

УДК 616.1/.2+616.42+616.6/.7]-051:316.356/.2

В. М. РУДІЧЕНКО, О. М. БАРНА, Я. В. КОРОСТ

/Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна/

Підсумки власних клінічних досліджень ефективності досягнення цільових рівнів основних факторів ризику ішемічної хвороби серця

Резюме

Об'єкт дослідження – пацієнти з ішемічною хворобою серця (ІХС), які перебували під спостереженням в амбулаторії сімейного лікаря на первинному рівні медичної допомоги та пацієнти з ІХС, які спостерігалися на вторинному рівні медичної допомоги в терапевтичному відділенні.

Мета роботи – дослідження ефективності досягнення цільових рівнів основних факторів ризику ІМТ, відсотка жиру в організмі, рівня АТ, а також холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) у крові, зміни частоти куріння в процесі лікування та зміни рівня фізичної активності у пацієнтів з ІХС при вторинній профілактиці захворювання в практиці сімейного лікаря.

У **результаті** роботи виявлено, що при перебуванні пацієнтів з ІХС під спостереженням сімейного лікаря такі фактори як ІМТ, відсоток жиру в організмі, рівень фізичної активності через 6 тижнів краще піддаються модифікації, ніж на вторинній ланці надання допомоги. При спостереженні пацієнтів з ІХС на вторинній ланці надання допомоги такі фактори як артеріальний тиск, холестерин ЛПНЩ через 6 тижнів краще піддаються модифікації, ніж на первинній ланці надання допомоги. Такий фактор як куріння однаково погано піддається модифікації і на первинному, і на вторинному рівні надання медичної допомоги.

Висновки. Сімейним лікарям при спостереженні пацієнтів з ІХС рекомендовано жорсткіше контролювати досягнення цільових рівнів АТ, холестерину ЛПНЩ та відмову від куріння.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, індекс маси тіла, артеріальний тиск, рівень фізичної активності, холестерин, куріння, первинна медична допомога

Все більше зростає зацікавленість населення і лікарів у взаємовигідній співпраці, спрямованій на запобігання виникненню захворювання та збереження здоров'я, працездатності та підвищення якості життя людей. Це, в свою чергу, є гарантією формування здорового суспільства, яке зможе продуктивно витрачати свої ресурси на розвиток інших галузей. У зв'язку з цим все більше уваги надається профілактиці виникнення захворювань, як ефективному, простому та перспективному напрямку в поліпшенні якості та тривалості життя людей, де значну роль мають лікарі первинної ланки – загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) [1].

Проблема нашого дослідження полягає в досягненні цільових рівнів основних факторів ризику у пацієнтів з ІХС у практиці сімейного лікаря. На жаль, хворі несвоєчасно звертаються за допомогою в лікувальні заклади і часто під час обстежень лікарі виявляють запущений хронічний процес, нерідко з ускладненнями, де може відігравати роль множинність впливу патогенетичних механізмів. Тому все актуальнішою стає вторинна профілактика захворювань, а саме профілактика загострення хронічного перебігу захворювання та запобігання виникненню ускладнень, які можуть негативно впливати на тривалість та якість життя хворих.

Виникає необхідність у вивченні ефективності в досягненні цільових рівнів основних факторів ризику в пацієнтів з ІХС як в амбулаторних умовах, так і в умовах перебування хворих у стаціонарі та порівняння отриманих результатів. Визначення, оцінка та порів-

няння результатів необхідні при виборі найефективнішої та економічно вигідної тактики профілактики ІХС.

Актуальність вирішення проблеми в медичній галузі зумовлена тим, що на сьогоднішній день хвороби серцево-судинної системи залишаються найпоширенішою патологією у структурі загальної захворюваності населення України. Цільові рівні основних факторів ризику ІХС та рекомендації щодо їх досягнення були детально описані Європейським кардіологічним товариством у гайдлайнах, якими ми широко користуємося в повсякденній клінічній практиці. Пізня профілактика ішемічної хвороби серця є причиною зменшення загальної тривалості життя та виникнення ускладнень, таких як інфаркт міокарда, мозковий інсульт і недостатність кровообігу, які ведуть до зниження якості життя та інвалідизації.

