

Ведення хворих через один рік після стентування коронарних артерій на амбулаторному етапі в умовах реальної клінічної практики

А.М. ЯНЧУК, Н.М. СИДОРОВА, А.А. ВОРОНКО

Українська військово-медична академія

Резюме.

Актуальність. Адекватне проведення лікувальних та профілактичних заходів у хворих, яким проводили стентування коронарних артерій, є запорукою кращого прогнозу, але наразі мало відомо про те, яке саме лікування такі хворі отримують в Україні у довгостроковій перспективі.

Матеріали та методи. Провели аналіз даних 40 хворих (30 після імплантації стентів із покриттям, що вивільняє лікарську речовину, та 10 – із металевими стентами без покриття) на момент госпіталізації, під час якої було проведене стентування, та через 1 рік після процедури. Контролювали загальний стан, дані обстеження, особливості лікування та клінічні наслідки впродовж року.

Результати. Визначено недостатнє лікування хворих через один рік після процедури стентування з використанням інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту, β -адреноблокаторів та статинів, триваліше за рекомендоване використання подвійної антитромбоцитарної терапії. Частота серцево-судинних подій впродовж року після процедури була незначною та співставною в обох групах.

Висновок. Роль сімейного лікаря у супроводженні хворого після стентування коронарних артерій в умовах реальної клінічної практики має бути посилена щодо контролю продовження лікування препаратами, які покращують прогноз хворого.

Ключові слова: стентування, стенти з покриттям, що вивільняє лікарські засоби, металеві стенти без спеціального покриття, реальна клінічна практика, тривале лікування.

На формування здоров'я населення України, як і більшості країн європейського регіону, вирішальний вплив має низка хронічних неінфекційних захворювань, зокрема хвороби системи кровообігу, внаслідок яких щорічно в Європі помирає більше 4 млн осіб, в Україні – близько 500 тис [1–3]. Україна посідає одне з перших місць в Європі за показниками смертності від хвороб системи кровообігу (459,48 випадки на 100 000 населення) [4, 5].

Ішемічна хвороба серця (ІХС) – найпоширеніша патологія в Україні. За період 2009–2013 рр. поширеність ІХС серед дорослого населення збільшилась

на 5,2%, а захворюваність зменшилася на 4% [4, 5]. За офіційною статистикою, у 2012 р. поширеність усіх форм ІХС серед дорослого населення України становить 24%, в тому числі стенокардії – близько 9%.

У лікуванні хворих на гострий коронарний синдром (ГКС) першочергове значення мають дві патофізіологічні стратегії – відновлення прохідності коронарної судини та запобігання утворенню тромба у місці дестабілізації атеросклеротичної бляшки [6, 7].

Впродовж останніх десятиліть в економічно розвинутих країнах світу відбувся значний прогрес у лікуванні ГКС, що, в свою чергу, призвело до суттєвого покращання прогнозу та підвищення тривалості життя пацієнтів. Одним із чинників, з яким пов'язані такі позитивні зрушення, є впровадження та вдосконалення нових методик лікування, зокрема перкутанного коронарного втручання (ПКВ) [7, 8]. Удосконалення методики та обладнання для ПКВ зумовило розширення показань щодо його застосування. Один із способів лікування ішемії при атеросклеротичному ураженні – стентування. Існують підстави щодо підвищеного ризику дуже пізнього тромбозу стенту і повторного інфаркту міокарда (ІМ) при використанні стентів з лікувальним покриттям порівняно з металевими стентами без покриття [9, 10]. Запобігання тромбоутворенню при ГКС, у тому числі під час та після ПКВ і процедури стентування, досягається завдяки використанню антитромбоцитарних та антитромботичних засобів. Серед антитромбоцитарних препаратів особливої уваги заслуговують ацетилсаліцилова кислота (АСК), клопідогрел, празугрел та тікагрелор [11–13]. Важливим для лікаря загальної практики є підхід до ведення хворих після ПКВ, зокрема імплантації стентів, що передбачає принаймні подвійну антитромбоцитарну терапію (ПАТ), тривалість якої визначають особливості втручання, зокрема тип стенту, що обумовило **мету** нашої роботи: на підставі ретроспективного аналізу проаналізувати лікування хворих на стаціонарному та амбулаторному етапі після виконаного стентування коронарних артерій із стентами, що вивільнюють лікарську речовину, та металічними стентами без покриття, визначити особливості лікування хворих у військових лікувальних закладах (ВЛЗ) та на підставі отриманих результатів надати рекомендації щодо оптимізації заходів із вторинної серцево-судинної профілактики.

