

УДК 616.127-005.4(477)+(4)"450.5"

DOI: <http://doi.org/10.31928/1608-635X-2018.4.1930>

Пацієнт зі стабільною ішемічною хворобою серця в Україні та Європі: результати 5-річного реєстру CLARIFY

М.І. Лутай¹, О.М. Пархоменко¹, Г.Ф. Лисенко¹, І.П. Голікова¹, N. Greenlaw², R. Ferrari^{3, 4}, I. Ford², К.М. Fox⁵, J.-C. Tardif⁶, M. Tendera⁷, Ph.G. Steg⁸, R. Young^{2, 5}

¹ ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології імені акад. М.Д. Стражеска" НАМН України», Київ

² Центр Робертсона біостатистики, Університет Глазго, Велика Британія

³ Університетський кардіологічний центр та Центр ЛТТА, Університет Феррарі, Італія

⁴ Лікарня Марії Сесилії, Котиньола, Італія

⁵ Національний інститут серця і легенів, Королівська лікарня Brompton, Лондон, Велика Британія

⁶ Монреальський інститут серця, Університет Монреаля, Канада

⁷ Медичний університет Сілезії, Катовіце, Польща

⁸ Університет Париж імені Дені Дідро, Париж, Франція

КЛЮЧОВІ СЛОВА: ішемічна хвороба серця, стенокардія, реєстр CLARIFY, українська та європейська популяції, фактори ризику

CLARIFY (The prospective observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease) – масштабний всесвітній проект за участю пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця (ІХС). Протягом 5 років (2009–2014) у реєстрі взяли участь 32 703 хворих із підтвердженим діагнозом ІХС із 45 країн світу, з Європи, Азії, Африки, Латинської Америки, Австралії та Канади. У тому числі з України – 747 пацієнтів.

Дослідження було присвячене вивченню основних характеристик сучасного амбулаторного пацієнта зі стабільною ІХС, зокрема демографічних та клінічних показників, методів лікування і прогнозу захворювання. Планувалося також оцінити різницю між реальною клінічною практикою та чинними рекомендаціями, що базуються на даних доказової медицини. Дослідження передбачало проведення стандартного обстеження хворих один раз на рік і було суто обсерваційним без будь-якого втручання у процес ведення пацієнтів-учасників [2, 10].

Для України актуальність проблеми, піднятої в реєстрі CLARIFY, пов'язана з тим, що ІХС залишається головною причиною смерті наших

співвітчизників і формує другу за чисельністю (після артеріальної гіпертензії (АГ)) популяцію хворих із серцево-судинною патологією. Такий діагноз мають близько 20 % дорослих мешканців України [1], що потребує відповідних медичних та соціальних ресурсів. Враховуючи європейські прагнення більшості українців, зокрема у сфері охорони здоров'я, ми вважали за доцільне проаналізувати основні характеристики європейських та українських пацієнтів зі стабільною ІХС за даними незалежного світового дослідження.

Дизайн дослідження. CLARIFY – п'ятирічне, міжнародне, проспективне, обсерваційне, когортне дослідження із залученням амбулаторних пацієнтів зі стабільною ІХС. Хворі обстежувалися та лікувалися, як було зазвичай прийнято в кожному клінічному центрі. Протокол дослідження не передбачав використання певних особливих діагностичних тестів або терапевтичних стратегій.

Стабільну ІХС діагностували за наявності:

– обструктивного ураження хоча б однієї з вінцевих судин серця за даними ангіографії (> 50 % діаметра);

Лисенко Ганна Федорівна, к. мед. н., ст. наук. співр.
03680, м. Київ, вул. Народного Ополчення, 5
Тел. +380 (44) 249-70-09. E-mail: drannalysenkof@gmail.com

- проведених процедур з реваскуляризації міокарда;
- задокументованого інфаркту міокарда (ІМ) в анамнезі;
- болю у грудях з ішемією міокарда, підтвердженою за допомогою стрес-електрокардіографії, стрес-ехокардіографії або інших методів візуалізації міокарда.

Пацієнтів, госпіталізованих у зв'язку із серцево-судинним захворюванням (ССЗ) протягом трьох місяців, що передували дослідженню; хворих, які планували втручання щодо реваскуляризації міокарда, осіб, клінічний стан яких міг би перешкодити 5-річному спостереженню (брак спілкування, недієздатність, тяжке несерцеве захворювання, обмежена очікувана тривалість життя або тяжкі ССЗ – прогресуюча серцева недостатність, тяжкі клапанні вади тощо), у дослідження не залучали.

Кількість пацієнтів реєстру визначали із середнього розрахунку – по 25 (12,5–50) хворих на мільйон населення кожної з країн-учасниць. Усього в дослідженні взяли участь 2898 лікарів, у тому числі 52 – з України¹. Кожен лікар обстежував та проводив диспансеризацію 10–15 хворих.

Реєстр містив такі дані пацієнтів-учасників: демографічні й антропометричні параметри, анамнез хвороби, відомості щодо факторів ризику та клінічної симптоматики, а також результати об'єктивного обстеження, показники артеріального тиску (АТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) – пальпаторно і за даними ЕКГ, лабораторні аналізи (глюкоза крові, глікований гемоглобін, холестерин, тригліцериди, креатинін і гемоглобін – за можливості), а також перелік лікарських засобів, які приймалися регулярно.

Збір та аналіз отриманих даних проводив незалежний статистичний центр з Великобританії (The Robertson Centre for Biostatistics, University of Glasgow).

Демографічні показники, фактори серцево-судинного ризику. Суттєві відмінності між українськими та європейськими хворими за даними реєстру починаються вже з демографічних показників. Хоча більшість учасників CLARIFY і в Європі, і в Україні становили особи чоловічої статі (~80 %) і білої раси, середній вік амбулаторного українського пацієнта зі стабільною ІХС на момент завершення дослідження дорівнював (57,5±9,5) року, тоді як європеєць був приблизно

на 6 років старшим. Дві третини наших співвітчизників – це люди працездатного віку і тільки ~30 % – пенсіонери. Серед європейської популяції спостерігалася прямо протилежна пропозиція: пенсіонери становили 60 % – на початку і 70 % – наприкінці дослідження. Більшість українців, залучених до реєстру, мали вищу освіту (до 70 %), у європейців цей показник був майже утричі меншим (~25 %).

