

И.Б. Рыжикова, ... Вторичная профилактика при ОКС на отдаленном этапе...

## Оценка эффективности вторичной профилактики у больных, перенесших острые коронарные синдромы, на отдаленном этапе

И.Б. Рыжикова<sup>2\*</sup>, Н.В. Погосова<sup>1</sup>, И.Е. Колтунов<sup>1</sup>, Ю.М. Поздняков<sup>2</sup>, В.А. Выгодин<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. Москва, Россия;

<sup>2</sup>Московский областной кардиологический центр. г. Жуковский, Московская область, Россия

## Long-term effectiveness of secondary prevention in patients with acute coronary syndrome

I.B. Ryzhikova<sup>2\*</sup>, N.V. Pogosova<sup>1</sup>, I.E. Koltunov<sup>1</sup>, Yu.M. Pozdnyakov<sup>2</sup>, V.A. Vygodin<sup>1</sup>

<sup>1</sup> State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia; <sup>2</sup>Moscow Regional Cardiology Centre. Zhukovsky, Moscow Region, Russia

**Цель.** Изучить уровни и распространенность основных факторов риска (ФР) у больных, перенесших острые коронарные синдромы, оценить эффективность мер вторичной профилактики на отдаленном этапе и их соответствие современным рекомендациям за период 2005-2006 гг.

**Материал и методы.** Выполнен одномоментный, ретроспективный анализ медицинских карт 278 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу инфаркта миокарда (ИМ) в МОКЦ и ФГУ ГНИЦ ПМ; анкетирование и обследование этих больных на отдаленном этапе. Изучали: общую информацию о пациенте, ФР, сопутствующие заболевания, данные инструментально-лабораторных методов диагностики, количество госпитализаций, изменение трудового статуса, проводимое лечение.

**Результаты.** Выявлена высокая распространенность ФР на стационарном и отдаленном этапах лечения: индекс массы тела  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> – у 34,62%, систолическое артериальное давление  $\geq 140$  мм рт.ст. – у 26,28%, табакокурение – 18,22%, выраженные симптомы депрессии – 19,23%, симптомы тревоги – у 23,42%. Отмечено несоответствие между параметрами частоты сердечных сокращений (ЧСС), показателями липидов, глюкозы крови натощак и их целевыми значениями.

**Заключение.** На отдаленном этапе у больных, перенесших ИМ, имеет место высокая распространенность ФР, мероприятия вторичной профилактики недостаточно эффективны, обнаружено несоответствие между существующими международными и отечественными стандартами профилактики и лечения ССЗ и их реализацией в клинической практике.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, острый коронарный синдром, факторы риска, вторичная профилактика, лечение.

**Aim.** To investigate the levels and prevalence of main risk factors (RFs) in patients with acute coronary syndrome (ACS), to evaluate the long-term effectiveness of secondary prevention and its agreement with Russian and international guidelines (2005-2006).

**Material and methods.** A cross-sectional, retrospective analysis of medical histories was performed for 278 patients, hospitalized at the Moscow Regional Cardiology Centre (Zhukovsky) and State Research Centre for Preventive Medicine (Moscow) with myocardial infarction (MI). A subsequent questionnaire survey and examination of these patients provided the general information and the data on laboratory and instrumental test results, number of hospitalizations, work status dynamics, and current treatment.

**Results.** Both in-hospital and long-term prevalence of RFs was high: for body mass index (BMI)  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> – 34,62%, for systolic blood pressure (SBP)  $\geq 140$  mm Hg – 26,28%, for smoking – 18,22%, for clinical symptoms of depression and anxiety – 19,23% and 23,42%, respectively. Heart rate (HR), blood lipids, and fasting blood glucose levels were higher than the respective target levels.

© Коллектив авторов, 2009

e-mail: ryzhikov\_ss@mail.ru

[\*Рыжикова И.Б. (\*контактное лицо) – врач-кардиолог, <sup>1</sup>Погосова Н.В. – руководитель отдела профилактики внутренних болезней, <sup>1</sup>Колтунов И.Е. – первый заместитель директора, <sup>2</sup>Поздняков Ю.М. – руководитель, <sup>1</sup>Выгодин В.А. – ст.н.сотр. лаборатории биостатистики].

**Conclusion.** The long-term RF prevalence in MI patients was high, with inadequate effectiveness of secondary preventive measures, and insufficient clinical implementation of existing international and local standards of CV prevention and therapy.