Матеріали та методи

Відповідно до попередньо визначеного дизайну дослідження було заплановано набір хворих у таких підрозділах ВЛЗ: у відділенні кардіології та рентгенокардіоваскулярної хірургії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ»).

Критеріями включення до дослідження були наявність ІХС, стенокардії напруги II–III функціонального класу (ФК), дифузного та післяінфарктного кардіосклерозу, гострого трансмурального ІМ та проведене стентування коронарних артерій. Діагноз ІХС, відповідних ФК, а також показання до стентування виставляли на підставі керівних документів [3, 7, 14].

Відповідно до визначеного плану було відібрано 40 хворих, які задовольняли критеріям включення у відділенні кардіології та рентгенокардіоваскулярної хірургії НВМКЦ «ГВКГ» та проходили лікування впродовж 2012–2015 рр. Набір хворих проводили методом суцільної вибірки. Отримана популяція була представлена чоловіками, середній вік хворих, залучених до дослідження, в групі пацієнтів, яким встановили стенти, що вивільняють лікарську речовину, склав $(64,4 \pm 1,8)$ роки (ранг 44–82 роки); у групі пацієнтів, яким встановили металеві стенти без спеціального покриття, – $(62,7 \pm 3,3)$ роки (ранг 51–79 років).

Відповідно до поставленої мети у всіх обстежених аналізували скарги, проводили ретельний збір анамнезу, аналіз амбулаторних карт та історій хвороб, виписок з історій хвороб, виконували опитування за телефоном по розробленій картці. Додатково проводили оцінку показників лабораторних та спеціальних методів дослідження. Проаналізували наявність даних щодо індивідуального ризику розвитку серцево-судинної події у медичній документації хворого, так само як і фіксацію основних серцево-судинних чинників ризику (ЧР). Ретроспективно та під час опитування досліджували показники рівня систолічного та діастолічного артеріального тиску (САТ та ДАТ), визначеного за стандартною методикою. Окремо проводили аналіз лабораторних показників, ліпідного профілю (рівень загального холестеролу (ЗХС), ХС ліпопротеїнів низької та високої щільності (ЛПНЩ та ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), глюкози.

Усі види статистичного аналізу проводили за допомогою пакетів прикладних програм Statistica (версія 5,2) та Excel на персональному комп'ютері. Достовірність, визначену при рівні p , меншому за 0,05, представляли лише як показник, що менше граничного (тобто, як $p < 0,05$).

Результати та обговорення

Відповідно до отриманих нами даних, у НВМКЦ «ГВКГ» стентування проводять переважно стентами, що вивільняють лікарські речовини, внаслідок чого ми не змогли набрати співставиму кількість хворих із металевими стентами без покриття ($n=10$ проти $n=30$ групи стентів із медикаментозним покриттям). Враховуючи високу ціну таких стентів, на нашу думку, недостатньо використано потенціал дешевших стентів без спеціального покриття, які мають не меншу ефективність, ніж стенти з

покриттям перших поколінь [6, 7], потребують зазвичай меншого терміну ПАТ, тобто є економічно найбільш виправданими в умовах реальної клінічної практики України та дадуть змогу провести лікування значно більшої кількості пацієнтів, зокрема пенсіонерів МО України, які мають матеріальні труднощі.

У першій групі хворих (зі стентами, що вивільняють лікарську речовину) визначали помірну вираженість стенокардії напруги на момент госпіталізації з приводу встановлення стенту, більше половини хворих мали ІМ на момент госпіталізації. Традиційно для пацієнтів з ІХС відмічали значну частку (96,7%) пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ), але слід звернути увагу на те, що діагноз був сформульований досить часто без визначення ступеня АГ за рівнем АТ (73,3%). Також не у всіх хворих з встановленим стентом на момент виписки зі стаціонару була встановлена ІІ стадія АГ в діагнозі, незважаючи на те, що проведення коронарографії та процедура стентування є критерієм ураження органа-мішені – серця, що відповідає саме ІІ стадії АГ.