Щоб ефективно проводити профілактику необхідно знати оптимальні рівні основних факторів ризику в пацієнтів з ІХС, при яких організм людини функціонує нормально. Досягнення цих рівнів зменшує відсоток інвалідності та смертності серед населення. З практичної точки зору важливого значення набуває визначення сумарного індивідуального ризику кожної особи, оскільки у однієї людини часто виявляється декілька чинників ризику, які з часом можуть змінюватися у різних напрямках [14].

У цільові рівні входить визначення в якості ключових оптимального артеріального тиску (АТ), індексу маси тіла (ІМТ), відсотка жиру в організмі тощо [15].

У хворих, в яких ІХС поєднується з артеріальною гіпертензією (АГ), АТ треба знижувати до рівня систолічного АТ (САТ) <140 мм рт. ст. [8]. Досягнення цільових рівнів при АГ суттєво знижує у пацієнтів вірогідність виникнення інсультів, інфарктів, серцевої недостатності.

Індекс маси тіла (ІМТ, англ. BMI, body mass index) – величина, що дозволяє оцінити ступінь відповідності маси людини та її зросту, й тим самим непрямо оцінити, є маса недостатньою, нормальною чи надмірною (табл. 1) [14].

В амбулаторних умовах визначити рівень ожиріння можна за допомогою вагів (механічних чи електронних) із функцією жиросміра.

Таблиця 1. Норми жирової тканини в організмі для чоловіків і жінок, % [20]

Стать	Вік		
	16 – 29 років	30 – 49 років	Понад 50 років
Чоловіки	9–17	14–22	16–25
Жінки	17–22	21–27	25–30

Досягнення цільових рівнів основних факторів ризику в пацієнтів з ІХС під наглядом сімейного лікаря та на вторинній ланці надання медичної допомоги дещо відрізняються як самим підходом, так і терміном вирішення проблеми. Так, контроль АТ на вторинній ланці надання медичної допомоги, зокрема, в умовах стаціонару, є ефективнішим та постійнішим, ніж у загальноклінічній практиці. Цьому зокрема можуть сприяти такі чинники [11]:

1. Вимірювання АТ як мінімум двічі на день.

2. Записи результатів вимірювання АТ протягом всього часу перебування в стаціонарі та оцінка динаміки коливання показників.

3. Вчасний та плановий прийом ліків, що націлені на контроль АТ.

Отже, в терапевтичній практиці ефективним є контроль АТ у людей, які вже давно хворіють на ІХС.

В умовах загальноклінічної практики проводити контроль щодо виконання рекомендацій можна шляхом призначення повторних планових візитів в амбулаторію для коректування стратегії профілактики та лікування [13].

Профілактика серцево-судинних захворювань для населення з високим ризиком є основною задачею лікарів ЗПСМ. Це частина комплексного підходу в лікуванні [22].

Просвітницька діяльність – один із основних у сімейній практиці способів зберегти чи розвинути здоровий спосіб життя, особливо в молодому віці. Просвітницьку діяльність ефективніше проводити систематично, чи то сезонні захворювання, чи хронічні. Сюди належать інформаційні брошури, написані зрозумілою мовою для людини, яка не працює в галузі надання медичної допомоги, групові лекції, присвячені як окремо взятій хворобі, так і загальному комплексу рекомендацій при, наприклад, серцево-судинних захворюваннях. Також ефективним є надання індивідуально підібраних рекомендацій для людини [23].

Рівень фізичної активності в теперішній час у більшості людей або недостатній, або взагалі відсутній [17]. Фізична активність й потреба організму в ній індивідуальні і залежать від багатьох фізіологічних, соціально-економічних і культурних чинників: віку, статі, конституції, рівня фізичної підготовленості, способу життя, умов праці та побуту, географічних і кліматичних умов тощо. Для кожної людини характерний генетично обумовлений діапазон цього

рівня, необхідний для нормального функціонування і збереження здоров'я [6].

Фізичну активність можна підвищити шляхом помірних фізичних навантажень ≥ 10 хвилин на день 4–5 разів на тиждень. Наприклад, це може бути виконання щодня вранці зарядки чи вечірні прогулянки на свіжому повітрі [18]. Систематичне помірне фізичне навантаження може значно покращити загальне самопочуття людини, зміцнити її тіло, зробити її сильнішою та фізично витривалішою.