**Key words:** Cardiovascular disease, acute coronary syndrome, risk factors, secondary prevention, treatment.

В XX веке в индустриально развитых странах на смену инфекционным заболеваниям, являвшимся ведущей причиной смерти, пришли неинфекционные болезни [1]. Высокий уровень смертности служит одной из важной медико-демографической проблемой социального развития России [2]. Как и в других, экономически развитых странах, в России среди общей структуры смертности превалирует смертность от сердечно-сосудистых причин, составляя ~ 56,5% от общей смертности (ОС) [2-4]. Анализ динамики смертности и ее абсолютных показателей за несколько последних десятилетий показывает, что смертность от ССЗ и внешних причин в странах Западной Европы, Северной Америки и Австралии постепенно снижались [5-7]. Прогрессивный рост сердечно-сосудистой смертности за этот период в России привел к значительному разрыву показателей смертности между странами [8]. По сравнению с развитыми западными странами, российские показатели сердечно-сосудистой смертности выше в 3-4 раза. Среди причин смерти от болезней системы кровообращения (БСК) в России главное место занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 46,8% [9]. За последние 30 лет в Российской Федерации (РФ) отмечается неблагоприятная тенденция роста смертности от инфаркта миокарда (ИМ). В 1996г от острого ИМ (ОИМ) умерли 55,9 тыс. человек, в 2005г число больных ИМ составило 163,3 тыс., из них умерли 64 тыс. [10]. Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в западных странах произошло главным образом вследствие предупреждения возникновения новых случаев ССЗ, изменения распространенности факторов риска (ФР) [11]. Снижение частоты ФР ИБС достоверно способствует уменьшению риска самого заболевания и его осложнений [12]. Это доказывает неоспоримые ценность и важность вторичной профилактики у больных ССЗ, подчеркивает необходимость многопланового подхода, связывающего в единое целое лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия [12,13].

Тем не менее, многие аспекты реабилитации и вторичной профилактики ИБС не только сохраняют свою научную актуальность, но и, как показывают результаты широкомасштабного исследования EUROASPIRE I, II (**E**uropean **A**ction on **S**econdary **P**revention through **I**ntervention to **R**educe **E**vents I, II), явно недостаточно используются в практическом здравоохранении [14,15].

Целью настоящего исследования, проводимого в рамках EUROASPIRE III, явилось изучение отдаленных результатов стационарного лечения больных, перенесших ИМ, анализ частоты распространения

и выраженности кардиоваскулярных ФР, оценка эффективности вторичной профилактики у этих пациентов на отдаленном этапе.

## Материал и методы

В исследование были включены 278 пациентов обоего пола с ИБС, находившихся на стационарном лечении по поводу ИМ в ФГУ ГНИЦ ПМ и МОКЦ г. Жуковского не ранее 6 мес. и не более 3 лет до включения в исследование. Из исследования были исключены пациенты с хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, психическими расстройствами, наркотической или алкогольной зависимостью на момент включения. Критерием исключения также являлся отказ пациента от исследования.

Протокол обследования содержал:

– антропометрическое обследование: измерение роста в см, массы тела (МТ) с последующим расчетом индекса МТ (ИМТ) по формуле  $ИМТ = \frac{вес (кг)}{рост (м)^2}$ ; измерение окружности талии (ОТ). Избыточной МТ считали, когда  $ИМТ = 25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$ .  $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$  определяли как ожирение; значения  $ОТ \geq 102 \text{ см}$  у мужчин и  $\geq 88 \text{ см}$  у женщин расценивали как превышающие целевые.

– измерение артериального давления (АД) в мм рт.ст. в положении сидя, после 5 мин отдыха, трижды на правой руке, с интервалом 1-2 мин. Медиана трех измерений использовалась в качестве уровня систолического и диастолического АД (САД и ДАД). В группу АГ были включены пациенты с уровнем  $АД \geq 140/90 \text{ мм рт.ст.}$  [16].

– измерение частоты сердечных сокращений (ЧСС) по пульсу на лучевой артерии в течение 1 мин. Оптимальной считалась ЧСС в диапазоне 55-60 уд./мин.

– анализ статуса курения: регулярно курившими считались лица, выкуривавшие  $\geq 1$  сигареты в день [17].

