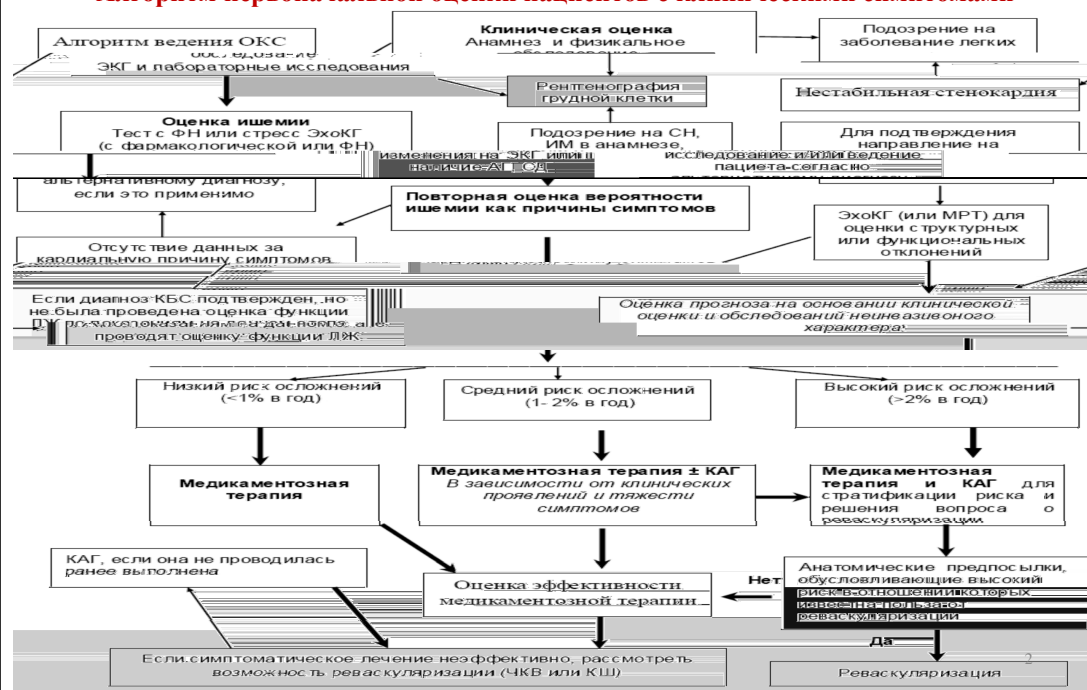


ЛЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Джорупбекова Канзаада Шербековна

26 декабря 2018

Алгоритм первоначальной оценки пациентов с клиническими симптомами



Лечение стабильной стенокардии

Цели лечения:

1. Вторичная профилактика ОКС, смерти.
2. Уменьшение частоты и интенсивности симптомов стенокардии и улучшение качества жизни и прогноза.

Базисная терапия («ABCDE»)

- «А» - aspirin and antianginal therapy (назначение аспирина и антиангинальных препаратов),
- «В» - beta-blocker and blood pressure (применение β-адреноблокаторов и контроль уровня артериального давления),
- «С» - cholesterol and cigarettes smoking (контроль уровня холестерина и прекращения курения),
- «D» - diet and diabetes (соблюдение гипохолестеринической диеты и контроль уровня глюкозы крови),
- «Е» - education and exercises (обучение больных мерам первичной и вторичной профилактики и физические тренировки с учетом ФК стенокардии).

Лечение стабильной стенокардии

Основные аспекты немедикаментозной терапии

Обучение и информирование пациентов

Типичные ошибки

Не проводится обучение пациентов и их родственников

Результат: отсутствие или низкий уровень знаний пациентов о

Лечение стабильной стенокардии

Основные аспекты немедикаментозного лечения

Обучение и информирование пациентов:

- ✓ об основных модифицируемых ФР и умению их контролировать, достигая целевых уровней;
- ✓ как купировать приступы стенокардии и вести дневник самоконтроля;
- ✓ о возможных осложнениях (НС, ИМ, СН, аритмии, ВС);
- ✓ о симптомах, указывающих на развитие ИМ, экстренном использовании аспирина и НТГ, о местонахождении ближайшего стационара с круглосуточно работающей кардиологической реанимационной службой;
- ✓ правильному питанию и недопустимости злоупотребления алкоголя;
- ✓ о физической и сексуальной активности;
- ✓ о базисных и симптоматических препаратах, об их эффективности и побочных эффектах, правильном режиме приёма.