Покращити загальний стан та знизити масу тіла може допомогти дієта. Вживання жиру (% від загальної енергії в їжі): загальний жир <35 %, насичений <10 %, мононенасичені жирні кислоти >10 %, харчові волокна >40 г/день. Вживання вуглеводів має бути також знижене. В середньому він має становити 40–45 %. Білки – близько 30 %, половина з яких має бути тваринного походження [4]. В харчуванні перевагу потрібно надавати природній їжі (овочам, фруктам, крупам), та, за можливості, відмовитися від фаст-фуду, смаженої та висококалорійної їжі [19].

Рівень ХС у крові вимірюють у лабораторних умовах. Лікарі як терапевтичного, так і загальноклінічного профілю знаходяться в однакових умовах щодо контролю цього показника. Відмічається, що в стаціонарах контроль цього показника є жорсткішим та ефективнішим, ніж в амбулаторіях [5]. Лікарі на вторинній ланці надання медичної допомоги вже при перших ознаках відхилення рівня ХС у крові від норми можуть медикаментозними методами скоректувати стан пацієнта.

Шкідливі звички, такі як куріння та вживання алкоголю, є фактором ризику виникнення ІХС. Курці помирають вдвічі частіше, ніж ті, хто не курить [9].

В останні роки відсоток курців в Україні трохи зменшився і з кожним роком він поступово знижується. Цьому сприяла реалізація в Україні державної цільової соціальної програми зменшення шкідливого впливу тютюну на здоров'я населення. Ця програма проводилася з 2010 року та відповідає загальносвітовим тенденціям [26, 53].

Проте для досягнення результату (зменшення кількості викурених цигарок на день чи повна відмова від куріння) потрібно протягом тривалого часу спостерігати за пацієнтом та допомагати йому поступово звільнитися від шкідливої звички [7]. Роботу з профілактики та лікування залежності від тютюну доцільніше проводити в амбулаторії, ніж у стаціонарі. Це досить актуальне питання, адже, за статистикою, напади ішемічної хвороби серця, що призводять до раптової смерті, в 4 рази частіше виникають у курців [12].

На відміну від закладів терапевтичного профілю, лікарі первинної ланки мають змогу спостерігати за пацієнтами не тільки під час госпіталізації. Так, лікарі ЗПСМ можуть курувати пацієнта впродовж років і, якщо йдеться про спадкові захворювання, простежувати частоту виникнення як у попередніх, так і наступних поколіннях [37]. У такому випадку профілактика виникнення захворювання може бути набагато ефективнішою, ніж лікування. Досконало знаючи спадковість пацієнта, фактори ризику, що можуть вплинути на виникнення у нього ІХС, можна розробити індивідуальну та дієву стратегію профілактики захворювання та покращення рівня загального самопочуття пацієнта [24]. Окрім покращення якості життя, збільшується ще й його тривалість, а

також впродовж тривалого часу зберігається високий рівень працездатності у людини.

Діяльність лікарів ЗПСМ у вищезазначених аспектах необхідно розглядати як таку, що забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини [2].

Сімейний лікар частіше за інших спеціалістів має використовувати раціональну, як з медичної, так і з економічної точки зору обґрунтовану тактику, по відношенню до необхідних лабораторних та інструментальних методів дослідження та рекомендувати необхідність застосування спеціалізованих технологій лікування [3]. Інтеграція нових знань і вмінь у постійний процес надання медичної допомоги людині від народження до завершення її життєвого шляху підвищує якість сімейної медичної практики. При цьому пацієнти вирають від більш цілісного підходу до їх здоров'я і ширших можливостей щодо отримання своєчасної адекватної допомоги на місцевому рівні [21].

Для досягнення цільових рівнів основних факторів ризику ІХС необхідно [10]:

1. Зібрати анамнез захворювання.
 2. Детально розглянути сімейний анамнез та основні фактори ризику, що відіграють важливу роль у житті людини; всебічно обстежити пацієнта, який вже має захворювання, та встановити цільові рівні, при яких якість та тривалість життя пацієнта буде оптимальною.
 3. Надати рекомендації щодо досягнення та підтримання цільових рівнів на оптимальних значеннях.
 4. Періодично проводити профілактичні огляди пацієнта для корегування наданих рекомендацій, якщо виникне необхідність.
- Профілактична спрямованість – важливий принцип сімейної медицини. Прогнозування ризику розвитку окремих захворювань, доклінічна їх діагностика, своєчасність інформування пацієнта, а також реалізація профілактичних заходів – найважливіші складові елементи щоденної роботи сімейного лікаря.