Для другої групи (в якій встановлювали стенти без спеціального покриття) спостерігали тенденцію до кращого опису діагнозу із коректнішим представленням стадії АГ. У переважній більшості випадків показом до стентування був ІМ. Незважаючи на відсутність достовірних відмінностей щодо клініко-епідеміологічних характеристик, в цілому група ІІ виглядає як така, що включає хворих із важчою патологією: значну частку хворих складала особи із вищою стадією серцевої недостатності (СН), АГ.

У медичній документації у жодному випадку не було визначено показник SCORE, хоча дані для цього були наявні. Відповідно до отриманих нами результатів середній показник SCORE в обох групах перевищував помірний рівень та відповідав високому ризику – ($5,6 \pm 0,6$)% для І-ої групи та ($5,1 \pm 0,9$) для ІІ-ої групи. Втім статистично підтверджених відмінностей між групами не спостерігали.

При аналізі лабораторних показників групи хворих, що досліджували, також не відрізнялись щодо середніх величин ЗХС, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ, ТГ та глюкози крові, втім, хоча й недостовірно, частіше призначали відповідні обстеження хворим ІІ-ої групи.

При оцінці лікування на стаціонарному етапі у І-ій групі спостерігали обґрунтоване за частотою використання антитромбоцитарних засобів та статинів, інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та β -адреноблокаторів (БАБ) (табл. 1). Втім препарати цих груп призначали в дозах, менших за рекомендовані. У п'ятій частини хворих використовували метаболічну терапію, призначення якої після стентування не можна вважати виправданим, при цьому використовували надвисокі дози.

У двох хворих, незважаючи на проведену процедуру ПКВ, залишилась потреба у використанні нітратів.

Таблиця 1

**Лікування хворих, яким виконували стентування у
Національному військово-медичному клінічному центрі,
на стаціонарному етапі**

Препарат	І група (n=30)			ІІ група (n=10)		
	Абс.	%	Середня добова доза, мг	Абс.	%	Середня добова доза, мг
ІАПФ	21	70		7	70	
Еналаприл	21	70	8,2±0,6	7	70	17±3,27†
Антитромбо- цитарна терапія						
АСК	29	96,7	79,3±1,78	10	100	80±3,33
Клопідогрел	30	100	75	10	100	75
Статини	27	90		8	80	
Аторвастатин	27	90	11,78±0,75	8	80	12,5±1,64
БАБ	25	83,3		9	90	
Бісопролол	21	70	5±0,57	8	80	7,81±1,1†
Метопролол	2	6,7	31,25±6,25	1	10	75
Небіволол	2	6,7	3,75±1,25			
Блокатори каль- цієвих каналів	4	13,3		1	10	
Амлодипін	4	13,3	4,37±0,62	1	10	10
Гіпоглікемічна терапія	3	10		3	30	
Метформін	2	6,7	1250±750	3	30	500
Гліклазид	1	3,3	60			
Метаболічна терапія	6	20		1	10	
Триметазидін (продовжена форма)	6	20	74,16±35,74	1	10	70
Нітрати	2	6,7		4	40	
Нітросорбіт	1	3,3	20	3	30	30
Ізокет	1	3,3	1*	1	10	1*
Діуретики	5	16,7				
Гідрохлоротіазид	3	10	20,83±4,16			
Фурасемід	2	6,7	40			

†- p<0,05

При оцінці лікування на стаціонарному етапі у II-ій групі спостерігали в цілому якісну ПАТ, призначення іАПФ та БАБ на доброму рівні, в тому числі і за аналізом дози. Призначення статинів в цілому відбувалось рідше, ніж у хворих I-ої групи, переважало використання препаратів в мінімальній дозі. Цікаво відмітити, що при порівняльному аналізі достовірно відрізнялися між групами лише показники доз еналаприлу та бісопрололу із більшими значеннями для II-ої групи ($p < 0,05$). Слід окремо зазначити, що антитромбоцитарні препарати першого ряду для ПАТ (тікагрелор, празугрел) не призначали у жодному випадку.

При аналізі реального стану хворих, які перенесли ПКВ У НВМКЦ «ГВКГ» та знаходяться більше року під спостереженням сімейного лікаря, виявлено суттєві для прогнозу особливості обох досліджуваних груп, що дають можливість сформулювати практичні рекомендації по оптимізації ведення хворих зі стентами на амбулаторному етапі.