Членам семьи необходимо дать рекомендации о приёмах сердечно-легочной реанимации.

5

Рекомендации по рациональному питанию

Ограничение потребление пищевой соли менее 5 гр в сутки

Содержание насыщенных жирных кислот (жирного мяса, молочных жиров) должно составлять < 10 % от общего количества потребления энергии путем замены на полиненасыщенные жирные кислоты

Транс-ненасыщенные жирные кислоты (маргарин, майонез, выпечки) должны составлять < 1% от общего количества поступающей энергии

30-45 г клетчатки ежедневно из цельнозерновых продуктов (бобовые, цельнозерновые, грибы, ягоды)

5 порций (500 граммов) фруктов и овощей(кроме картофеля) в день соотношение 2:3 (200 гр фруктов и 300 гр овощей в день)

Есть рыбу не менее 3х раз в неделю, предпочтительно морская жирная (тунец, лосось, скумбрия)

Ограничение потребление алкоголя до 2 единиц (20 гр/день) для мужчин и 1 единиц (10 гр/день) для небеременных женщин

6

Лечение стабильной стенокардии

Купирование приступа стабильной стенокардии

- ✓ Прекратить физическую нагрузку;
- ✓ Принять сидячее положение с опущенными;
- ✓ Принять сублингвально 1 таблетки нитроглицерина (500 мкг) или 1-2 дозы (1,25-2,5мг) аэрозоля изокета (нитроглицерин в виде аэрозоля действует быстрее);
- ✓ При неэффективности повторять прием нитроглицерина каждые 5 минут, пока боль не утихнет, либо достижения максмиальной дозы 1,2 мг в течение 15 минут;

Если нет эффекта от 3х таблеток нитроглицерина, необходимо организовать вызов врача или бригады скорой медицинской помощи.

Нитроглицерин можно использовать для профилактики в тех случаях, когда стенокардия предупреждаема, например после еды, эмоционального стресса, сексуальной активности или при холодной погоде

7

Лечение стабильной стенокардии

Факторы риска и цель вмешательства	Рекомендуемые вмешательства
Дислипидемия Цель: ОХ < 4,0 ммоль/л; ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л или уменьшение уровня ЛПНП > 50%, ТГ <1,7 ммоль/л	Для всех пациентов: гипоплипидемическая диета, ежедневная физическая активность и контроль за массой тела. Гипоплипидемическая терапия: определить липидный профиль натошак у всех пациентов. Назначать статины всем пациентам, у которых нет противопоказаний. Если уровень ТГ 2,26-5,6 ммоль/л, тогда интенсификация ЛПНП-снижающей терапии или добавление препаратов никотиновой кислоты, или терапия фибратами (после ЛПНП-снижающей терапии). Если уровень ТГ>5,65 ммоль/л, препараты выбора – фибраты или препараты никотиновой кислоты до назначения ЛПНП-снижающей терапии; последние назначается только после снижения ТГ.
Артериальная гипертензия Цель: АД <140/90 мм рт.ст.	Начать/продолжить меры по изменению образа жизни: контроль за массой тела, увеличение физической активности, контроль за употреблением алкоголя, ограничение потребления натрия. Для пациентов с АД выше целевого добавить гипотензивные средства, начиная с β-АБ и/или ИАПФ, добавляя при необходимости другие препараты.
Курение Цель: полное прекращение, избегать «пассивного» курения	Опрос о курении на каждом визите к врачу. Отказаться от курения всем курящим. Оценить мотивацию пациента бросить курить. Помочь пациенту в разработке плана по отказу от курения. Организовать регулярное наблюдение, направить для участия в соответствующих программах или назначить фармакотерапию. Избегать «пассивного курения» на работе и дома.

