

Antrinė išeminės širdies ligos profilaktika persirgus miokardo infarktu (medikamentinio gydymo įvertinimas remiantis anketinės apklausos duomenimis)

Irena Milvidaitė, Dalia Lukšienė, Birutė Šlapikienė, Marija Rūta Babarskienė¹, Valdas Liukaitis²,
Romus Mačiulaitis², Edmundas Kaduševičius², Rugilė Pilvinienė²
Kauno medicinos universiteto Kardiologijos institutas, ¹Kardiologijos klinika,
²Teorinės ir klinikinės farmakologijos katedra

Raktažodžiai: miokardo infarktas, antrinė išeminės širdies ligos profilaktika, medikamentinis gydymas.

Santrauka. Tyrimo tikslas. Įvertinti persirgusiųjų miokardo infarktu ambulatorinio laikotarpio medikamentinio gydymo kokybę remiantis anketinės apklausos duomenimis.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai. Tirtųjų kontingentą sudarė 985 ligoniai (51 proc. – Kauno m. gyventojai, likusieji – gyvenantys kituose Respublikos regionuose), gydyti 2004 m. KMUK Kardiologijos klinikoje dėl ūminio miokardo infarkto. Praėjus metams po stacionarinio gydymo, paštu išsiuntėme buvusiems ligoniams apklausos anketą, kurioje buvo prašoma atsakyti į klausimus apie sveikatos būklę ir išvardinti ambulatoriniu laikotarpiu vartotus vaistus. Užpildytas anketas atsiuntė 514 pacientų. Vidutinis laikotarpis nuo ūminio miokardo infarkto pradžios iki anketos užpildymo – 13,8±3,2 mėnesio. Remdamiesi anketos duomenimis, nustatėme keturių pagrindinių vaistų grupių, rekomenduojamų antrinei širdies ir kraujagyslių ligų profilaktikai: beta adrenoblokatorių, angiotenziną konvertuojančio fermento slopiklių, antitrombozinių vaistų, statinų vartojimo dažnumą ir pacientų pasiskirstymą pagal vartojamų vaistų skaičių bei jų derinius.

Rezultatai. Beta adrenoblokatoriai, angiotenziną konvertuojančio fermento slopikliai ir antitromboziniai vaistai buvo dažniausiai vartojamos vaistų grupės (76, 74 ir 76 proc. pacientų, atitinkamai). Statinus vartojo tik 30 proc. tirtųjų. Pagal vartojamų pagrindinių vaistų skaičių pacientai pasiskirstė taip: vieną vaistą vartojo 12,1 proc., du – 24,1 proc., tris – 36,8 proc., keturis – 19,8 proc. pacientų. Nė vieno pagrindinio vaisto nevartojo 7,2 proc. tiriamųjų. Dažniausiai vartojamas dviejų vaistų derinys buvo beta adrenoblokatorius ir angiotenziną konvertuojančio fermento slopiklis – 40,3 proc. pacientų. Dviejų vaistų derinius, kurio vienas buvo statinas, vartojo tik keletas (1,6 proc.) pacientų. Dažniausiai (77,8 proc. tiriamųjų) vartojamas trijų vaistų derinys buvo beta adrenoblokatorius, angiotenziną konvertuojančio fermento slopiklis ir antitrombozinis vaistas. Kiti vaistų deriniai su statinu buvo vartojami retai (10,0–5,3 proc.).

Išvados. Įvertinę mūsų atlikto tyrimo duomenis galime teigti, jog beta adrenoblokatoriai, angiotenziną konvertuojančio fermento slopikliai ir antitromboziniai vaistai buvo dažnai (maždaug 75 proc.) vartojami persirgusiųjų miokardo infarktu. Be to, šių vaistų derinį vartojo daugiausia pacientų. Statinų vartojimas buvo nepakankamas, todėl šiai problemai spręsti turėtų būti skiriamas didesnis sveikatos apsaugos institucijų dėmesys.

Įvadas

Išeminė širdies liga (IŠL) išlieka dažniausia mirties priežastimi Europoje, JAV ir Australijoje (1, 2). IŠL yra pagrindinė vidutinio amžiaus Lietuvos gyventojų mirties priežastis širdies ir kraujagyslių sistemos ligų struktūroje. Lietuvoje nuo IŠL 2005 metais mirė 12,5 tūkst. žmonių, nuo miokardo infarkto (MI) – 1,5 tūkst.