Мета роботи – дослідження ефективності досягнення цільових рівнів основних факторів ризику ІМТ, відсотка жиру в організмі та рівня АТ у пацієнтів з ішемічною хворобою серця при вторинній профілактиці захворювання в практиці сімейного лікаря. Також метою роботи було дослідження ефективності досягнення цільових рівнів основних факторів ризику ХС ЛПНЩ у крові, зміни частоти куріння в процесі лікування та зміни рівня фізичної активності при спостереженні сімейним лікарем та на вторинній ланці надання допомоги.

Матеріал і методи досліджень. 1. Клінічна характеристика обстежених хворих. Об'єктом дослідження були дві групи пацієнтів:

1. Основна група (20 осіб) – пацієнти з ІХС, що спостерігалися в амбулаторії сімейного лікаря на первинному рівні медичної допомоги;
2. Група для порівняння (18 осіб) – пацієнти з ішемічною хворобою серця, що спостерігалися на вторинному рівні медичної допомоги в терапевтичному відділенні.

Вік пацієнтів складав $48 \pm 4,5$ років (від 35 до 65 років). За статтю групи були поділені наступним чином:

1. Перша група – 10 жінок, 10 чоловіків;
2. Друга група – 10 жінок, 8 чоловіків.

Першим показником, який порівнювався, був ІМТ. Метою дослідження було встановлення ефективності цільових рівнів основних факторів ризику, зокрема оптимальної маси тіла, визначеної за показником ІМТ, у пацієнтів з ІХС в практиці сімейного лікаря при вторинній профілактиці захворювання.

Було обстежено 38 хворих на ІХС. Застосовували методики визначення ІМТ шляхом обчислення показників маси і зросту за формулою: $BMI = m/h^2$.

Обчислення ІМТ проводили двічі. Перший раз – при госпіталізації пацієнта до стаціонару чи амбулаторії, другий – через шість тижнів.

Пацієнтам були надані наступні рекомендації:

1. Дієтичне харчування за правилом тарілки (інша назва – модель тарілки). Пацієнти мали харчуватися 3–4 рази на день порівно в один і той же час.
2. Збільшення фізичного навантаження: помірне фізичне навантаження ≥ 10 хв на день 4–5 разів на тиждень.

Другим показником, який порівнювали, був відсоток жиру в організмі. Вимірювання відсотка жиру в організмі проводили за допомогою жироміра (Personal Fat Body Tester, виробник Generic).

Обчислення відсотка жиру в організмі проводили двічі. Перший раз – при госпіталізації пацієнта до стаціонару чи амбулаторії, другий – через шість тижнів. Були надані ті ж самі рекомендації, що й для контролю ІМТ в організмі.

Третім показником, який порівнювався, був АТ. Обстежено було 38 хворих на ІХС, які також хворіли на АГ. Застосовували методики визначення АТ за допомогою тонометра (механічного чи автоматичного). Перевагу надавали механічним приладам, які мають меншу похибку при вимірюванні.

Були надані наступні рекомендації для контролю АТ:

1. Вимірювання АТ двічі на день (уранці та ввечері). Занесення отриманих даних у щоденник протягом всього часу перебування в стаціонарі чи лікування в амбулаторних умовах; оцінка динаміки коливання показників;
2. Вчасний та плановий прийом ліків для контролю АТ – антигіпертензивних засобів (бета-блокатори приймали 91 % хворих, ІАПФ – 67 %, блокатори кальцієвих каналів – 34 %, діуретики – 23 %);
3. Корекція харчування, а саме:
 - зниження вживання солі до кількості 5–6 г на день;
 - помірне вживання алкоголю: для чоловіків до 20–30 г на день (за етанолом), для жінок – до 10–20 г на день;
 - споживання овочів, молочних продуктів із низьким вмістом жирів, харчових і розчинних волокон (клітковини), круп і цільних злаків, а також білків рослинного походження.

Наступним показником, що порівнювали, був рівень ХС ЛПНЩ крові, який визначали за допомогою лабораторного аналізу ліпідного спектра крові.

Аналіз ліпідного спектра у пацієнтів проводили двічі: перший раз – на початку дослідження, другий – через шість тижнів. Обстежено було 38 хворих на ІХС.