Певні, хоча не дуже значні, відмінності українська та європейська популяції мали стосовно показників здорового способу життя. Так, загальноновизнано, що регулярна фізична активність має суттєвий вплив на перебіг захворювання і прогноз пацієнтів з ІХС. Міжнародні настанови щодо ведення таких хворих рекомендують регулярно займатися аеробними вправами у режимі не менше 30 хв тричі на тиждень. Після попередньої оцінки толерантності до фізичного навантаження відповідні тренування рекомендовані всім пацієнтам зі стабільною ІХС, у тому числі після перенесеного ІМ, аортокоронарного шунтування (АКШ) або стентування вінцевих судин. Проте фізкультура не користувалася великою популярністю серед учасників CLARIFY. Серед європейців регулярними тренуваннями ≥ 3 разів на тиждень, як рекомендовано, займалися тільки 16 % хворих. В Україні цей показник був у чотири рази меншим (приблизно 4 %), причому впродовж 5 років дослідження він навіть мав тенденцію до зниження. Близько 13 % пацієнтів у Європі та 6 % – в Україні фізичними вправами не займалися взагалі (табл. 1).

Пацієнтам з ІХС рекомендовано контролювати масу тіла, оскільки надлишкова маса тіла та ожиріння асоціюються з несприятливим прогнозом. Окрім того, корекція маси тіла має позитивний вплив на рівень АТ, ліпідний та вуглеводний обмін. Проте, судячи з отриманих результатів, більшість українських та європейських учасників CLARIFY не дуже опікувалися цими питаннями. Середні значення індексу маси тіла (ІМТ) на останньому візиті становили 29,5 та 28,6 кг/м², відповідно. Округливість талії (ОТ) в обох популяціях дорівнювала ~99 см. Протягом 5 років спостереження зазначені показники суттєво не змінювалися (див. табл. 1). Враховуючи цільові значення ІМТ – 20–25 кг/м² та ОТ < 94 см для чоловіків і < 80 см для жінок, які на теперішній час рекомендуються міжнародними експертами

¹ Список лікарів – учасників дослідження CLARIFY в Україні наведено в додатку в кінці статті.

Таблиця 1

Динаміка показників щодо здорового способу життя в пацієнтів зі стабільною ІХС: за даними 5-річного реєстру CLARIFY

Показник	Україна		Δ за 5 років	Європа		Δ за 5 років	P (для показників в Україні та Європі)	
	Початок дослідження	Кінець дослідження		Початок дослідження	Кінець дослідження		Початок	Кінець
Фізична активність (≥ 30 хв ≥ 3 рази на тиждень)	4,7 %	4,0 %	-0,7 %	15,8 %	15,9 %	0,1 %	<0,001	<0,001
ІМТ, кг/м ²	29,5	29,5	0	28,3	28,6	0,3	0,004*	0,493*
Куріння	13,7 %	11,4 %	-2,3 %	12,6 %	11,3 %	-1,3 %	0,423	0,974

Примітка. * Розраховані в припущенні про нормальний розподіл даних і однакові дисперсії.

з профілактичною метою щодо ССЗ, можна стверджувати, що середньостатистичні учасники реєстру і в Європі, і в Україні мали значну надлишкову масу тіла й ознаки абдомінального ожиріння [5].

Тютюнокуріння вважається одним із потужних незалежних факторів ризику розвитку ССЗ, зокрема й ІХС. Важливо, що відмова від куріння має беззаперечний позитивний ефект і є чи не найбільш перспективним профілактичним заходом, який, наприклад, приводить до зниження смертності пацієнтів після перенесеного гострого ІМ на 36 %. Чинні вітчизняні та європейські настанови щодо ведення хворих зі стабільною ІХС підкреслюють, що всі лікарі повинні звертати увагу на цей фактор ризику, пояснювати пацієнтам його значення, а також позитивні наслідки відмови від куріння [4, 5, 8]. На завершення реєстру CLARIFY Україна не відрізнялася від Європи за чисельністю курців – 11,4 та 11,3 % відповідно (P=0,771). Причому в обох популяціях впродовж 5 років спостереження тільки 2,3 та 1,3 % пацієнтів кинули курити і приблизно стільки ж, більше 2 %, включаючи хворих з клінічними ознаками захворювання (стенокардією), почали курити вперше чи повернулися до цього після перерви (див. табл. 1).

За даними доказової медицини, для хворих зі стабільною ІХС та супутньою АГ цільовий рівень систолічного АТ становить < 140 мм рт. ст., діастолічного АТ – < 90 мм рт. ст. Враховуючи результати досліджень останніх років, оптимальними показниками АТ для таких пацієнтів вважають 130–139/80–85 мм рт. ст. Нижчі рівні АТ, особливо діастолічного < 70 мм рт. ст., можуть погіршувати перфузію міокарда, що має принципове значення в разі обструктивного ураження вінцевих судин. Слід зазначити, що в українській по-

пуляції CLARIFY ~80 % хворих мали діагноз АГ і за даними анамнезу регулярно приймали антигіпертензивні препарати. Разом з тим, незважаючи на лікування, на старті дослідження тиск, вищий за цільові показники, реєструвався у ~60 % пацієнтів. У європейській популяції частка хворих з лікованою АГ – приблизно така сама як в Україні (76 %), але пацієнтів з адекватним контролем АТ на початку дослідження було суттєво більше: 56,4 проти 40,6 % в Україні (P<0,001). Протягом періоду спостереження чисельність українських хворих із відкоригованим тиском (< 140/90 мм рт. ст.) зростає на 19,4 % (P<0,001). Серед європейських учасників реєстру частка пацієнтів, які досягли цільових значень АТ, також збільшилася з 56,4 до 65,3 % (P<0,001; табл. 2). Проте незважаючи на можливість сучасної фармакотерапії та за умови регулярного медичного нагляду, приблизно 40 % хворих з ІХС і АГ в Україні та більше третини (34,7 %) у Європі потребують додаткової корекції лікування щодо контролю АГ.

Серед європейської популяції було більше хворих із супутнім цукровим діабетом 2-го типу (26,5 проти 18,4 % відповідно; P<0,001). Показники вуглеводного обміну, зокрема підвищений рівень глікованого гемоглобіну (≥ 7 %), в обох згаданих популяціях суттєво не відрізнялися – 22,4 та 18,9 % (P=0,425).

Близько 40 % українських учасників реєстру, що завершили дослідження, мали сімейний анамнез передчасного розвитку ССЗ, серед європейців таких було на ~10 % менше. У більшості пацієнтів CLARIFY (близько 80 %), як в Україні, так і в Європі, були порушення ліпідного обміну і у ~10 % в обох популяціях – захворювання периферичних артерій. Частота порушень мозкового кровообігу (інсульти та транзиторні

Таблиця 2

Результати вторинної профілактики в пацієнтів зі стабільною ІХС: за даними 5-річного реєстру CLARIFY

Показник	Україна		Δ за 5 років	Європа		Δ за 5 років	P (для показників в Україні та Європі)	
	Початок дослідження	Кінець дослідження		Початок дослідження	Кінець дослідження		Початок	Кінець
Цільовий АТ (< 140/90 мм рт. ст.)	40,6 %	60,0 %	19,4 %	56,4 %	65,3 %	8,9 %	<0,001	0,018
Контроль ЧСС у хворих зі стенокардією (< 70 за 1 хв)	47,1 %	59,6 %	12,5 %	52,3 %	70,5 %	18,2 %	0,014	<0,001
Цільові значення ХС ЛПНЩ (< 1,8 ммоль/л)	14,0 %	6,6 %	-7,4 %	16,2 %	20,1 %	3,9 %	0,362	<0,001
Наявність стенокардії	86,5 %	74,0 %	-12,5 %	24,3 %	16,9 %	-7,4 %	<0,001	<0,001
Стенокардія III ФК	41,8 %	31,4 %	-10,4 %	16,9 %	12,4 %	-4,5 %	<0,001	<0,001

Примітка. ХС ЛПНЩ – холестерин ліпопротеїнів низької щільності; ФК - функціональний клас.