– лабораторные исследования:

• определение энзиматическим методом в плазме венозной крови содержания общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), триглицеридов (ТГ), ммоль/л. Целевые уровни ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ оценивались в соответствии с национальными рекомендациями по лечению больных ОИМ с подъемом сегмента ST [18].

• определение гексокиназным методом уровня глюкозы натощак в плазме венозной крови; нормальным считали показатель  $< 6,0 \text{ ммоль/л}$ ; определение гликированного гемоглобина (HbA1c) в плазме венозной крови натощак; нормальным показателем считался уровень  $HbA1c \leq 6,5\%$  [19].

– для оценки уровня тревоги (Тр) и выраженности депрессии (Д) использовалась субъективная психометрическая шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Отсутствию достоверно выраженных симптомов Тр/Д соответствуют показатели от 0 до 7, показатели 8-10 – субклинически выраженной Тр/Д,  $\geq 11$  – клинически выраженной Тр/Д [20].

– для оценки качества жизни (КЖ) использован опросник SF-12 (Short-Form Health Survey). Расчет значений шкал SF-12 производили с использованием SF-12 Health Survey

Manual and Interpretation Guide и специального лицензионного авторского пакета статистических программ. Нормальные показатели –  $\geq 40$  баллов (SF-12v2™ Health Survey 1994, Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated 2004).

Исследование состояло из двух этапов:

1. На основании анализа медицинских документов (история болезни, выписной эпикриз) оценивались уровни и частота распространения ФР ССЗ, а также соответствие рекомендаций, полученных пациентом при выписке, современным стандартам терапии больных, перенесших ИМ [18,21].

2. Все пациенты, включенные в исследование, были приглашены на визит-интервью. На отдаленном этапе (в среднем 21 мес. наблюдения) в соответствии с протоколом обследования оценивались распространенность и уровни ФР ССЗ, соответствие проводимой медикаментозной терапии существующим стандартам ведения больных ИБС, перенесших ИМ, приверженность пациента рекомендованному лечению, частота повторных перенесенных сердечно-сосудистых осложнений (ССО): повторный ИМ (ПИМ), транзиторная ишемическая атака (ТИА), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), частота летальных исходов от ССЗ и других причин, [18,21].

Компьютерный анализ результатов настоящего исследования проводили с помощью пакета прикладных статистических программ SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики, включая корреляционный анализ и анализ таблиц сопряженности, а также различные типы межгрупповых сравнений параметров распределения изучаемых показателей. Для “количественных” показателей, измеренных по интервальной шкале (возраст, длительность заболевания в мес., ИМТ, уровни АД, концентрации биохимических показателей) рассчитывали среднее значение, среднее квадратическое отклонение и ошибку среднего. Также оценивали значения отрезных точек распределения (1%, 5%, 10%, 25%, 50%, 75%, 90%, 95% и 99%) для определения медианы, моды, размаха и интерквартильного расстояния.

## Результаты и обсуждение

Согласно критериям включения в исследование участвовали 278 пациентов, перенесших ИМ в возрасте 35-87 лет: мужчин – 154 (55,39%), женщин – 124 (44,60%) (средний возраст –  $66,51 \pm 10,01$ ,  $m=0,60$ ). Возрастная группа лиц  $> 60$  лет составила 75,54% ( $n=210$ ), возрастная группа лиц  $< 60$  лет – 24,47% ( $n=68$ ). Длительность пребывания в стационаре варьировала от 1 до 36 сут., средняя продолжительность госпитализации –  $17,75 \pm 8,021$ ,  $m=0,48$ .

**Анализ историй болезни пациентов**, вошедших в исследование согласно критериям включения, показал наличие высоких уровней ФР ССЗ у пациентов, а также их высокую частоту распространения, как на момент поступления в стационар, так и на момент их выписки. ИМТ пациентов колебался от  $17,24$  кг/м<sup>2</sup> до  $42,86$  кг/м<sup>2</sup> (среднее значение  $28,149 \pm 4,18$ ,  $m=0,28$ ). Нормальный ИМТ был у 29,78% обследуемых. Распространенность ФР у больных, перенесших ИМ на момент госпитализации и выписки из стационара, представлена в таблице 1.