Рівень артеріального тиску (АТ) у хворих через рік після ПКВ свідчить про значну вираженість АГ у хворих II-ої групи з недостатньо контрольованими показниками САТ та ДАТ, цільовий рівень АТ у переважної більшості не був досягнутий. Відмінності між показниками САТ та ДАТ для I-ої та II-ої груп були достовірними (САТ ($130 \pm 4,1$) проти ($156 \pm 6,98$) мм рт. ст.; ДАТ ($81 \pm 3,3$) проти ($90 \pm 3,09$) мм рт. ст., p в обох випадках $< 0,05$).

Антитромбоцитарна терапія пацієнтів обох груп через 1 рік після ПКВ в цілому відповідає стандартам, проте мало місце значне зменшення використання таких принципово важливих для прогнозу хворого на ІХС груп препаратів як статини, іАПФ та БАБ (табл. 2). При цьому пацієнти 2-ї групи отримували набагато гірше лікування з надзвичайно низькою частотою використання статинів та БАБ, а також іАПФ.

При порівнянні груп відмічено достовірно меншу частоту прийому клопідогрелу на момент опитування в 2-ій групі (майже у 2,2 рази) та меншу приблизно на 35% тривалість терапії клопідогрелом у цій групі, що в цілому відповідає попереднім рекомендаціям щодо коротшого терміну використання ПАТ у таких хворих. Значно та статистично достовірно рідше у 2-й групі призначали статини (в 2,1 раза).

Несприятлива щодо лікування на довгостроковому етапі спостереження ситуація не вплинула на прогноз тривалістю біля одного року (табл. 3). Кількість пов'язаних із серцево-судинною патологією подій не була в цій групі підвищеною, більш того, видавалась навіть меншою за таку в I-ій групі, але відмінності у кількості не були статистично значимими, а отримані результати могли не відображати реальної картини через невеликий розмір вибірки.

Таблиця 2

**Лікування хворих, яким виконували стентування
у Національному військово-медичному клінічному центрі,
на амбулаторному етапі через 1 рік після процедури**

Препарат	I група (n=30)				II група (n=10)			
	Абс.	%	Середня добова доза, мг	Дата припи- нення, міс.	Абс.	%	Серед- ня до- бова доза, мг	Дата припи- нення, міс.
ІАПФ								
Еналаприл	5	29,4	9±1,87		1	14,3	20	
Лізиноприл					1	14,3	10	
Периндоприл	1	5,3	10					
Антитромбоцитарна терапія								
АСК	11	64,7	79,5±3,04		5	71,4	80±5	
Клопідогрел	16	94,12	75	16±0,76	3	42,9†	75	10,5±2,9*
Статини								
Аторвастатин	10	58,82	24,5±6,4		2	28,6*	20	
БАБ								
Бісопролол	4	23,5	4,3±0,6		1	14,3	5	
Блокатори кальцієвих каналів								
Амлодипін	1	5,9	5		2	28,6	5	
Гіпоглікемічна терапія								
Метформін	1	5,9	1000		1	14,3	500	

*p<0,05

Події після стентування

Подія	I група (n=17), абс. (%)	II група (n=7), абс. (%)	Коментар
Серцево-судинна смерть	0	0	
Стенокардія	3	1	На зміну погоди, біль за грудиною
Нестабільна стенокардія	0	0	
ІМ	0	0	
Порушення ритму/провідності серця	1	0	Аритмія, госпіталізація в реанімацію, на фоні стресу
Прогресування серцевої недостатності	0	0	
Госпіталізації з приводу серцево-судинного захворювання	1	0	Тромбоз стегнової артерії нижньої кінцівки
Будь-яка госпіталізація	1	0	Ендопротезування шийки стегна
Транзиторна ішемічна атака	0	0	
Інсульт	0	0	
Кровотеча	0	1	Кровотеча із носу та крововилив в око
Всього	6 (35,3%)	2 (28,6%)	
Інші	0	1	Вірус Епштейна-Барр. Підвищення температури тіла ввечері

Висновки

Отримані результати свідчать необхідність як дослідження проблеми спостереження хворих після ПКВ на амбулаторному етапі, зокрема вирішення питання призначення та доступності ліків, які впливають на прогноз таких хворих.