ішемічні атаки (ТІА)) серед українців та європейців статистично значуще не відрізнялася (відповідно 7,9 проти 6,6 %; $P=0,262$); при цьому кількість випадків діагностованого ураження сонних артерій була вдвічі меншою (4,3 %), ніж у європейській популяції (10,3 %; $P<0,001$).

ІХС: клінічні характеристики. Більшість українських пацієнтів до початку дослідження перенесли ІМ (80,5 %). Такий показник можна пояснити особливостями відбору учасників CLARIFY, для яких наявність ІМ в анамнезі була одним із критеріїв залучення до реєстру. Серед європейських хворих післяінфарктний кардіосклероз траплявся також більше ніж у половині випадків (61,5 %). Проте показовою була чисельність пацієнтів в Україні та Європі, яким до моменту залучення в реєстр була проведена ревазуляризація міокарда. Так, черезшкірні коронарні втручання (ЧКВ) перенесли близько 20 % українців та 57,1 % європейців ($P<0,001$), АКШ відповідно – 15,3 та 25,8 % хворих ($P<0,001$). Отже, можна припустити, що в Європі практично кожному хворому з ІМ проводили втручання щодо ревазуляризації міокарда (ЧКВ). Така сучасна міжнародна практика значно покращує прогноз і перебіг захворювання при гострому ІМ, зменшує смертність та розвиток відповідних ускладнень [7]. В Україні ЧКВ виконували приблизно кожному четвертому хворому з ІМ, тому не дивно, що серед українських пацієнтів у три з половиною рази більше осіб з клінічними ознаками серцевої недостатності – 73,8 % проти 22,1 % у європейській популяції. При цьому тяжкий перебіг серцевої недостатності,

що потребував стаціонарного лікування, виникав приблизно в однаковій кількості пацієнтів (5,2 % – в Україні та 4,3 % – у Європі).

ЕКГ у стані спокою з використанням 12 стандартних відведень – рутинне щорічне дослідження для всіх хворих з підтвердженим діагнозом ІХС. Нормальна графіка ЕКГ характерна для великої кількості пацієнтів, навіть за наявності тяжкої стенокардії. Разом з тим, на ЕКГ можуть реєструватися порушення серцевого ритму, рубцеві зміни після ІМ або порушення процесів реполяризації, що відображають ішемію міокарда (наприклад, депресія сегмента ST). За даними CLARIFY, більшість українських хворих мали синусовий ритм, тільки у ~4 % реєструвалася фібриляція передсердь, у 0,5 % – блокада лівої ніжки пучка Гіса і у 0,2 % – встановлені кардіостимулятори (дані на кінець дослідження). У Європі частіше траплялися випадки фібриляції передсердь (5,6 %), блокади лівої ніжки пучка Гіса (4,8 %) та використання кардіостимуляторів (2,6 %).

Особливості пацієнтів із синдромом стенокардії, враховуючи фактори ризику та клінічні характеристики. До завершення дослідження українські хворі, які мали стенокардію, практично не відрізнялися від загальної популяції своїх співвітчизників зі стабільною ІХС. Незважаючи на наявність ангінальних нападів, перенесений ІМ і відповідні лікарські рекомендації, кинули курити протягом дослідження не більше 1 % хворих. Так само, як і в загальній групі, ці пацієнти здебільшого вели малорухливий спосіб життя (тільки ~4 % з них регулярно займалися

фізичними вправами ≥ 3 разів на тиждень), мали надлишкову масу тіла (середній показник ІМТ – 29,6 кг/м²) та ознаки абдомінального ожиріння (ОТ – 99,3 см), без змін протягом 5 років спостереження.

У підгрупі європейців зі стенокардією приблизно третину становили жінки, що на 10 % більше, ніж у відповідній загальній популяції. Середній вік дорівнював ~61 рік, тобто ці хворі були на ~2 роки молодші від загальної європейської популяції, але приблизно на 4 роки старші від українських учасників CLARIFY. Частіше серед європейських хворих з ангінальними нападами траплялися випадки перенесеного ІМ (з різницею у 9 %; $P < 0,001$), і на 5 % було більше осіб з обтяженим за ССЗ сімейним анамнезом ($P = 0,010$). Дещо більшою, хоча і статистично не значуще, серед пацієнтів зі стенокардією, порівняно із загальною європейською популяцією, була частка курців (14,1 проти 11,3 % – дані наприкінці дослідження). Протягом 5 років цей показник у хворих з ангінальними нападами зменшився тільки на 1,8 % ($P = 0,820$). Ймовірно, що через наявність клінічної симптоматики менша кількість хворих (10,6 %) порівняно із загальною групою (16 %) регулярно займалися фізичними вправами, але цей, хоча і відносно невисокий показник, все ж таки у 2,5 разу перевищував український. Європейці зі стенокардією, як і українці, здебільшого мали надлишкову масу тіла (середній ІМТ – 29,5 кг/м²) і ознаки абдомінального ожиріння (середні значення ОТ – 98,6 см).

Стенокардія є класичним клінічним проявом ІХС, що суттєво обмежує фізичні можливості пацієнтів, впливає на прогноз і критично погіршує якість життя. За результатами CLARIFY, наявність ангінальних нападів мала значний вплив на прогноз хворих зі статистично значущим зростанням ризику ІМ та смерті від серцево-судинних причин на ~45 % ($P = 0,01$), навіть за відсутності ішемічних змін під час проведення відповідних діагностичних досліджень [11]. З огляду на ці дані оцінка тяжкості клінічної симптоматики в наших співвітчизників – учасників реєстру потребує особливої уваги, оскільки 74 % з них наприкінці дослідження мали напади стенокардії, незважаючи на щорічний диспансерний нагляд і лікування. Слід особливо підкреслити, що протягом 5 років спостереження кількість хворих, у яких клінічний статус значно покращився і ангінальні напади взагалі припинилися, ста-

новила всього 12,5 %. У третини хворих наприкінці дослідження стенокардія напруження за класифікацією Канадського товариства кардіологів відповідала ІІІ ФК, що свідчить про тяжкий перебіг захворювання зі значними обмеженнями фізичної активності, а різниця за часткою таких пацієнтів на початку та після завершення реєстру становила тільки 10,4 % (41,8 та 31,4 % відповідно). Стенокардія ІІ ФК наприкінці дослідження визначалася в половини українських учасників (54,8 %), протягом 5-річного терміну їх кількість зросла на 7,1 %. Чисельність хворих з ІV ФК залишалася на рівні ~1 % протягом усього періоду спостереження (див. табл. 2).

