69 ммоль/л	9(0,86%)
ЧСС 50-60 уд/мин	18(1,73%)

% от числа больных, у которых значение характеристики содержится в АКП. Примечание: сокращения в тексте

Как видно из табл. 1 у большинства больных не достигнуты целевые уровни регулируемых ФР. Уровни достижения целевых значений липидного спектра и сахара были крайне низкими. Целевой уровень сахара крови был достигнут у 24,06% больных.

По результатам анализа динамики АД на фоне терапии, зафиксированных в АКП, была оценена эффективность контроля АД (табл.2).

Таблица 2. Целевой уровень АД у пациентов со ССН. (n=901)

Целевой уровень АД	Общего число пациентов (n=1043)	Пациенты с АГ. (n=901)	Количество мужчин (n=331)	Количество женщин (n=570)
Не достигнут	763 (73,15%)	744 (82,67%)	271 (81,87%)	473 (82,98%)
Достигнут	260 (24,93%)	144 (15,90%)	57 (17,22%)	87 (15,27%)
АД не отмечено	20 (1,92%)	13 (1,43%)	3 (0,91%)	10 (1,75%)

Примечание: сокращения в тексте

Результаты анализа показали, что целевой уровень АД у больных с сопутствующей АГ достигнут лишь у 114(15,90%) пациентов, у 744(82,67%) больных целевой уровень АД не был достигнут. У остальных-13(1,43%) не был отмечен уровень АД.

### ВЫВОДЫ

1. Врачи первичного звена в большинстве случаев не выявляют и не документируют основные ФР КБС, за исключением АГ; не придают должного внимания простым, доступным методам оценки ФР.

2. На уровне первичного звена не используются в достаточной мере доступные немедикаментозные методы коррекции ФР как назначение гиполлипидемической диеты, отказ от курения, физические тренировки.

3. В условиях реальной клинической практики частота проведения немедикаментозной коррекции основных ФР не соответствует международным рекомендациям.

### Литература:

1. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 1999-2005г.г., Бишкек, 2000- 2006.
2. Информационный центр ВОЗ по здоровью населения и здравоохранение в Централноазиатских республиках (ЦАП), Health of population and health care in central Asian republics WHO information center on health for (CAR) // Carinfontet J. 2000.- Vol.1 P. 3-15.
3. Strom B.L. What is pharmacoepidemiology? In: Strom B.L., editor. Pharmacoepidemiology. 2nd ed. New York //John Wiley & Sons, Inc.-1994.- Vol. -6, P. 3-15.
4. EUROASPIRE Study Group (1997) EUROASPIRE European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease. Principal results // European Heart Journal. - 1999. – Vol. 18. – P.1569-1582.
5. EUROASPIRE II Study Group (2001). Life style and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II. Euro Heart Survey Programmer // Eur. Heart J. - 2001. – Vol. 22. – P. 554-572.
6. Euro Heart Survey Programme ESC Quality Assurance Programme to Improve Cardiac Care in Europe. Euroaspire III Euro Heart Survey on Secondary and Primary Prevention Of Coronary Heart Disease. Euro Heart Survey ESC Congress, Vienna, september 2007.
7. Eastaugh JL, Calvert MJ and 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 Practice 2004; 21: 1–8.
8. Witold Ruzyllo, Caroline A. Daly, Anselm Gitt, Desmond Julian, David Mulcahy, et.al. Prospective observational study from the Euro heart survey of stable angina: Predicting prognosis in stable angina—results //BMJ J.- 2006. - Vol. -332, P. 262-267.
9. Scott M. Grundy, M.D., Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report J. *Circulation* 2002;106;3143.
10. Hugo Saner, David A. Wood, Guy De Backer, 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 //European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation.- 2003. - Vol. -10, P. 1-80.
11. Theodore D. Fraker, Jr, MD, FACC, Chair; Stephan D. Fihn, MD, MPH, FACP, 2007 Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 Guidelines for the Management of Patients With Chronic Stable Angina // <http://circ.ahajournals.org> - 2007. - P. 1-12.
12. M. de Lorgeril et al. Is moderate drinking as effective as cholesterol lowering in reducing mortality in high-risk coronary patients? Eur Heart J 2008;29:4
13. Bartecchi CE, MacKenzie TD, Schrier RW. The human costs of tobacco use (1). N Engl J Med 1994; 330:907–912.
14. Heitzer T, Yla-Herttuala S, Luoma J, et al. Cigarette smoking potentiates endothelial dysfunction of forearm resistance vessels in patients with hypercholesterolemia. Role of oxidized LDL. Circulation. 1996 Apr 1;93(7):1346\_53.
15. Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. JAMA 1996; 275:1571–1576.
16. Thijs L, Fagard R, Lijnen P, Staessen J, Van Hoof R, Amery A. A metaanalysis of outcome trials in elderly hypertensives. J Hypertens 1992;10:1103–1109.
17. Stamler J, Wentworth D, Neaton JD, for the MRFIT Research Group. Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356 222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). JAMA 1986;256:2823-8.
18. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Beiser A, Levy D. Lifetime risk of developing coronary heart disease. Lancet 1999;353:89-92.
19. Manninen V, Huttunen JK, Heinonen OP, Tenkanen L, Frick MH. Relationships between baseline lipid and lipoprotein values and the incidence of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. Am J Cardiol 1989; 63:42H–7H.
20. Austin MA. Plasma triglycerides as a risk factor for coronary heart disease: the epidemiologic evidence and beyond. Am J Epidemiol 1989; 129: 249–59.
21. American Diabetes Association; National Heart, Lung and Blood Institute; Juvenile Diabetes Foundation International; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease; American Heart Association. Diabetes mellitus: a major risk factor for cardiovascular disease//Circulation.- 1999.- V. 100.-p. 1132-1133.
22. Hansson L., Zanchetti A., Carruthers S.G. et al. For the HOT Study Group. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial//Lancet.- 1998.- V. 351.- p. 1755-1762.
23. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995; 273:402–407.
24. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. N Engl J Med 1999; 341:1097–1105.
25. Britton A, McKee M. The relation between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. J Epidemiol Community Health 2000; 54:328–332.
26. Levine H J. Heart rate and life expectancy. J Amer Coll Card 1997;30:1104.
27. Boraso A. Why is reduced heart rate beneficial. Dialogues in Cardiovascular Medicine 2001;6:19-24.