**Таблица 1**

Распространенность основных ФР на момент госпитализации и выписки из стационара ( $n=225$ )

Показатели	На момент госпитализации	На момент выписки
ИМТ $\geq 25$ кг/м <sup>2</sup>	69,78%	69,33%
ОТ $\geq 102$ см у мужчин и 88 см у женщин	16,89%	18,75%
САД $\geq 140$ мм рт.ст.	65,78%	23,56%
ДАД $\geq 90$ мм рт.ст.	56,89%	14,22%

Никогда ранее не курили 60% пациентов, признали факт курения, но не курили на момент госпитализации 21,78%, продолжали курить в стационаре – 18,22%, случаев отказа от курения за период стационарного лечения не зарегистрировано. 79,46% пациентов указали на наличие у них артериальной гипертензии (АГ); средняя длительность АГ составила  $163 \pm 106,66$  мес.,  $m=8,02$ . Гиперлипидемия (ГЛП)/дислипидемия (ДЛП) были диагностированы в 11,11% случаев, средняя длительность заболевания в мес. –  $43,2 \pm 46$ ,  $m=11,99$ . На наличие сахарного диабета (СД) указали 12,89% пациентов, средняя длительность заболевания составила  $82,17 \pm 71,37$  мес.,  $m=13,25$ . Оценивалось соответствие проводимой лекарственной терапии и полученных пациентом при выписке рекомендаций европейским и национальными рекомендациями по лечению больных ИМ. На рисунке 1 отражены данные о назначении разных групп препаратов пациентам, перенесшим ИМ.

**На визит-интервью** пришли 156 пациентов; отклик составил 56,12%. Уровень образования – среднее количество лет дневной формы обучения у пришедших 12,88 лет  $\pm 3,06$ . Результаты исследования свидетельствуют о достаточно высокой информированности пациентов о наличии у них таких ФР ССЗ, как повышенное АД и гиперхолестеринемия (ГХС): информированы о наличии повышенного АД – 82,05%, о наличии повышенного ОХС – 98,1%. Однако возможность самостоятельно контролировать уровень АД подтвердили только 79,49% обследуемых. **Отдаленные результаты исследования:** за период наблюдения умерли 26,61% ( $n=278$ ) больных: в период госпитализации 19,06%, на отдаленном этапе – 7,55%. Число дней от факта включения в исследование до смерти составило 1-515 дней, среднее количество дней  $72,5 \pm 129,165$ ,  $m=15,012$ . Повторно острые эпизоды ССЗ перенесли 4,48% больных: ПИМ – 1,28%, нестабильная стенокардия (НС) – 1,92%, инсульт – 0,64%, ТИА – 0,64%. С одной стороны, после перенесенного ИМ, количество пациентов, имеющих полную занятость, сократилось с 48,72% до 14,1%, а с другой – возросло количество пациентов с группой инвалидности по ССЗ – с 10,95% до 83,33%. Распространенность основных ФР среди пациентов после перенесенного ИМ на отдаленном этапе представлена в таблице 2.

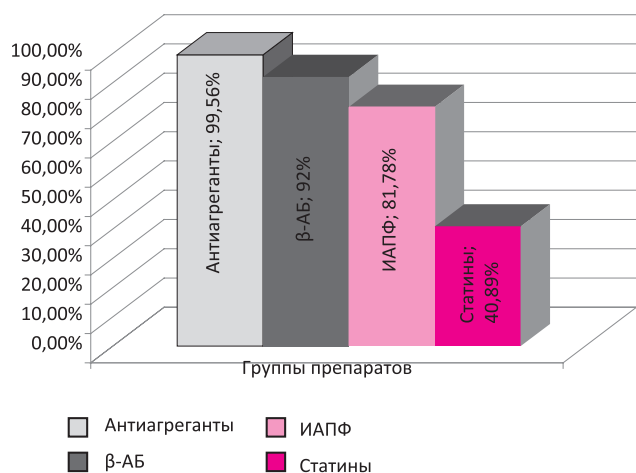


Рис. 1 Рекомендации по приему лекарственных препаратов на момент выписки из стационара.

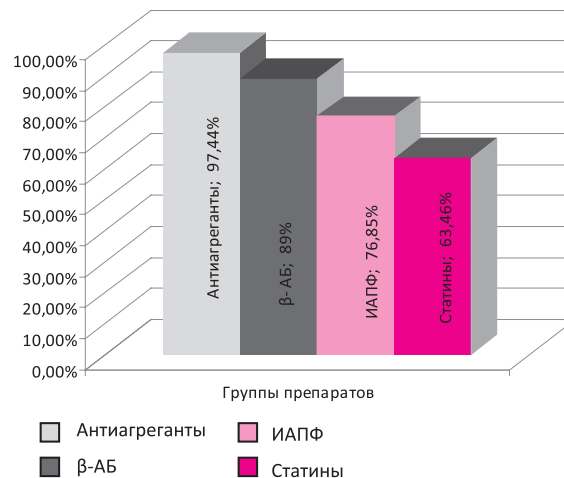


Рис. 2 Вторичная профилактика ИБС и ее осложнений на отдаленном этапе.