У Європі кількість учасників реєстру, в яких зберігалися напади стенокардії до кінця дослідження, становила всього 16,9 %, тобто у 4,4 разу менше, ніж в Україні ($P < 0,001$). Причому більшість європейських хворих мали стенокардію І (24 %) та ІІ (63,3 %) ФК і тільки 12,4 % хворих – тяжку стенокардію ІІІ ФК та 0,4 % – ІV ФК. Протягом терміну спостереження співвідношення між підгрупами пацієнтів з різними ФК стенокардії практично не змінювалося, за винятком зменшення кількості хворих зі стенокардією ІІІ ФК на 4,5 % та збільшенням з ІІ ФК – на 6,8 % (див. табл. 2).

Незважаючи на достатньо тяжку клінічну симптоматику, що спостерігалася у наших співвітчизників (нагадаємо, що третина з них мали стенокардію напруження на рівні ІІІ ФК, а ~80 % – перенесли ІМ), протягом 5 років дослідження тільки 1,5 % з них додатково виконали ЧКВ і 1,1 % – АКШ. Загалом після закінчення реєстру ревазуляризація міокарда була проведена 17,9 % хворих за допомогою ЧКВ і 13,5 % – АКШ.

Європейська кардіологія суттєво відрізнялася від української за кількісними показниками щодо використання ендovasкулярних та хірургічних методів лікування ІХС. Наприклад, стосовно хворих зі стенокардією та перенесеним ІМ, а саме 70,5 % пацієнтів мали післяінфарктний кардіосклероз і 63,5 % була проведена ревазуляризація (40,4 % – ЧКВ і 23,1 % – АКШ).

Медикаментозна терапія. На теперішній час існують чітко визначені стандарти лікування стабільної ІХС. Оптимальна медикаментозна терапія для таких пацієнтів передбачає призначення, як мінімум, одного антиангінального препарату для контролю клінічної симптоматики та засобів для покращення прогнозу захво-

рування, до яких належать статини, ацетилсаліцилова кислота (АСК), і за показаннями – інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) [3, 4, 8].

Важливе значення в сучасній антиангінальній терапії мають лікарські засоби, які впливають на ЧСС хворих. ЧСС – одна з найважливіших детермінант потреби міокарда в кисні, окрім того, вона визначає тривалість діастолі, тобто періоду, протягом якого відбувається кровопостачання/перфузія серцевого м'яза. Зростання ЧСС сьогодні вважають незалежним фактором ризику для пацієнтів з ІХС. Так, за результатами дослідження Beautiful ($n > 10\,000$) у пацієнтів з ЧСС > 70 за 1 хв частота фатальних і нефатальних випадків ІМ збільшувалася на 46 % (відносний ризик (ВР) 1,46; 95 % довірчий інтервал (ДІ) 1,11–1,91; $P=0,066$), а ризик смерті від серцево-судинних причин – на 34 % (ВР 1,34; 95 % ДІ 1,10–1,63; $P=0,0041$) [9]. Завдяки впливу на ЧСС, особливо під час фізичних навантажень, до антиангінальних препаратів першого ряду відносять блокатори бета-адренорецепторів (ББ). Досі тривають дискусії щодо прогностичного значення ББ для пацієнтів зі стабільною ІХС/стенокардією без ІМ (спеціальні сучасні великі дослідження з використанням цих засобів не проводилися), проте препарати сприяють покращенню прогнозу хворих, які перенесли ІМ, і мають доведену високу антиангінальну/антиішемічну ефективність. Загально визнано, що при використанні ББ у терапевтичних дозах, рекомендована ЧСС у хворих зі стабільною стенокардією становить 55–60 за 1 хв, у тяжких випадках показник може бути ще нижчим (до 50 за 1 хв) за відсутності симптомів, викликаних брадикардією. Слід зазначити, що за наявними даними тільки ~10 % хворих не можуть приймати ББ у зв'язку з об'єктивними причинами (індивідуальна гіперчутливість, наявність хронічного обструктивного захворювання легень / бронхіальної астми тощо).

Результати дослідження CLARIFY свідчать, що українські лікарі сумлінно-формально виконували чинні рекомендації щодо лікування ІХС і призначали ББ ~85 % своїх пацієнтів, у підгрупі зі стенокардією показник був таким самим. У європейській популяції – подібна ситуація: ББ приймали > 75 % учасників реєстру в загальній популяції і ~80 % хворих, які страждали від ангінальних нападів.

Іншими рекомендованими антиангінальними засобами для контролю ЧСС є недигідропіридинові антагоністи кальцієвих каналів (АКК) – верапаміл і дилтіазем та інгібітори І_f-каналів синусового вузла – івабрадин. Недигідропіридинові АКК в Україні не користувалися особливим попитом, їх приймали тільки 1 % хворих. Івабрадин, на противагу АКК, у цьому дослідженні виявився популярним препаратом, який призначався в середньому кожному другому пацієнту, протягом усього періоду спостереження. Оскільки більшість українських учасників CLARIFY мали стенокардію, не дивно, що і в цій підгрупі до 60 % хворих приймали івабрадин. Європейські показники для недигідропіридинової АКК та івабрадину в загальній популяції становили 3,8 та 21,7 % відповідно і дещо вищими були щодо івабрадину – 34,3 % серед хворих з ангінальними нападами. Протягом 5 років чисельність пацієнтів, які застосовували івабрадин, зросла на 6,6 % в Україні та на 10 % – у Європі.

Проте ефективність антиангінальної терапії в українській популяції CLARIFY, навіть за простими статистичними показниками, не може вважатися задовільною. Більше 70 % українських хворих, незважаючи на лікування, мали напади стенокардії, причому в третини з них, як уже зазначалося, клінічна симптоматика впродовж усіх 5 років спостереження залишалася тяжкою – на рівні стенокардії ІІІ ФК.

Не був оптимальним в Україні і контроль ЧСС у таких пацієнтів. Навіть показник < 70 за 1 хв наприкінці дослідження мали тільки ~60 % хворих українців (протягом 5 років спостереження кількість таких осіб збільшилася всього на 12,5 %). Отже, 40 %, тобто кожен 2–3-й амбулаторний пацієнт з ІХС в Україні, який приймав ББ, а у деяких випадках ще й івабрадин, мав ЧСС понад 70 за 1 хв.