žmonių. Lietuvoje ir kitose Rytų Europos šalyse mirtingumas nuo IŠL pastaraisiais dešimtmečiais didėjo. Tik dabar kai kuriose Rytų Europos šalyse, pvz., Lenkijoje, Čekijoje, Vengrijoje pastebėta mirtingumo nuo pagrindinių širdies ir kraujagyslių ligų mažėjimo tendencija (3, 4). Tuo tarpu nuo 1980 m. daugelyje išsivysčiusių Europos šalių mirtingumas nuo IŠL

sumažėjo perpus. Tyrimai, atlikti JAV ir Europoje, parodė, kad 50–75 proc. mirtingumo nuo IŠL sumažėjimą galima paaiškinti tuo, kad visuomenėje žymiai sumažėjo svarbiausių IŠL rizikos veiksnių, ypač rūkymo, hipercholesterolemijos ir arterinės hipertenzijos (2, 5, 6). Šiuolaikiniai gydymo metodai, kaip trombolizė, aspirino, angiotenziną konvertuojančio fermento (AKF) slopiklių, statinų, beta adrenoblokatorių (BB) vartojimas, širdies revaskulizacijos operacijos paaiškina kitą dalį (25–50 proc.) mirtingumo sumažėjimo nuo IŠL (2, 6, 7).

Rizikos veiksnių mažinimas yra vienas pagrindinių IŠL gydymo strategijos komponentų. Svarbu mažinti ir sveikų žmonių, ir pacientų, kuriems jau pasireiškia IŠL simptomų, rizikos veiksnius (pirminė ir antrinė profilaktika) (2, 7). Kitas ne mažiau svarbus antrinės profilaktikos komponentas – medikamentinis gydymas. Nustatyta, kad sergantiesiems IŠL, vartojantiems kiekvieną iš pagrindinių vaistų (aspiriną, BB, AKF slopiklį ar statiną), naujų išeminių įvykių sumažėja ketvirtadaliu, o vartojantiems jų derinius – iki trijų ketvirtadalių (8–10).

Šio darbo tikslas – įvertinti persirgusių MI ambulatorinio laikotarpio medikamentinio gydymo ypatybes remiantis anketinės apklausos duomenimis.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

Tiriamųjų kontingentą sudarė 985 ligoniai, gydyti 2004 m. KMUK Kardiologijos klinikoje dėl ūminio MI, gyvenantys įvairiuose Respublikos regionuose. Praėjus metams po stacionarinio gydymo, jiems paštu buvo išsiųstos apklausos anketos, kuriose buvo prašoma atsakyti į klausimus apie sveikatos būklę ir išvardyti ambulatoriniu laikotarpiu vartojamus vaistus. Užpildytas anketas atsiuntė 514 ligonių. Vidutinis laikotarpis nuo ūminio MI iki anketos užpildymo buvo $13,8 \pm 3,2$ mėnesio.

Remdamiesi anketos duomenimis, nustatėme keturių pagrindinių vaistų grupių: BB, AKF slopiklių, antitrombozinių vaistų, statinų vartojimo dažnumą ir pacientų pasiskirstymą pagal vartojamų vaistų skaičių bei jų derinius.

Rezultatai

Klinikinė ligonių charakteristika ūminio MI laikotarpiu stacionare pateikiama pirmoje lentelėje.

Vidutinis tiriamųjų amžius buvo $64,5 \pm 11,8$ metų. Vyrų sudarė 62,6 proc. visų tiriamųjų. Dauguma (76,0 proc.) ligonių sirgo arterine hipertenzija, 15,8 proc. – cukriniu diabetu. Dislipidemija nustatyta didžiajai daliai tiriamųjų: mažo tankio lipidų cholesterolio $\geq 3,0$

mmol/l nustatyta 70,4 proc. ligonių. Ketvirtadalis ligonių buvo persirgę MI. Daugiau kaip pusei (52,3 proc.) sirgusiųjų diagnozuotas Q bangos MI, likusiems – ne Q bangos MI. Širdies nepakankamumas, ištikus MI, daugumai (84,2 proc.) ligonių buvo Kilipo II klasės. Širdies revaskulizacija anksčiau buvo atlikta nedidelei daliai ligonių, o ištikus MI, perkutaninė transluminalinė vainikinių arterijų angioplastika (PTVAA) atlikta 39,9 proc., aortos–vainikinių arterijų jungties operacija (AVJO) – 19,8 proc. ligonių.