Таблица 2

Распространенность основных ФР на отдаленном этапе

ФР	Распространенность, %
ИМТ $\geq$ 25	34,2
ОТ $\geq$ 102 см у мужчин и 88 см у женщин	14,1
САД $\geq$ 140 мм рт.ст.	26,28
ДАД $\geq$ 90 мм рт.ст.	17,31

При оценке психологического статуса согласно шкале HADS у подавляющего большинства пациентов диагностированы субклинически и клинически выраженные тревожно-депрессивные расстройства (ТДР). Распространенность ТДР представлена в таблицах 3 и 4.

Оценка КЖ больных после перенесенного ИМ на основании расчета значений шкал опросника SF-12 продемонстрировала низкие баллы физического благополучия (PF) у 74,36%, психического здоровья (MH) – 35,26%, интенсивности боли (BP) – у 62,18%.

Приверженность назначенной медикаментозной терапии была невысокой: хотя признали факт отмены лекарственных препаратов только 14,74% пациентов, 45,51% самостоятельно меняли рекомендуемые врачом дозы препаратов.

Несмотря на то, что значительное число пациентов имели диагноз стенокардия напряжения (77,56%) и в большом проценте случаев использовали моно- и динитраты (63,46%), только 5,77% больных после ИМ перенесли операцию аортокоронарного шунти-

Таблица 4

Распространенность депрессивной симптоматики по данным шкалы HADS (n=156)

Выраженность симптоматики	Распространенность, %
Отсутствие симптоматики	52,56 (n=82)
Субклинически выраженные депрессивные расстройства	28,21 (n=44)
Клинически выраженные депрессивные расстройства	19,23 (n=30)

Таблица 3

Распространенность тревожной симптоматики согласно шкале HADS (n=156)

Выраженность симптоматики	Распространенность, %
Отсутствие симптоматики	33,97 (n=53)
Субклинически выраженные тревожные расстройства	42,31 (n=66)
Клинически выраженные тревожные расстройства	23,42 (n=37)

рования (АКШ) и 4,49% выполнена операция транслюминальной баллонной ангиопластики (ТЛБА).

Медикаментозная терапия, проводимая на отдаленном этапе, не в полной мере соответствует международным и отечественным руководствам по профилактике ССЗ. Согласно международным и отечественным рекомендациям, все больные ИБС должны принимать статины и антиагреганты. Препараты из класса ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) показаны в большинстве случаев, учитывая их высокую кардиопротективную способность. На рисунке 2 отражены результаты назначения антиагрегантов, β-адреноблокаторов (β-АБ), ИАПФ, статинов в исследуемой группе пациентов. Следует отметить, что комбинированные препараты были использованы только у 0,64% больных.

Полученные результаты продемонстрировали недостаточную эффективность проводимой медикаментозной терапии на отдаленном этапе у больных, перенесших ИМ. Целевые значения ЧСС достигнуты у 3,21% пациентов, ОХС – у 20,51%, ХС ЛНП – у 13,46%, ХС ЛВП с учетом пола – у 56,40%, ТГ – у 58,97%, глюкозы крови натощак – у 49,36%. Показатели липидного спектра на отдаленном этапе представлены в таблице 5.

### Заключение

На основании анализа медицинской документации и результатов анкетирования были отмечены высокие уровни и частота распространения ФР у больных, перенесших ИМ, как на стационарном, так

и на отдаленном этапах лечения: ИМТ $\geq$ 25кг/м<sup>2</sup> у 34,21%, САД $\geq$ 140 мм рт.ст. у 26,28%, ДАД $\geq$ 90 мм рт.ст. у 17,31%, продолжили курить после перенесенного ИМ 14,1%. Подавляющее число пациентов утратили трудоспособность, значительно возросло количество больных с группой инвалидности по ССЗ – 83,33%, что подтверждает невысокий потенциал реабилитационных мероприятий. Обращает на себя внимание высокая распространенность субклинически и клинически выраженных тревожных (65,73%) и депрессивных (47,44%) расстройств.