Серед європейців зазначені показники були в середньому кращими на ~10 %. Так, ЧСС нижче 70 за 1 хв реєстрували у 70,5 % хворих ($P<0,001$ порівняно з Україною). Протягом дослідження кількість таких пацієнтів збільшилася приблизно на 20 % ($P<0,001$). Слід також зазначити, що кількість хворих, яким призначали відповідні препарати для контролю ЧСС, серед європейської популяції була нижчою. Наприклад, як уже згадувалося, ББ було призначено приблизно 85 % українців та 75 % європейців (див. табл. 2).

Різниця 10 % на користь європейських лікарів зберігалася в підгрупах пацієнтів зі стенокардією щодо цільових значень ЧСС (≤ 60 за 1 хв). Так, серед українців з ангінальними нападами після завершення CLARIFY такі показники ЧСС реєструвалися у 15,3 %, причому впродовж 5-річного періоду спостереження відкоригувати цей показник вдалося тільки у 2,5 % пацієнтів. У Європі на початку дослідження таку ЧСС мали ~24 % учасників реєстру, після завершення – 26 %.

Приблизно 20 % українців та 40 % європейців зі стенокардією використовували дигідропіридинові блокатори кальцієвих каналів. Значній підгрупі українських хворих (60 %) призначали інші антиангінальні засоби, здебільшого триметазидин (> 50 % у популяції), у Європі подібну терапію приймали всього 15,3 %.

У всьому світі існує проблема прихильності пацієнтів до лікування, далеко не завжди хворі усвідомлюють необхідність ретельного виконання всіх призначень. Проте це не знімає з лікаря обов'язку надавати пацієнту детальну інформацію про сутність його клінічного стану, важливість відповідних діагностичних і терапевтичних заходів, а також щодо наслідків відмови від рекомендованого лікування. Окрім можливої недостатньої прихильності до терапії учасників CLARIFY, отримані результати частково пов'язані з недостатніми дозами лікарських засобів, які зазвичай призначали спеціалісти. Наприклад, за даними реєстру, ББ рекомендували здебільшого в дозах, що становлять 1/2 і менше від визначених максимальних терапевтичних. Вражає також і той факт, що очевидна неефективність лікування, зокрема в Україні (клінічна симптоматика, значення ЧСС тощо під час щорічних візитів протягом 5 років), не спонукала медиків шукати інші можливості та шляхи допомоги своїм пацієнтам.

Застосування препаратів, які модифікують прогноз. Наприкінці дослідження більшість українців, як і європейців, застосовували АСК (понад 85 та 80,5 % відповідно). Приблизно така сама ситуація спостерігалася в підгрупах хворих зі стенокардією. Не було суттєвої різниці між Україною та Європою щодо призначення тієнопіридинів (14,1 та 17,3 % відповідно), а також – подвійної антитромбоцитарної терапії з АСК (18,5 та 16,9 % відповідно).

Рівень ХС ЛПНЩ є одним із визначальних прогностичних показників для хворого на ІХС (цільові значення – нижче 1,8 ммоль/л) [6]. Про-

те в українській популяції після завершення CLARIFY тільки 6,6 % хворих мали зазначені показники. Причому протягом дослідження частка таких пацієнтів скоротилася вдвічі: на початку дослідження їх було 14,0 % ($P < 0,001$). Навіть межу 2,6 ммоль/л подолали менше половини (45 %) українських учасників реєстру. Кількість пацієнтів з Європи з цільовими значеннями ХС ЛПНЩ також далека від оптимальної (~20 %), проте втричі більша, ніж в Україні ($P < 0,001$). У 66 % хворих на ІХС європейців значення ХС ЛПНЩ були менше 2,6 ммоль/л.

Українські пацієнти зі стенокардією, які повинні були контролювати показники ліпідного обміну ще більш активно, практично не відрізнялися від основної групи. Тільки у 13,8 % хворих на початку і у 6,2 % – наприкінці дослідження значення ХС ЛПНЩ були менше 1,8 ммоль/л, тобто протягом 5-річного терміну спостереження кількість таких пацієнтів зменшилася у 2,2 разу. ХС ЛПНЩ $< 2,6$ ммоль/л мали 40,3 % хворих зі стенокардією (див. табл. 2).

У Європі цільових значень ХС ЛПНЩ ($< 1,8$ ммоль/л) наприкінці дослідження досягли 16,3 % учасників реєстру з ангінальними нападами, що більше порівняно з Україною у 2,6 разу, а показник $< 2,6$ ммоль/л реєструвався у 59,9 % європейців зі стенокардією. Причому протягом терміну спостереження відстежувалася тенденція щодо покращення ситуації: кількість хворих, які досягли цільового рівня ХС ЛПНЩ, збільшилася на 5 %, а значень $< 2,6$ ммоль/л – на 18,1 %.

У більшості пацієнтів (70,6 % в Україні та 77,8 % в Європі) спостерігалися нормальні рівні холестерину ліпопротеїнів високої щільності. Серед хворих зі стенокардією випадки зі зниженим значенням цього показника ($\leq 1,0$ ммоль/л) траплялися дещо частіше (в українців – 35,6 %, в європейців – 28,1 %).

Отримані в українській популяції результати щодо ліпідознижувальної терапії також виглядають досить дивно з огляду на те, що більшості наших співвітчизників призначалися відповідні лікарські засоби, зокрема статини (77,9 %). Ще одне питання виникає з приводу доцільності використання у 15 % хворих інших гіполіпемічних препаратів, з невизначеним для ІХС впливом на прогноз захворювання. Таку ж ситуацію спостерігали в пацієнтів зі стенокардією, причому в цій підгрупі протягом дослідження частота призначення статинів упала на 13 %, і приблизно

20 % (тобто кожен п'ятий хворий з ангінальними нападами) приймали не статини, а інші гіпохолестеринемічні засоби. Європейські учасники реєстру використовували статини у 88,5 % випадків, і тільки ~2 % застосовували інші медикаменти. За наявності стенокардії хворим призначали виключно статини, і рекомендації не мінялися протягом 5 років спостереження.

Наявність АГ, цукрового діабету, ознак серцевої недостатності в більшості українських та європейських учасників реєстру робить зрозумілим часті призначення інгібіторів ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Так, у загальних популяціях інгібітори АПФ приймали 73,9 % українців та 53,1 % європейців. Серед хворих зі стенокардією в Україні інгібітори АПФ використовували 72,7 %. Протягом 5 років дослідження їх кількість зменшилася на 7 %, зате відповідно виросла частота призначення блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА) до 19,4 %. У Європі пацієнтам з ангінальними нападами інгібітори АПФ призначали на 10 % частіше, ніж у загальній популяції, їх чисельність не змінилася протягом терміну спостереження, БРА використовували у 25,3 % випадків.