Širdies ir kraujagyslių ligoms gydyti vartojamų vaistų grupių vartojimo dažnis, praėjus vieneriems metams po MI, pateikiamas pirmame paveiksle.

BB, AKF slopikliai ir antitromboziniai vaistai buvo dažniausiai vartojamos vaistų grupės (apie trys ketvirtadaliai pacientų). Didžiąją dalį antitrombozinių vaistų sudarė aspirinas (69,9 proc.), likusių – varfarinas ir klopidoogrelis. Statinus vartojo tik 30 proc. tiriamųjų. Iš likusių vaistų, kurių nepriskyrėme pagrindiniams, nitratus vartojo apie trečdalis, diuretikus, antiaritminius vaistus, kalcio kanalų blokatorius – mažiau kaip 20 proc. pacientų.

Pacientų pasiskirstymas pagal vartojamų pagrindinių vaistų skaičių pateikiamas antrame paveiksle.

Daugiausia pacientų (36,8 proc.) vartojo trijų vaistų derinius, ketvirtadalis (24,1 proc.) – dviejų ir tik penktadalis – keturių vaistų derinį. Nė vieno pagrindinio vaisto nevartojo 7,2 proc. tiriamųjų.

Dažniausiai vartojamas dviejų vaistų derinys buvo BB ir AKF slopiklis – 40,3 proc. pacientų (2 lentelė).

Trečdalis vartojančiųjų du vaistus vartojo BB ir antitrombozinių vaistų derinį, ketvirtadalis – AKF slopiklių ir antitrombozinių vaistų derinį. Dviejų vaistų derinius, kurio vienas buvo statinas, vartojo tik keletas (1,6 proc.) pacientų. Pacientų pasiskirstymas pagal trijų pagrindinių vaistų derinius pateikiamas trečioje lentelėje.

Dauguma (77,8 proc.) pacientų vartojo BB, AKF slopiklių ir antitrombozinių vaistų derinį. Likę vaistų deriniai su statinu buvo vartojami palyginus retai (10,0–5,3 proc.).

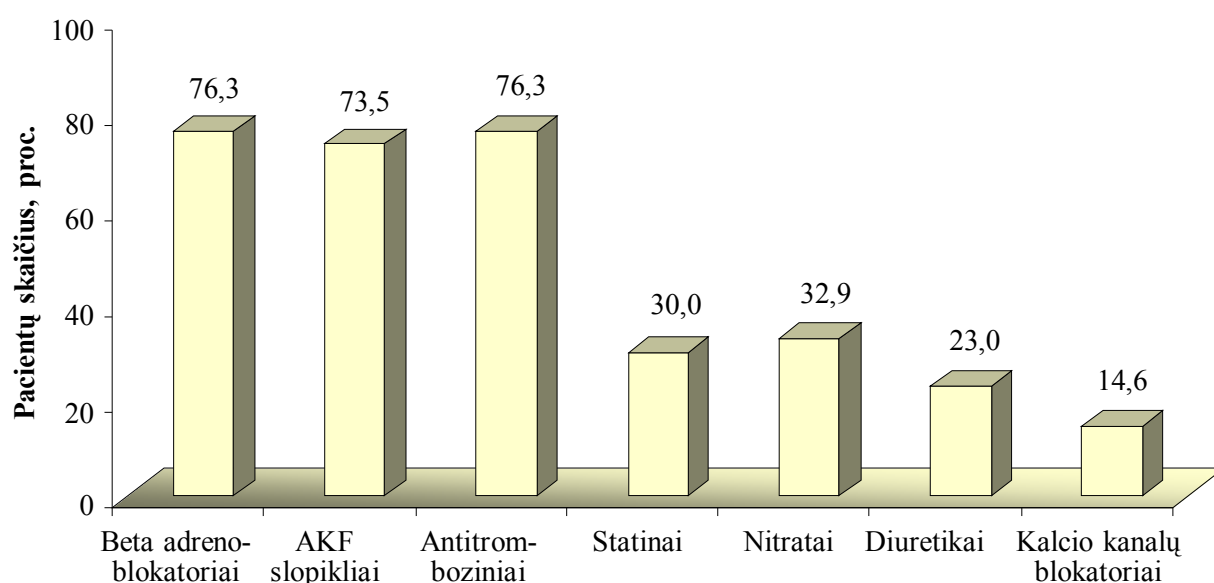
Aptarimas

Tirtųjų kontingentas buvo iš įvairių Respublikos regionų. Tai vienerių metų laikotarpiu dėl ūminio MI hospitalizuoti vyrai ir moterys neatsižvelgiant į jų amžių ir gretutines ligas, todėl galima teigti, kad tyrimo duomenys atspindi persirgusiųjų MI medikamentinio gydymo situaciją Lietuvoje. Remiantis stacionarinio laikotarpio duomenimis, mūsų tiriamieji priklausė didelės rizikos grupei, nes didžioji tiriamųjų dalis sirgo arterine hipertenzija, jiems nustatyta dislipidemija,