Для контролю ХС були надані наступні рекомендації:

1. Корекція харчування:

- вживання овочів, молочних продуктів із низьким вмістом жирів, харчових і розчинних волокон (клітковини), круп і цільних злаків, а також білків рослинного походження;
- до дієти додавати рибу та морепродукти (не менше 2–3 разів на тиждень), знизити вживання м'яса;
- виключення із раціону продуктів, що містять насичені жири. Вживання яєць слід обмежити до 1–2 на тиждень, відмовитися чи знизити вживання вершкового масла, маргарину, сала, кулінарного жиру;
- включити в раціон горіхи. Особливо корисні волоські горіхи та мигдаль. У середньому за день слід вживати 50 г горіхів;
- відмовитися чи зменшити вживання алкоголю (для чоловіків до 20–30 г на день, для жінок – до 10–20 г на день).

2. Призначення статинів для досягнення цільових рівнів ХС крові (аторвастатин приймали 46 % пацієнтів, розувастатин 47 %).

Ще одним показником, який порівнювали, була зміна частоти куріння серед хворих на ІХС. Обстежено було 38 хворих, дванадцять з яких курили. Стаж куріння хворі мали від п'яти до двадцяти п'яти років. У першій групі курили 7 осіб, у другій – 5 осіб.

Хворим, які курили, було рекомендоване таке:

- нікотинова замісна терапія: заміна цигарок на нікотинові трансдермальні пластирі, нікотинові жувальні гумки, нікотинові інгалятори;
- психологічно-поведінкові методи допомоги, які мають форму індивідуальних чи групових консультаційних занять, спрямованих на допомогу у зміні поведінки.

Термін дослідження становив шість тижнів, для оцінки ефективності наданих рекомендацій. Упродовж цього часу пацієнти з ІХС, що курили, намагалися позбутися цієї шкідливої звички.

Також показником, який порівнювали, був рівень фізичної активності хворих на ІХС. Обстежено було 38 хворих у віці від 35 до 65 років.

Для підвищення рівня фізичної активності пацієнтам з ІХС були надані такі рекомендації:

- врегулювання режиму роботи та відпочинку. Через кожну годину праці необхідно робити 5–10-хвилинну перерву;
- врегулювання режиму сну, який має тривати 7–8 годин на день;
- постійні помірні фізичні навантаження (≥ 10 хвилин на день 4–5 разів на тиждень).

Термін дослідження становив шість тижнів, протягом яких оцінювали ефективність наданих рекомендацій.

3. Математична обробка результатів

Отримані результати досліджень заносили в базу Microsoft Excel, обробку даних виконували з використанням пакета статистики Microsoft Excel. Розраховували середнє значення (M). Вірогідність результатів оцінювали за t критерієм Стюдента. При вивченні взаємозв'язку показників застосовували кореляційний аналіз. Відмінності між показниками, що порівнювали, вважали достовірними, якщо значення імовірності було більше або дорівнювало 95 % ($p < 0,05$). Обробку результатів дослідження проводили за загальноприйнятим варіаційно-статистичним методом. Для кожного варіаційного ряду проводили обчислення середньої похибки m, середньої арифметичної M та визначали рівень вірогідності p для кожної пари порівнюваних середніх арифметичних

величин. Для порівняння частоти відхилень показників від норми користувалися методом альтернативного варіювання.

Результати та їх обговорення

При обчисленні ІМТ ожиріння першого ступеня було виявлено у 55,5 % обстежуваних (38 осіб), ожиріння другого ступеня – у 24,5 %, надлишкову вагу – у 20 %. Було виявлено (табл. 2), що за шість тижнів, впродовж яких тривало дослідження, ІМТ в кожній групі зменшився.

Таблиця 2. ІМТ на початку дослідження та через шість тижнів профілактики у хворих на ІХС

Група	ІМТ на початку дослідження, кг/м ²	ІМТ через шість тижнів, кг/м ²
Перша (амбулаторія)	29,82±4,5	27,7±3,35
Друга (стаціонар)	30,3±3,8	29,9±4,31

Примітка. * – достовірність показників $p < 0,05$.

У першій групі кількість пацієнтів, які досягли цільового рівня ІМТ, на початку дослідження становила 12 %, в другій – 9 %. Через шість тижнів в першій групі цільового рівня досягли 17 %, в другій – 10 %. У першій групі показник ІМТ покращився в 1,4 раза, в другій – в 1,1 раза (табл. 3).