Важливо звернути увагу на можливість більш широкого використання металевих стентів без спеціального покриття у лікуванні хворих на ІХС у ВЛЗ. Стенти, що вивільняють лікарську речовину, доступні за ціною не всім пацієнтам, але є засобами з в цілому співставимою ефективністю, мають менш широкі показання до встановлення при різних особливостях анатомії коронарної судини. Використання стентів без спеціального покриття із більшою частотою за відповідних умов дасть змогу зменшити

витрати як на окремих випадок ПКВ, так і подальшої ПАТ, завдяки чому стане можливим провести лікування значно більшої кількості пацієнтів, зокрема тих, які мають матеріальні труднощі.

При знаходженні хворого у стаціонарі ВЛЗ з приводу виконання ПКВ, слід рекомендувати чіткіше формулювання кардіологічного діагнозу із зазначенням стадії та ступеню АГ, коректного формулювання діагнозу СН, відображення основного та додатково серцево-судинного ризику, показника SCORE. Для кожного хворого на стаціонарному етапі слід забезпечити відображення у медичній документації актуальних даних ліпідограми, рівня глюкози.

При лікуванні хворих на стаціонарному етапі слід дотримуватись рекомендованих доз кардіологічних препаратів, які впливають на прогноз захворювання, та уникати безпідставного призначення препаратів, які не мають показань при проведенні ПКВ (зокрема метаболічних засобів), що стосується в першу чергу осіб, яким встановлюють стенти, що вивільняють лікарську речовину.

Рекомендовано посилити контроль з боку сімейного лікаря за хворими, які перенесли ПКВ, на амбулаторному етапі, оскільки такі пацієнти схильні до поступової відмови від лікування препаратами, які впливають на прогноз, в першу чергу статинів та БАБ. Використання антитромбоцитарної терапії не тільки залишається на високому рівні, така терапія зазвичай триває навіть довше, ніж це рекомендовано сучасними керівництвами, в обох групах, що обумовлено поінформованістю хворих відносно наслідків відміни такої терапії після ПКВ. Втім, переваги використання статинів, БАБ та іАПФ залишаються для пацієнтів менш зрозумілими, внаслідок чого хворі самостійно припиняють прийом цих препаратів. Тому робота сімейного лікаря має бути спрямована на пояснювальну роботу, підбір засобів, які будуть доступними для хворого.

Література

1. Гандзюк В.А. Аналіз захворюваності на ішемічну хворобу серця в Україні / В.А. Гандзюк // Український кардіологічний журнал. – 2014. – № 3. – С. 45–52.
2. Національна стратегія профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні / за ред. Р.В. Богатирьової та В.М. Коваленка. – К. : МОРІОН, 2012. – 120 с.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України от 02.07.2014 № 455 «Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації гострій коронарний синдром з елевацією сегмента ST відносно профілактики серцево-судинно захворювань у клінічній практиці. Частина I [Текст] / підгот. Ю.В. Руденко, О.І. Рокита // Серце і судини. – 2013. – № 2. – С. 16–25.

4. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2012 року відносно профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці. Частина II [Текст] / підгот. Ю.В. Руденко, О.І. Рокита // Серце і судини. – 2013. – № 3. – С. 22–34.

5. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2012 року відносно профілактики серцево-судинних захворювань у клінічній практиці. Частина I [Текст] / підгот. Ю.В. Руденко, О.І. Рокита // Серце і судини. – 2013. – № 4. – С. 27–34.

6. Реваскуляризація або консервативна тактика при стабільній ішемічній хвороби серця: сучасний погляд на проблему [Текст] / Л.Л. Берштейн [та ін.] // Кардіологія. – 2014. – № 1. – С. 64–72.

7. 2014 ESC / EACTS Guidelines on myocardial revascularization The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) // European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehu278

8. Власюк В.Л. Коронарографія та стентування вінцевих артерій / В.Л. Власюк, М.В. Соколов, Я.М. Васильчишин // Клініч. анатомія та операт. хірургія. – 2008. – № 2. – С. 71–77.