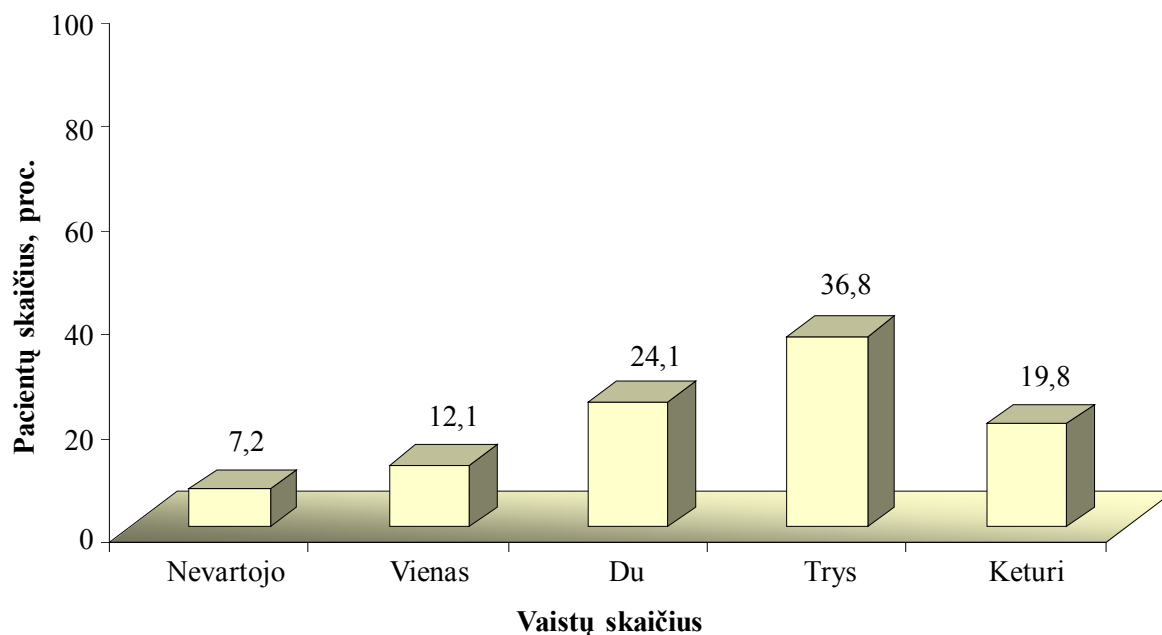
1 lentelė. Klinikinė pacientų charakteristika

| Klinikiniai rodmenys | | Pacientai (n=514) | |
|--|--------------|-------------------|-------|
| | | n | proc. |
| Vidutinis amžius | | 64,5±11,8 m. | |
| Vyrų | | 322 | 62,6 |
| Arterinė hipertenzija | | 391 | 76,0 |
| Cukrinis diabetas | | 81 | 15,8 |
| Dislipidemija (mmol/l): | Bchol ≥5,0 | 342 | 66,5 |
| | MTLchol ≥3,0 | 362 | 70,4 |
| | DTLchol <1,0 | 161 | 31,3 |
| | TG >2,0 | 145 | 28,2 |
| Persirgęs miokardo infarktas | | 126 | 24,5 |
| Anksčiau atlikta širdies revaskulizacija | PTVAA | 33 | 6,4 |
| | AVJO | 30 | 5,8 |
| Ūminis miokardo infarktas | Q bangos | 269 | 52,3 |
| | ne Q bangos | 245 | 47,7 |
| Širdies nepakankamumas (Killip klasė) | 1 | 19 | 3,7 |
| | 2 | 433 | 84,2 |
| | 3–4 | 62 | 12,1 |
| Vainikinių arterijų stenozė >70 proc. | vienos | 183 | 35,6 |
| | dvių | 132 | 25,7 |
| | trių | 99 | 19,2 |
| Širdies revaskulizacija po ūminio miokardo infarkto (2 mėn. laikotarpiu) | PTVAA | 205 | 39,9 |
| | AVJO | 102 | 19,8 |

PTVAA – perkutaninė transluminalinė vainikinių arterijų angioplastika; AVJO – aortos–vainikinių arterijų jungties operacija; Bchol – bendrasis cholesterolis; MTLchol – mažo tankio lipoproteinų cholesterolis; DTLchol – didelio tankio lipoproteinų cholesterolis; TG – trigliceridai.