Було виявлено, що в першій групі кількість пацієнтів, які досягли цільового відсотка жиру в організмі, на початку дослідження становила 13 %, в другій – 11 %. Через шість тижнів у першій групі цільового рівня досягли 20 %, у другій – 11,5 %. У першій групі показник ІМТ покращився в 1,5 раза, в другій залишився без змін.

Таблиця 3. Відсоток жиру в організмі на початку дослідження та через шість тижнів у хворих на ІХС

Група	Відсоток жиру в організмі на початку дослідження, %	Відсоток жиру в організмі через шість тижнів, %
Перша група (амбулаторія)	28,6±3,4	27,25±2,9*
Друга група (стаціонар)	28,7±2,4	28,2±2,2*

Примітка. * – достовірність показників $p < 0,05$.

При обчисленні АТ артеріальна гіпертензія першого ступеня була виявлена у 48 % усіх обстежуваних (38 чоловік), АГ другого ступеня – у 36 %, АГ третього ступеня – у 16 %.

Було виявлено (табл. 4), що на початку дослідження цільового рівня за показником САТ у першій групі досягли 45 % хворих, в другій – 54 %. Через шість тижнів в першій групі цільового рівня

Таблиця 4. АТ на початку дослідження і через шість тижнів профілактики у хворих на ІХС

Група	АТ на початку дослідження, мм рт. ст.		АТ через 6 тижнів, мм рт. ст.	
	САТ	ДАТ	САТ	ДАТ
Перша група (амбулаторія)	148,25±11,7	94±6,9	144,5±11,2	91,75±6,3
Друга група (стаціонар)	146,6±14,3*	91,3±8,8*	138,3±6,6*	86,3±6,1*

Примітка. * – достовірність показників $p < 0,05$.

досягли 62 %, в другій – 84 %. У першій групі показник САТ покращився в 1,37 раза, в другій – в 1,55 раза.

На початку дослідження цільового рівня за показником ДАТ у першій групі досягли 48 % хворих, в другій – 63 %. Через шість тижнів в першій групі цільового рівня досягли 55 %, в другій – 82 %. У першій групі показник ДАТ покращився в 1,31 раза, в другій – в 1,49 раза.

З наведених даних (табл. 5) вбачається, що через шість тижнів у першій групі цільового рівня досягли 36 %, в другій – 45 %. У першій групі показник ХС ЛПНЩ покращився в 2 рази, в другій в 2,25 раза.

Таблиця 5. Рівень ХС ЛПНЩ крові (ммоль/л) на початку дослідження та через шість тижнів у хворих на ІХС

Група	Показник	
	ХС ЛПНЩ на початку дослідження	ХС ЛПНЩ через шість тижнів
Перша група (амбулаторія)	2,61±0,49	2,3±0,5
Друга група (стаціонар)	2,3±0,42	2,01±0,24*

Примітка. * – достовірність показників $p < 0,05$.

Загалом досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ у першій групі становило 54 %, тоді як досягнення рівня ХС ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л – 84 %. Під час лікування показники покращилися в 1,55 раза. В другій групі ці показники відповідно становили 55 % і 82 %. Під час лікування показники в другій групі покращилися в 1,49 раза.

Було виявлено (табл. 6), що в першій групі хворі, які курили, становили 35 %, в другій – 28 %.

Таблиця 6. Зміна частоти куріння на початку дослідження та через шість тижнів у хворих на ІХС (сигарет на добу)

Група	Показник	
	ХС ЛПНЩ на початку дослідження	ХС ЛПНЩ через шість тижнів
Перша група (амбулаторія)	24,2±3,9	18,4±2,4*
Друга група (стаціонар)	26±4,47	16,4±2,07*

Примітка. * – достовірність показників $p < 0,05$.

За час дослідження ніхто не відмовився від куріння, ні в першій, ні в другій групі. В першій групі кількість вичурених сигарет на день в середньому зменшилася на 6, у другій – на 10 штук.

Куріння однаково погано піддавалося модифікації на первинному і на вторинному рівнях надання допомоги при вторинній профілактиці ІХС.

Було виявлено (табл. 7), що на початку дослідження в першій групі помірною фізичною активністю пацієнти займалися в середньому протягом 86 хвилин на тиждень, через шість тижнів – 130 хвилин. Тривалість фізичної активності в першій групі зросла в 1,5 раза. В другій групі на початку дослідження помірною фізичною активністю пацієнти займалися в середньому протягом 80 хвилин на тиждень, через шість тижнів – 98 хвилин. Тривалість фізичної активності в другій групі зросла в 1,2 раза.