Проводимая медикаментозная терапия больных, перенесших ИМ, во многом не соответствует отечественным и европейским стандартам ведения таких пациентов: статины назначены только 63,46%, ИАПФ – 76,85%. Показатели АД, ЧСС, ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ, глюкозы крови натощак в большинстве случаев не соответствуют целевым значениям этих параметров. Целевые уровни по АД достигнуты

### Литература

1. Отчет о состоянии здравоохранения в мире 1995г. Ликвидация разрывов. Женева: ВОЗ 1995; 139 с.
2. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting healthy life. Geneva: World Health Organization 2002; ISBN 9-2415-6207-2.
3. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Развитие профилактической кардиологии в России. Кардиоваск тер профил 2004; 3: 10-5.
4. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических инфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. Кардиоваск тер профил 2002; 3: 4-8.
5. Bata IR, Gregor RD, Eastwood BJ, Wolf HK. Trends in the incidence of acute myocardial infarction between 1984 and 1993 – The Halifax County MONICA Project. Can J Cardiol 2000; 16(5): 589-95.
6. Giampaoli S, Palmieri L, Pilotto L, Vanuzzo D. Incidence and prevalence of ischemic heart disease in Italy: estimates from the MIAMOD method. Inal Heart J 2001; 2(5): 349-55.
7. Marques-Vidal P, Ruidavets JB, Cambou JP, Ferrieres J. Incidence, recurrences and case fatality rates for myocardial infarction in southwestern France, 1985 to 1993. J Heart 2000; 84(2): 171-5.
8. К здоровой России: политика и стратегия профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в контексте реформ здравоохранения в России. Москва 1997; 97 с.
9. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000г. Здравоохранение Российской Федерации 2002; 1: 3-9.
10. Медико-демографические показатели в Российской Федерации в 2004г. Статистические материалы. Официальное издание министерства здравоохранения и социального развития РФ. Москва 2004.

Таблица 5

Показатели липидного спектра на отдаленном этапе

Показатель липидного спектра	Число пациентов (%)
ОХС $>$ 5,0 ммоль/л	64,71
ОХС $>$ 4,5 ммоль/л	79,49
ХС ЛНП $>$ 3,0 ммоль/л	74,36
ХС ЛНП $>$ 2,5ммоль/л	86,54
↓ХС ЛВП с учетом пола	43,59
↑ТГ	41,03

у 73,08%, по ЧСС – 3,21%, ОХС – у 20,51%, ХС ЛНП – у 13,6%, глюкозы крови натощак – у 49,36%. Не проводится медикаментозная коррекция ТДР, практически не используются комбинированные лекарственные препараты. Несмотря на большую распространенность стенокардии напряжения (77,56%) у постинфарктных больных, хирургические методы васкуляризации миокарда (АКШ, ТЛБА) были использованы лишь у 10,26%.

11. Marques-Vidal P, Ruidavets JB, Cambou JP, Ferrieres J. Incidence, recurrences and case fatality rates for myocardial infarction in southwestern France, 1985 to 1993. Heart 2000; 84(2): 171-5.
12. Maron DJ. Nonlipid primary and secondary prevention strategies for coronary heart disease. Clin Cardiol 1996; 19: 419-23.
13. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. 3 Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur J Cardio Vasc Prev Rehabil 2003; 10(Suppl 1): S1-78.
14. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE: a European Society of Cardiology survey of secondary prevention in coronary heart disease, principal result. Eur Heart J 1997; 18: 1569-82.
15. EUROASPIRE II Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries: principal results from EUROASPIRE II. Eur Heart J 2001; 22: 554-72.
16. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and of the European Society of Cardiology. J Hypertens 2007; 25: 1105-87.
17. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. 3 Joint European Societies Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur J Cardio Vasc Prev Rehabil 2003; 10 (Suppl 1): 1-78.
18. Национальные рекомендации по диагностике и лечению больных с острым инфарктом с подъемом сегмента ST. Кардиоваск тер профил 2007; 6(8): Приложение 1.
19. ADA: Clinical practice recommendations 2007. Diabetes Care 2007; 30 (Suppl.1): 4-121.
20. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67 (6): 361- 70.
21. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation 2004; 110: 282-92.

Поступила 24/09-2009