1 pav. Vaistų grupių vartojimo dažnis



2 pav. Pacientų pasiskirstymas pagal vartojamų pagrindinių vaistų skaičių

2 lentelė. Pacientų, vartojančių du pagrindinius vaistus, pasiskirstymas pagal vaistų derinius

| Vaistų deriniai | Pacientai (n=124) | |
|--|-------------------|-------|
| | n | proc. |
| Beta adrenoblokatoriai ir AKF slopikliai | 50 | 40,3 |
| Beta adrenoblokatoriai ir antitromboziniai | 38 | 30,6 |
| AKF slopikliai ir antitromboziniai | 30 | 24,2 |
| AKF slopikliai ir statinai | 2 | 1,6 |
| Beta adrenoblokatoriai ir statinai | 2 | 1,6 |
| Antitromboziniai ir statinai | 2 | 1,6 |

AKF – angiotenziną konvertuojantis fermentas.

3 lentelė. Pacientų, vartojančių tris pagrindinius vaistus, pasiskirstymas pagal vaistų derinius

| Vaistų deriniai | Pacientai (n=189) | |
|--|-------------------|-------|
| | n | proc. |
| Beta adrenoblokatoriai + AKF slopikliai + antitromboziniai | 147 | 77,8 |
| Beta adrenoblokatoriai + AKF slopikliai + statinai | 19 | 10,0 |
| Beta adrenoblokatoriai + antitromboziniai + statinai | 13 | 6,9 |
| AKF slopikliai + antitromboziniai + statinai | 10 | 5,3 |

AKF – angiotenziną konvertuojantis fermentas.

beveik visiems nustatyta ūminio širdies nepakankamumo žymenų, daugiau kaip pusei (59,7 proc.) nustatyta hemodinamiškai reikšminga vainikinių arterijų stenozė.

Daugelio klinikinių tyrimų, Amerikos ir Europos kardiologų draugijų nuorodų duomenimis, persirgusių MI prognozę gerina pagrindinių vaistų: BB, AKF

slopiklių, aspirino ir statinų vartojimas (11–16). Europos kardiologų suvažiavime, Vienoje, 2003 m. buvo išsakyta mintis, jog tikslinga sukurti „profilaktinę IŠL piliulę“, kurią sudarytų būtent šie keturi vaistai. Įvertinę atskirai kiekvieno šių vaistų vartojimo dažnį, nustatėme, kad BB, AKF slopiklius ir aspiriną bei kitus

antitrombozinius vaistus vartojo apie trys ketvirtadaliai mūsų tirtųjų. Statinai buvo vartojami daug rečiau – tik 30 proc. atvejų. Palyginus šiuos duomenis su analogišku tiriamajam kontingento ambulatoriniu gydymu Lietuvoje 1997–1998 m., paaiškėjo, kad 2005 m. pacientai kiek dažniau, bet statistiškai nereikšmingai vartojo BB (64,1 proc. ir 76,3 proc.) ir AKF slopiklius (64,1 proc. ir 73,5 proc.), o aspirino vartojimo dažnis nesiskyrė (17). Šio tyrimo duomenis palyginome su 15 Europos šalių analogiško tyrimo duomenimis, kurie apibendrino 8181 pacientų, sergančių IŠL, medikamentinį gydymą 1999–2000 metais (18). Praėjus vidutiniškai 14 mėn. po stacionarinio gydymo, Europos gyventojų vartojamų antitrombozinių vaistų skaičius buvo panašus (85,9 proc.). Europos gyventojai vartojo mažiau BB (62,9 proc. ir 76,3 proc.) ir AKF slopiklių (38 proc. ir 73,5 proc.) nei mūsų tiriamieji, o lipidų koncentraciją mažinančių – dukart dažniau (60,8 proc. ir 30,0 proc.). Mažesnę BB ir AKF slopiklių vartojimą galima paaiškinti tuo, kad lyginamajame tiriamųjų kontingente ne visi ligoniai buvo persirgę MI ir mažiau jų sirgo arterine hipertenzija. Panašūs duomenys pateikiami ir Europos stabiliosios krūtinės anginos gydymo apžvalgoje – statinus vartojo daugiau (48 proc.) pacientų (19).