9. Порівняння ефективності транслюмінальної балонної ангіопластики з використанням стентів EusaTEX і Cypher у хворих зі стабільною ішемічною хворобою серця [Текст] / Р.О. Широков [та ін.] // Вісник рентгенології і радіології. – 2013. – № 4. – С. 10–17.

10. Москвічов М.О. Трансрадіальний доступ при коронарній ангіографії: досвід початкових етапів Освоєння методики // М.О. Москвічов, І.І. Гангал // Сучасні аспекти військової медицини. Зб. наук. праць. Вип. 20. – Київ, 2013. – С. 416–419.

11. American College of Chest Physicians. Antiplatelet drugs: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition) / С. Patrono, С. Baigent, J. Hirsh, G. Roth // Chest. – 2008. – Vol. 133 (6 Suppl). – P. 1995–2335.

12. Скибчик В.А. Стратегія антитромботичної терапії у хворих з фібриляцією передсердь та стабільною ішемічною хворобою серця або гострим коронарним синдромом після стентування коронарних артерій / В.А. Скибчик, Ю.П. Мелень, Я.В. Скибчик / Ліки України. – 2015. – № 6. – С. 29–33.

13. Лупанов В. П. Вторинна медикаментозна профілактика ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда / В.П. Лупанов // Медична рада. – 2013. – № 3, ч. 1. – С. 86–91.

14. 2013 ESC guidelines on the treatment of stable coronary artery disease / the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology // Eur. Heart J. – 2013. – V. 34. – P. 2949–3003.

Ведение больных спустя один год после стентирования коронарных артерий на амбулаторном этапе в условиях реальной клинической практики

А.Н. ЯНЧУК, Н.Н. СИДОРОВА, А.А. ВОРОНКО

Украинская военно-медицинская академия

Резюме

Актуальность. Адекватное проведение лечебных и профилактических мероприятий у больных, которым проводили стентирование коронарных артерий, является основой лучшего прогноза, однако мало известно о том, как именно получают лечение в Украине такие больные в долгосрочной перспективе.

Материалы и методы. Провели анализ данных 40 больных (30 после имплантации стентов с покрытием, высвобождающим лекарственное вещество, и 10 – с металлическими стентами без специального покрытия) на момент госпитализации, во время которой было проведено стентирование, а также спустя 1 год после процедуры. Контролировали общее состояние, данные обследования, особенности лечения и клинические исходы в течение года.

Результаты. Установлено недостаточное лечение больных через один год после процедуры стентирования с применением ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, бета-адреноблокаторов и статинов, более длительное, чем рекомендовано, применение двойной антитромбоцитарной терапии. Частота сердечно-сосудистых событий в течение года после процедуры была незначительной в обеих группах и сопоставимой.

Вывод. Роль семейного врача в сопровождении больного после стентирования коронарных артерий в условиях реальной клинической практики должна быть усилена относительно контроля продолжения лечения препаратами, которые улучшают прогноз больного.

Ключевые слова: стентирование, стенты с покрытием, элюирующим лекарственные вещества, металлические стенты без специального покрытия, реальная клиническая практика, длительное лечение

Management of the patients after one year from coronary artery stenting procedure in the out-patient setting in real clinical practice

A.N. YANCHUK, N.N. SYDOROVA, A.A. VORONKO

Summary

Background. Appropriate treatment and prophylactic measures in patients, who underwent coronary artery stenting, are initial for the better prognosis, however, it is not well established for Ukraine what treatment receive such patients in long-term perspective.

Methods. We conducted data analysis from 40 patients (30 after drug eluting stent implantation and 10 – bare metal stent implantation) during their hospitalization for stenting procedure as well as after one year from procedure. We monitored overall conditions, data of examination, treatment options and clinical outcomes during one year.

Results. We found undertreatment with angiotensin converting enzyme inhibitors, beta-blockers and statins after one year from stenting procedure as well as prolonged (compared with current recommendations) time of dual antiplatelet therapy. Cardiovascular event rate during one year after stenting procedure was not significant and similar in both groups.

Conclusion. The role of family doctor in follow-up of the patient after coronary artery stenting procedure in real clinical practice should be enhanced regarding to control of continuation treatment with medicines which improve patients` prognosis.

Key words: stenting procedure, drug eluting stents, bare metal stents, real clinical practice, long-term treatment