Під час проведення CLARIFY серед українських учасників спостерігалось різке збільшення кількості пацієнтів, яким призначали інгібітори протонної помпи, – з 8,6 до 31,2 % (у європейській популяції це був сталий показник, ~30 %), а також незначне – нестероїдних протизапальних препаратів (з ~3 до 9 %, у Європі – з 4,8 до 7,1 %).

Прогноз. Слід відзначити, що найважливіші прогностичні показники, такі як загальна і серце-

во-судинна (ССС) смертність, в українській, європейській та загальній світовій популяціях реєстру CLARIFY суттєво не відрізнялися (*рисунк*). Протягом 5 років вони відповідно становили: для загальної смертності – 7,8; 7,9 та 7,9 % ($P=0,4417$); для ССС – 5,9; 4,9 та 5,0 % ($P=0,5285/0,5232$).

Проте в українських учасників дослідження порівняно з європейськими вдвічі частіше виникав ІМ, переважно нефатальний (5,0 проти 2,4 %, відповідно; ВР 1,95; 95 % ДІ 1,39–2,72; $P=0,0001$). Подібна ситуація була з порушеннями мозкового кровообігу (інсульт і ТІА) – (3,6±5,0) та (1,6±2,7) % відповідно ($P=0,0001$). Майже вдвічі більше хворих в Україні за цей період потребували стаціонарного лікування у зв'язку із серцево-судинними причинами (52,1 проти 32,8 %, $P<0,0001$) та втричі більше – мали нестабільну стенокардію (29,2 проти 10,5 % відповідно; ВР 2,97; 95 % ДІ 2,58–3,42; $P<0,0001$). Отримані дані частково можна пояснити тим, що наші співвітчизники, які взяли участь у реєстрі, від самого початку мали більш тяжкий клінічний стан (перенесений ІМ, тяжку стенокардію тощо). Як уже зазначалося, менш ефективною в пацієнтів з України була медикаментозна терапія. У дуже незначній кількості хворих до участі в дослідженні та протягом його проведення були виконані процедури щодо ревазуляризації міокарда (ЧКВ та АКШ). Так, за час дії реєстру 11,9 % пацієнтів в Україні та 16,0 % – в Європі пройшли інвазивну коронарографію. ЧКВ проведено у 4,7 проти 7,5 % осіб ($P=0,0010$), АКШ – у 1,2 та 1,45 % ($P=0,6047$) відповідно (*див. рисунок*).

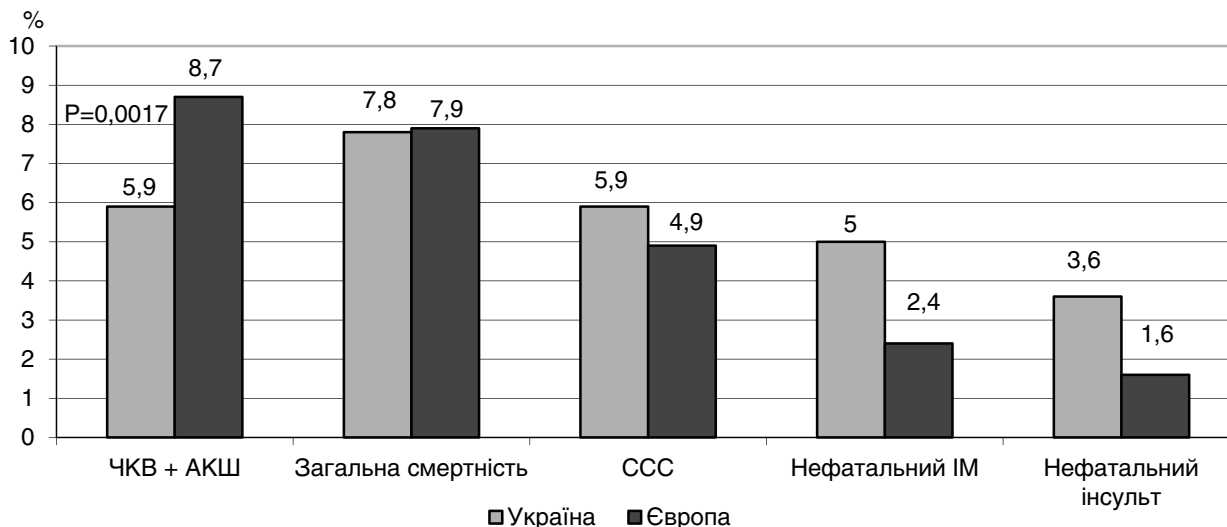


Рисунок. Кінцеві точки в пацієнтів зі стабільною ІХС: за даними 5-річного реєстру CLARIFY.

Висновки

Дані незалежного світового дослідження CLARIFY засвідчили значні розбіжності між чинними міжнародними настановами щодо ведення хворих зі стабільною ІХС та реальною клінічною практикою. Навіть достатньо забезпечена та стабільна європейська медицина має проблеми з контролем таких показників, як рівень АТ нижче 140/90 мм рт. ст. (неефективно лікується більше третини пацієнтів); вміст ХС ЛПНЩ менше 1,8 ммоль/л (до 80 % хворих, незважаючи на прийом статинів, не досягли цільових показників ліпідного обміну) та ЧСС (близько 30 % учасників реєстру, які приймали ББ, а в деяких випадках ще й інші препарати, у результаті мали ЧСС понад 70 за 1 хв). Не було значної динаміки в європейській спільноті і щодо модифікації способу життя. Більшість європейських хворих вели малорухливий спосіб життя, мали надлишкову масу тіла й ознаки абдомінального ожиріння, приблизно кожен 9-й з них курив, і тільки 1,3 % відмовилися від цієї шкідливої звички протягом дослідження. Наші співвітчизники в середньому були на 6 років молодшими за європейців, утім регулярними фізичними навантаженнями вони займалися в 4 рази рідше (4 і 16 %) та за габітусом практично не відрізнялися – також мали надлишкову масу тіла й ознаки ожиріння, 11,4 % продовжували курити впродовж дослідження.

Набагато драматичніше виглядає оцінка українських та європейських пацієнтів за клінічним статусом та результатами лікування. У більшості наших хворих (74 %) після 5 років спостереження у рамках дослідження зберігалися ангінальні напади, причому кожен третій з них мав тяжку стенокардію на рівні ІІІ ФК, і тільки 12,5 % впродовж цього часу позбулися клінічних симптомів захворювання. Для порівняння: наприкінці дослідження на стенокардію скаржилися 16,9 % європейських пацієнтів, що в 4,4 рази менше, ніж в Україні.