Gydant pacientus, persirgusius MI, svarbu racionalus pagrindinių vaistų derinių parinkimas, užtikrinantis atskirų IŠL sindromų stabilizavimą ir regresiją. Mūsų tyrimo duomenimis, pagrindinių vaistų derinius vartojo 80,7 proc. ligonių. Trijų vaistų derinį vartojo dau-

giausia – 36,8 proc., kiti vaistų deriniai buvo retesni. Vaistų derinių analizė parodė, kad dviejų vaistų derinys dažniausiai buvo BB ir AKF slopiklis, o trijų vaistų – BB, AKF slopiklis ir antitrombozinis vaistas. Dviejų ar trijų vaistų derinius, kurių sudėtyje buvo statinas, vartojo tik labai maža tiriamųjų dalis. Anketinės apklausos metu neturėjome galimybės patikslinti lipidų koncentracijos, tačiau, remiantis stacionaro duomenimis, statinai būtų indikuotini apie 70 proc. tiriamųjų. Statinų sukeltami nepageidaujami reiškiniai, kaip ryškus raumenų pažeidimas ar kepenų fermentų padidėjimas, palyginti reti (apie 1 proc. ir 0,5–2,0 proc., atitinkamai) (20), todėl jie negalėjo sąlygoti mažo statinų vartojimo dažnio. Ši reiškinį daugiausia galėjo nulemti tai, kad statinai palyginus brangūs, o 2005 m. ligonių kasų jie buvo kompensuojami tik pusę metų po MI. Be to, lipidų koncentracijos tyrimai, be kurių negalima dislipidemijos korekcija, yra finansiškai ribojami tiek pirminėje, tiek aukštesnio lygio sveikatos priežiūros grandyse.

Išvados

Įvertinus šio tyrimo duomenis, galima teigti, kad beta adrenoblokatoriai, angiotenziną konvertuojančio fermento slopikliai ir antitromboziniai vaistai buvo dažnai (maždaug 75 proc.) vartojami persirgusiųjų MI, ir jų derinį vartojo daugiausia pacientų. Statinų vartojimas buvo nepakankamas, todėl šios problemos sprendimui turėtų būti skiriamas didesnis sveikatos apsaugos institucijų dėmesys.

Secondary prevention of ischemic heart disease: pharmacological treatment after myocardial infarction according to follow-up protocol

Irena Milvidaitė, Dalia Lukšienė, Birutė Šlapikienė, Marija Rūta Babarskienė¹, Valdas Liukaitis², Romas Mačiulaitis², Edmundas Kaduševičius², Rugilė Pilvinienė²

Institute of Cardiology, ¹Clinic of Cardiology,

²Department of Theoretical and Clinical Pharmacology, Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: myocardial infarction; secondary prevention of ischemic heart disease; pharmacological treatment.

Summary. *The aim of this work* was to assess the quality of pharmacological treatment in patients within one year after acute myocardial infarction.

Material and methods. We performed a prospective survey of 985 consecutive patients with acute myocardial infarction who were treated in the Clinic of Cardiology of Kaunas University of Medicine Hospital in 2004. About half of patients were hospitalized from different regions of Lithuania. According to the follow-up protocol, an information on 514 patients and their used treatment within 13.8±3.2 months after myocardial infarction were collected by letter with questionnaire.

Results. Beta-adrenoblockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and antithrombotic drugs were the most drug used (76%, 74%, and 76%, respectively) in patients following myocardial infarction. Most of the patients used a three-drug combination (36.8%), more rarely – two-drug (24.1%) or four-drug complex

(19.8%). One drug was used only in 12.1% of cases; 7.2% of patients did not use any cardiac drugs. Beta-adrenoblocker with angiotensin-converting enzyme inhibitor was the most common (40.3%) used drug combination in patients on two drug complex. The combination of beta-adrenoblocker, angiotensin-converting enzyme inhibitor, and antithrombotics was more frequently used in patients on three drug complex. The combination of two or three cardiac drugs with statin was used in several cases (1.6–10.3%).