Висновки

1. При спостереженні пацієнтів з ІХС сімейним лікарем такі фактори як ІМТ, відсоток жиру, рівень фізичної активності в організ-

Таблиця 7. Рівень фізичної активності у хворих на ІХС на початку дослідження та через шість тижнів (хвилин)

Група	Показник	
Перша (амбулаторія)	86±8,8	130,25±20,7*
Друга (стаціонар)	80,4±11,1	98,2±10,7*

Примітка. * – достовірність показників $p < 0,05$.

мі через 6 тижнів краще піддаються модифікації, ніж на вторинній ланці надання допомоги.

2. При спостереженні пацієнтів з ІХС на вторинній ланці надання допомоги такі фактори як АТ, ХС ЛПНЩ через 6 тижнів краще піддаються модифікації, ніж на первинній ланці надання допомоги.

3. Такий фактор як куріння однаково погано піддається модифікації і на первинному, і на вторинному рівні надання допомоги.

Практичні рекомендації

1. При спостереженні пацієнтів з ІХС сімейним лікарем рекомендовано більш жорстко контролювати досягнення цільових рівнів АТ, ХС ЛПНЩ.

2. При спостереженні на вторинній ланці надання допомоги потрібно більше уваги приділяти рекомендаціям з модифікації способу життя.

3. Рекомендовано проводити інтенсивнішу боротьбу з курінням на первинному і на вторинному рівнях надання допомоги.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

1. Барна О. М. Приєднуйся до місії здоров'я і профілактики старіння. Питання не в тому, як ДОВОГО жити – а як жити довго / О. М. Барна // Мистецтво лікування. – 2014. – № 7–8. – С. 30–33.
2. Primary prevention of cardiovascular diseases: a cost study in family practices / E. W. D. Bekker-Grob, S. V. Dulmen, M. V. D. Berg [et al.] // B. M. C. Fam. Pract. – 2011. – Vol. 12. – P. 69–74.
3. General practitioners' use of different cardiovascular risk assessment strategies: a qualitative study / C. Bonner, J. Jansen, S. McKinn [et al.] // Med. J. Aust. – 2013. – Vol. 199. – P. 485–489.
4. Brown T. M. Drugs are not enough: metabolic syndrome—a call for intensive therapeutic lifestyle change / T. M. Brown, B. K. Sanderson, V. Bittner // J. Cardiometab. Syndr. – 2009. – Vol. 4. – P. 20–25.
5. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170000 participants in 26 randomised trials // Lancet. – 2010. – Vol. 376. – P. 1670–1681.
6. Cramm J. M. Relational coordination promotes quality of chronic-care delivery in Dutch disease-management programs / J. M. Cramm, A. P. Nieboer // Health Care Manag. Rev. – 2011. – Vol. 37. – P. 301–309.
7. Dietz H. C. TGF-beta in the pathogenesis and prevention of disease: a matter of aneurysmic proportions / H. C. Dietz // J. Clin. Invest. – 2010. – Vol. 120. – P. 403–407.
8. Shared decision making: a model for clinical practice / G. Elwyn, D. Frosch, R. Thomson [et al.] // J. Gen. Intern. Med. – 2012. – Vol. 27. – P. 1361–1367.
9. Growing epidemic of coronary heart disease in low- and middle-income countries / T. A. Gaziano, A. Bitton, S. Anand [et al.] // Curr. Probl. Cardiol. – 2010. – Vol. 35. – P. 72–115.
10. Halvorsen P. A. Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? / P. A. Halvorsen, S. Steinert, I. J. Aaraas // Scand. J. Prim. Health Care. – 2012. – Vol. 30. – P. 229–233.
11. Barriers to cardiovascular disease risk scoring and primary prevention in Europe / F. D. R. Hobbs, J. W. Jukema, P. M. Da Silva [et al.] // Q. J. M. – 2010. – 103. – P. 727–739.
12. Evaluation of newer risk markers for coronary heart disease risk classification: a cohort study / M. Kavousi, S. E. Elias-Smale, J. H. W. Rutten [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2012. – Vol. 156. – P. 438–444.