Можна багато говорити про безстроково тяжку економічну ситуацію в нашій державі, проблеми в галузі охорони здоров'я, значні прогалини в поінформованості хворих відносно їх патології, відсутність суспільного розуміння необхідності вести здоровий спосіб життя і вчасно звертатися до лікаря у разі хвороби. Проте слід підкреслити, що і в загальній популяції CLARIFY, до якої увійшли пацієнти з Африки, Азії,

Латинської Америки, тобто люди з різних країн з дуже різними системами охорони здоров'я і матеріальним достатком, напади стенокардії після завершення реєстру мали тільки 12,7 % його учасників. Причому загалом серед учасників CLARIFY чисельність пацієнтів з тяжкою стенокардією (ІІІ ФК) становила 24,1 % в Україні, 2,2 % – у Європі та 1,6 % – у загальній світовій популяції.

Варто також підкреслити, що українські лікарі активно призначали своїм хворим увесь перелік фармпрепаратів, рекомендованих при стабільній ІХС, включаючи АСК, статини, ББ, івабрадин, інгібітори АПФ. Проте контроль ефективності терапії був украй низьким, і не тільки стосовно симптомів захворювання. Так, більше 40 % хворих мали АТ > 140/90 мм рт. ст., близько 40 % – підвищену ЧСС (> 70 за 1 хв). Навіть за наявності ангінальних нападів адекватно контролювали ЧСС тільки ~15 % пацієнтів. У Європі вказані параметри були приблизно на 10 % кращими. Парадоксально в нашій країні виглядає ситуація з показниками ліпідного обміну: за умови призначення статинів ~78 % учасників реєстру цільові значення ХС ЛПНЩ були отримані тільки в ~7 % хворих. Як уже зазначалося, незважаючи на клінічні вияви ІХС, частота хірургічних та ендоваскулярних втручань з метою ревазуляризації міокарда в Україні була дуже низькою – усього 5,9 % за 5-річний період дослідження. У результаті в українських пацієнтів, порівняно з європейськими учасниками реєстру, майже вдвічі частіше виникала потреба в стаціонарному лікуванні, вдвічі більше було випадків нефатального ІМ та гострих порушень мозкового кровообігу (інсульт і ТІА) та втричі – нестабільної стенокардії.

При підсумовуванні даних дослідження CLARIFY постає питання щодо суттєвої оптимізації ведення хворих зі стабільною ІХС в Україні. У першу чергу, це стосується обов'язкового контролю якості терапевтичних заходів у пацієнтів із клінічними симптомами захворювання. Такий підхід передбачає не тільки коректне призначення оптимальної медикаментозної терапії відповідно до сучасних стандартів, а й обов'язкову оцінку її ефективності щодо зменшення кількості ангінальних нападів, аж до повного їх припинення, підвищення толерантності до фізичного навантаження, зниження ФК стенокардії. Згідно з чинними настановами оцінка результатів медикаментозного лікування повинна проводитися протягом першого тижня після його призначен-

ня. У випадках недостатньої ефективності оптимальної медикаментозної терапії необхідно розглянути можливість використання ендovasкулярних/хірургічних методів лікування. Подібний підхід щодо ревазуляризації міокарда рекомендований хворим зі стенокардією III ФК і вище, а також враховуючи індивідуальні потреби (наприклад, професійні) чи побажання пацієнтів. Дуже важливим у роботі лікарів, починаючи з первинної ланки, є пропагування здорового способу життя, корекція факторів серцево-судинного ризику (відмова від тютюнокуріння, підтримання цільових рівнів показників ліпідного обміну), а також заохочення пацієнтів до регулярного прийому призначених ліків, підвищення їх прихильності до терапії. Слід зазначити, що відповідні рекомендації з «Настановою» та «Протоколом» щодо стабільної ІХС затверджені у 2016 р. МОЗ України і чекають на реальне впровадження у клінічну практику.

Роботу виконано за підтримки компанії «Серв'є».

Національні координатори CLARIFY в Україні – М.Л., О.П.

Підготовка публікації щодо української популяції пацієнтів реєстру CLARIFY – М.Л., О.П., Г.Л.; оформлення даних – І.Г.

Опрацювання та аналіз зарубіжних даних реєстру – N.G., R.F., I.F., K.F., J.-C.T., M.T., Ph.S., R.Y.

Література

1. Корнацький В.М. Серцево-судинна захворюваність в Україні та рекомендації щодо покращення здоров'я в сучасних умовах: Аналітично-статистичний посібник.– К., 2012.– 117 с.
2. Лутай М.І., Пархоменко О.М., Лисенко А.Ф. та ін. Международный регистр CLARIFY больных со стабильной ишемической болезнью сердца в Украине особенности, проблемы, перспективы // Укр. кардіол. журн.– 2013.– № 3.– С. 13–21.
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка, О.С. Сичова.– К., 2016.– 189 с.
4. Стабільна ішемічна хвороба серця (адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016) // Артеріальна гіпертензія.– 2016.– № 2 (46).– С. 113–126.
5. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // Eur. Heart J.– 2016.– Vol. 37 (29).– P. 2315–2381.
6. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias // Eur. Heart J.– 2016.– Vol. 37 (39).– P. 2999–3058.
7. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization // Eur. Heart J.– 2014 (Advance Access published).– doi:10.1093/eurheartj/ehu278
8. 2013 ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease // Eur. Heart J.– 2013.– Vol. 34.– P. 2949–3003.
9. Fox K., Ford I., Steg P. et al. BEAUTIFUL Investigators. Relationship between ivabradine treatment and cardiovascular outcomes in patients with stable coronary artery disease and left ventricular systolic dysfunction with limiting angina: a subgroup analysis of the randomized, controlled BEAUTIFUL trial // Eur. Heart J.– 2009.– Vol. 30 (19).– P. 2337–2345.
10. Steg P., Ferrari R., Ford I. et al. CLARIFY Investigators. Heart rate and use of beta-blockers in stable outpatients with coronary artery disease // PLoS One.– 2012.– Vol. 7 (5).– P. 36284.
11. Steg P., Greenlaw N., Tendera M. et al. Prevalence of anginal symptoms and myocardial ischemia and their effect on clinical outcomes in outpatients with stable coronary artery disease: data from the international observational CLARIFY registry // JAMA.– 2014.– Vol. 174 (10).– P. 1651–1659.

Надійшла 24.04.2018 р.