Conclusions. These findings underscore that the use of beta-adrenoblockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and antithrombotics was high (about 75%) in patients during the first year after myocardial infarction, and the combination of these three drugs was used more commonly. The discordance between existing guidelines for statin use after myocardial infarction and current practice was determined in patients following myocardial infarction.

Correspondence to I. Milvidaitė, Institute of Cardiology, Kaunas University of Medicine, Sukilėlių 17, 50161 Kaunas, Lithuania. E-mail: irena.milvidaite@kmuk.lt

Literatūra

1. British Heart Foundation Statistics Database. Coronary heart disease statistics, 2006. Available from: URL: <http://www.heartstats.org/>
2. Unal B, Critchley JA, Capewell S. Modelling the decline in coronary heart disease deaths in England and Wales, 1981–2000: comparing contributions from primary prevention and secondary prevention. *BMJ* 2005;331:614.
3. Radišauskas R, Rastenytė D, Bernotienė G, Šopagienė D, Jančaitytė L. Morbidity and mortality from the major cardiovascular diseases in Kaunas population from 1983 to 2002. *Medicina (Kaunas)* 2003;39(12):1208-14.
4. Zatonski W, Jha P. The health transformation in Eastern Europe after 1990: a second look. Warsaw: The M. Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology; 2000. p. 78.
5. Hunink MG, Goldman L, Tosteson AN, Mittleman MA, Goldman PA, Williams LW, et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980–1990: the effect of secular trends in risk factors and treatment. *JAMA* 1997;277:535-42.
6. Unal B, Critchley J, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in England and Wales, 1981–2000. *Circulation* 2004;109:1101-7.
7. US Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. Vol 1: Understanding and improving health; Objectives for improving health. Washington, DC: Government Printing Office; 2000.
8. Mendis S, Abegunde D, Yusuf S, Ebrahim S, Shaper G, Ghanem H, et al. WHO study on Prevention of REcurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHO-PREMISE). *Bull World Health Organ* 2005;83(11):820-9.
9. Yusuf S. Two decades of progress in preventing vascular disease. *Lancet* 2002;360:2-3.
10. Wald NJ, Law MR. A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%. *BMJ* 2003;326:1419.
11. Gheorghiadu M, Goldstein S. Blockers in the post-myocardial infarction patients. *Circulation* 2002;106:394-8.
12. Schoelkens BA, Landgraf W. ACE inhibition and atherosclerosis. *Can J Physiol Pharmacol* 2002;80:354-9.
13. Patrono C, Bachmann F, Baigent C, Bode C, De Caterina R, Charbonnier B, et al. Expert consensus document on the use of antiplatelet agents. The task force on the use of antiplatelet agents in patients with atherosclerotic cardiovascular disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2004;25:166-81.
14. Grundy SM, Cleeman JI, Bairey Merz CN, Brewer HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the national cholesterol education program adult treatment panel III guidelines. *Circulation* 2004;110:227-39.
15. Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint task Force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2003;24:1601-16.
16. Smith SC Jr, Allen J, Blair SN, Bonow RO, Brass LM, Fonarow GC, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung and Blood Institute. *Circulation* 2006;113(19):2363-74.
17. Babarskienė MR, Žaliūnas R, Lukšienė D, Šlapikienė B, Stankevičienė A. Ūminių išeminių sindromų gydymas vienerių metų laikotarpiu. (Use of intervention treatment and drug therapies in patients with acute coronary syndromes.) *Kardiologijos seminarai* 2001;7(2):44-7.
18. EUROASPIRE II Study Group. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries. Principal results from EUROASPIRE II EuroHeart Survey Programme. *Eur Heart J* 2001;22:554-72.
19. Daly CA, Clemens F, Lopez Sendon JL, Tavazzi L, Boersma E, Danchin N, et al. The initial management of stable angina in Europe, from the EuroHeart Survey. A description of pharmacological management and revascularization strategies initiated within the first month of presentation to a cardiologist in the EuroHeart Survey of Stable Angina. *Eur Heart J* 2005;26:1011-22.
20. Pasternak RC, Smith SC, Bairey-Merz CN, Grundy SM, Cleeman JI, Lendant C. ACC/AHA/NHLBI clinical advisory on the use and safety of statins. *J Am Coll Cardiol* 2002;40(3):567-72.

Straipsnis gautas 2006 10 20, priimtas 2007 02 01
Received 20 October 2006, accepted 1 February 2007