13. Comparison of application of the ACC/AHA guidelines, Adult Treatment Panel III guidelines, and European Society of Cardiology guidelines for cardiovascular disease prevention in a European cohort / M. Kavousi, M. J. G. Leening, D. Nanchen [et al.] // *J.A.M.A.* – 2014. – Vol. 311. – P. 1416–1423.
14. Recording of risk-factors and lifestyle counselling in patients at high risk for cardiovascular diseases in European primary care / S. Ludt, D. Petek, G. Laux [et al.] // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2012. – Vol. 19. – P. 258–266.
15. Blood pressure targets recommended by guidelines and incidence of cardiovascular and renal events in the Ongoing Telmisartan Alone and in Combination With Ramipril Global Endpoint Trial (ONTARGET) / G. Mancia, H. Schumacher, J. Redon [et al.] // *Circulation.* – 2011. – Vol. 124. – P. 1727–1736.
16. Do family physicians advice younger people on cardiovascular disease prevention? A cross-sectional study from Slovenia / D. Petek, R. Platinovsek, Z. Klemenc-Ketis, J. Kersnik // *B. M. C. Fam. Pract.* – 2013. – Vol. 14. – P. 82–89.
17. ESC guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD) / L. Rydén, P. J. Grant, S. D. Anker [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2013. – Vol. 34. – P. 3035–3087.
18. Predictors of omega-3 index in patients with acute myocardial infarction / A. C. Salisbury, A. P. Amin, W. S. Harris [et al.] // *Mayo Clin. Proc.* – 2011. – Vol. 86. – P. 626–632.
19. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies / N. Sarwar, P. Gao, S. R. Seshasai [et al.] // *Lancet.* – 2010. – Vol. 375. – P. 2215–2222.
20. AHA/ACC secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update / S. C. Smith, E. J. Benjamin, R. O. Bonow [et al.] // *Circulation.* – 2011. – Vol. 124. – P. 2458–2473.
21. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices / J. Szecsenyi, S. Campbell, B. Broge [et al.] // *C. M. A. J.* – 2011. – Vol. 183. – P. E1326–E1333.
22. Presenting quantitative information about decision outcomes: a risk communication primer for patient decision aid developers / L. J. Trevena, B. J. Zikmund-Fisher, A. Edwards [et al.] // *B. M. C. Med. Informatics Decis. Making.* – 2013. – Vol. 13 (suppl 2). – P. S7–16.
23. What are effective strategies to communicate cardiovascular risk information to patients? A systematic review / C. A. Waldron, T. V. D. Weijden, S. Ludt [et al.] // *Patient Educ. Couns.* – 2011. – Vol. 82. – P. 169–181.
24. Lifetime risk and years lived free of total cardiovascular disease / J. T. Wilkins, H. Ning, J. D. Berry [et al.] // *J.A.M.A.* – 2012. – Vol. 308. – P. 1795–1801.

Summary

Overall results of own clinical investigations of the achieving of the target levels of main risk factors of ischemic heart disease

V. M. Rudichenko, O. M. Barna, Ya. V. Korost

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Object of investigation – patients with ischemic heart disease, who were upon family physician monitoring at primary level of medical care and patients with ischemic heart disease, who were upon monitoring at secondary level of medical care at therapeutic department.

Objectives – to investigate the efficiency of the achieving of the target levels of main risk such factors as body mass index, body fat percentage, arterial pressure level, as well as low density lipoprotein cholesterol in the blood, changes of smoking rate during the treatment and changes of physical activity in patients with ischemic heart disease upon family physician monitoring and at secondary level of medical care.

As a **result** it was found, that upon the family physician monitoring of the patients with ischemic heart disease such risk-factors as the BMI, body fat percentage, level of physical activity after 6 weeks were modified better, than at secondary level. Upon monitoring of the patients with ischemic heart disease at secondary level of medical care such factors as blood pressure, low density lipoprotein cholesterol after 6 weeks is better modifiable, than at primary level of medical care. Such factor as smoking rate is modifiable equally bad either at primary level of medical care, or secondary level of medical care.

Conclusions. When monitoring patients with coronary heart disease, the family physician is advised to monitor more closely the achievement of target levels of blood pressure, LDL cholesterol and smoking cessation.

Key words: ischemic heart disease, body mass index, arterial pressure, level of physical activity, low density lipoprotein cholesterol, smoking, primary medical care