Пациент со стабильной ишемической болезнью сердца в Украине и Европе: результаты 5-летнего регистра CLARIFY

М.И. Лутай¹, А.Н. Пархоменко¹, А.Ф. Лысенко¹, И.П. Голикова¹, N. Greenlaw², R. Ferrari^{3,4}, I. Ford², K.M. Fox⁵, J.-C. Tardif⁶, M. Tendera⁷, Ph.G. Steg⁸, R. Young^{2,5}

¹ *ГУ «Национальный научный центр “Институт кардиологии имени акад. Н.Д. Стражеско” НАМН Украины», Киев*

² *Центр Робертсона биостатистики, Университет Глазго, Великобритания*

³ *Университетский кардиологический центр и Центр ЛТТА, Университет Феррари, Италия*

⁴ *Больница Марии Сесилии, Котиньола, Италия*

⁵ *Национальный институт сердца и легких, Королевская больница Brompton, Лондон, Великобритания*

⁶ *Монреальский институт сердца, Университет Монреаля, Канада*

⁷ *Медицинский университет Силезии, Катовице, Польша*

⁸ *Университет Париж имени Дени Дидро, Париж, Франция*

CLARIFY (The prospective observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease) – масштабный многоцентровой проект с участием пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС). В течение 5 лет (2009–2014 гг.) в регистре приняли участие 32 703 пациента с подтвержденным диагнозом ИБС из 45 стран мира. Результаты исследования показали значительные различия между действующими международными стандартами по ведению таких пациентов и реальной клинической практикой. Несмотря на

то, что украинские врачи активно назначали своим пациентам весь перечень препаратов, рекомендованных при стабильной ИБС (ацетилсалициловая кислота, статины, β -адреноблокаторы, ивабрадин, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента), контроль эффективности терапии был крайне низким, и не только в отношении симптомов заболевания (у 74 % после 5 лет наблюдения в рамках исследования сохранялись ангиальные приступы по сравнению с 16,9 % европейских пациентов). Следует отметить, что клинический статус лиц, включенных в исследование в Украине, по сравнению с общей группой, был более тяжелый: 24,1 % составили пациенты с тяжелой стенокардией (III функционального класса), в Европе – 2,2 %, в мировой популяции – 1,6 %. Частота реваскуляризации миокарда (хирургической, эндоваскулярной) в Украине была очень низкой – всего 5,9 % за 5-летний период исследования. В результате у наших пациентов почти в 2 раза чаще возникала потребность в стационарном лечении, в 2 раза больше было случаев фатального инфаркта миокарда и острых нарушений мозгового кровообращения (инсульт и транзиторные ишемические атаки) и в 3 раза – нестабильной стенокардии. Контроль основных факторов риска ИБС, таких как уровни артериального давления < 140/90 мм рт. ст., холестерина липопротеинов низкой плотности < 1,8 ммоль/л, частоты сокращений сердца < 70 в 1 мин, был недостаточным, как в украинской, так и в мировой популяции. Как у украинских, так и у европейских пациентов на протяжении исследования не было динамики в модификации образа жизни (большинство обследованных продолжали вести малоподвижный образ жизни, имели избыточную массу тела и признаки абдоминального ожирения, курили). Учитывая данные исследования CLARIFY, остается открытым вопрос о существенной оптимизации ведения пациентов со стабильной ИБС.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, регистр CLARIFY, украинская и европейская популяции, факторы риска.

Patient with stable ischemic heart disease in Ukraine and Europe: The CLARIFY registry 5-year results

M.I. Lutay¹, O.M. Parkhomenko¹, G.F. Lysenko¹, I.P. Golikova¹, N. Greenlaw², R. Ferrari^{3,4}, I. Ford², K.M. Fox⁵, J.-C. Tardif⁶, M. Tendera⁷, Ph.G. Steg⁸, R. Young^{2,5}

¹ National Scientific Center «M.D. Strazhesko Institute of Cardiology» of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

² Robertson Centre for Biostatistics, University of Glasgow, United Kingdom

³ Centro Cardiologico Universitario and LTTA Centre, University of Ferrara, Italy

⁴ Maria Cecilia Hospital, GVM Care & Research, E.S. Health Science Foundation, Cotignola (RA), Italy

⁵ National Heart and Lung Institute, Imperial College, Institute of Cardiovascular Medicine and Science, Royal Brompton Hospital, London, United Kingdom

⁶ Montreal Heart Institute, University of Montreal, Canada

⁷ School of Medicine, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

⁸ Universite' Paris Diderot, Paris, France

CLARIFY (The prospective observational Longitudinal Registry of patients with stable coronary artery disease) is a large multicenter project in the patients with a stable coronary artery disease (CAD). Within 5 years (2009–2014) 32,703 patients with confirmed diagnosis of CAD from 45 countries worldwide took part in the registry. Study results have demonstrated the significant differences between the current international standards of management and real-life clinical practice. Despite the fact that Ukrainian doctors actively used the complete list of the medicinal products recommended in the stable CAD (ASA, statins, BBs, ivabradine, ACE inhibitors), the control of therapy efficacy was very low and not only relative to the symptoms (after 5-year follow-up, angina attacks were persistent in 74 % of patients versus 16.9 % of the European patients). It should be noted that the clinical status of patients enrolled in Ukraine was more severe compared with the general group: 24.1 % of patients with the severe angina (III FC), in Europe – 2.2 %, in the world population – 1.6 %. Rate of the myocardial revascularization (surgical, endovascular) was very low in Ukraine as for 5-year study – only 5.9 %. As a result, our patients had 2-fold need in the hospitalization, 2-fold rate of fatal MI and acute cerebrovascular accidents (stroke + TIA) and 3-fold rate of the unstable angina. Control of such main risk factors of CAD, as BP levels < 140/90 mm Hg, LDL cholesterol levels < 1.8 mmol/L, HR < 70 beats per minute was insufficient both in the Ukrainian and global populations. During the study both Ukrainian and European patients have not demonstrated the dynamics in life style modification (majority of subjects continued sedentary lifestyle, were overweight, had signs of the abdominal obesity and smoked). Taking into consideration the results of the CLARIFY study, significant optimization of management of patients with stable CAD is still necessary.

Key words: ischemic heart disease, angina, CLARIFY registry, Ukrainian and European populations, risk factors.

Додаток

Список лікарів – учасників дослідження CLARIFY в Україні

Алексєєнко В.М., Андрєєв Є.В., Бардаченко Л.А., Батушкін В.В., Башкірцев О.В., Білоус Н.М., Бережна Т.Ф., Бурлакова Л.І., Василенко В.В., Вечтомова Н.В., Вишнева Н.В., Власюк Ж.Г., Волошина Л.Г., Волошко Ю.В., Гінзбург В.М., Гуков О.Г., Залізник О.В., Ілющечкін І.І., Кардашевська Л.І., Кивер Т.П., Коваль В.Г., Ковиршина О.Є., Корнієнко С.І., Коротич Т.М., Кривенкова Е.П., Кузьміна Т.М., Кулик В.А., Кулінич С.Є., Кучерява Л.В., Лафаренко В.А., Лещук О.Б., Лисунець О.М., Михайлів І.А., Молотягіна С.П., Моспан М.П., Огороднійчук А.С., Погребна О.М., Потапська Л.О., Приколота О.О., Пустовіт С.М., Рогожина В.В., Романов С.М., Садикова І.Б., Салімова С.В., Сафонова Л.М., Стасюк О.В., Тихонова С.А., Ткаченко Л.М., Ушаков О.В., Фесенко Т.В., Франскявичине Л.В., Циганков О.В., Чушак С.С.