8

Лечение стабильной стенокардии

Факторы риска и цель вмешательства	Рекомендуемые вмешательства
Сахарный диабет <i>Цель:</i> уровень HbA _{1c} < 7,0%, сахар натощак < 6,0 ммоль/л, постприандиальная гликемия <7,5 ммоль/л	Начать изменение образа жизни и фармакотерапию для достижения близкого к целевому уровню HbA _{1c} . Начать активное воздействие на другие ФР (физическая активность, коррекция веса, контроль АД и уровня ХС).
Гиподинамия и физическая активность <i>Цель:</i> 30 мин в день, 7 дней в неделю (минимум 5 дней в неделю)	Для всех пациентов – оценить переносимость ФН по анамнезу и/или по результатам проб ФН. Рекомендовать умеренные аэробные ФН, например быструю ходьбу по 30-60 мин в день, желательно ежедневно. Нагрузки не должны провоцировать приступы стенокардии и должны быть связаны с натуживанием и задержкой дыхания.
Масса тела <i>Цель:</i> ИМТ 18,5 - 24,9 кг/м ² Окружность талии: для женщин < 80 см для мужчин <94см	Оценить ИМТ и/или ОТ при каждом визите к врачу. Регулярно напоминать пациенту о необходимости поддержания массы тела на должном уровне путем выполнения комплексных мер, включающих физическую активность, ограничение калорийности пищи. При необходимости - участие в специализированных программах.
Частота сердечных сокращений <i>Цель:</i> достижение целевых значений ЧСС покоя 55-60 в мин	Назначить β-АБ или АК (верапамил или дилтиазем) или ивабрадин.

9

Лечение стабильной стенокардии



10

Лечение стабильной стенокардии

Антитромбоцитарные препараты

1. **Аспирин** 75-150 мг/сут на неопределенно долгое время всем пациентам, если нет противопоказаний. При непереносимости аспирина - **клопидогрел** 75мг/сут.
2. Больным после КШ **аспирин** в дозе 100-300 мг/сут должен быть назначен в пределах 48 часов для предотвращения тромбоза шунтов.
3. Назначить/продолжить прием **клопидогреля** 75 мг/день в комбинации с **аспирином** до 12 месяцев после ОКС или после АП со стентированием.
4. Пациентам после стентирования КА следует назначать более высокие дозы **аспирина** - 325 мг/день

Лечение стабильной стенокардии

Эффективные дозы статинов

Международное название	Дозы (мг/сут)	Кратность приема
Симвастатин	10 - 80	1
Флувастатин	20 - 80	1
Ловастатин	10 - 80	1- 2
Аторвастатин	10 - 80	1
Правастатин	10 – 80	1
Розувастатин	10-40	1

13

Лечение стабильной стенокардии

Ингибиторы АПФ

Назначить на неопределенно длительный срок всем пациентам с ФВ ЛЖ $\leq 40\%$, при АГ, СД или ХЗП, если нет противопоказаний

В качестве возможного дополнительного вмешательства ИАПФ могут быть рассмотрены у пациентов низким риском: с нормальной функцией ЛЖ, с хорошо контролируемыми ФР и после процедуры реваскуляризации.

Антагонисты рецепторов ангиотензина

Пациентам с симптомами СН или после ИМ со сниженной фракцией выброса ЛЖ $\leq 40\%$, которые не переносят ИАПФ;

14

Лечение стабильной стенокардии

Ингибиторы АПФ

- ↓ летальность в ранний и отдаленный период ИМ при ФВ < 40%
- ↓ частоту развития повторного ИМ, СН
- ↓ потребность в повторной госпитализации

Международное название	Дозы (мг/сут)	Кратность приема
Эналаприл	1,25-40	2
Лизиноприл	1,25-20	1-2
Каптоприл	12,5-150	2-3
Рамиприл	2,5-10	1
Периндоприл	2-8	1

15

Лечение стабильной стенокардии

Бета-адреноблокаторы

являются препаратами первого ряда при лечении стабильной стенокардии, их назначают на неопределенно длительный срок всем пациентам, перенесшим ИМ, ОКС или при нарушенной функции ЛЖ независимо от наличия клиники СН, если нет противопоказаний

16

Особенности применения БАБ

- Начинают лечение с малых доз, постепенно увеличивая дозу до оптимальной с учетом ЧСС, АД, возраста, антиангинального эффекта, побочных проявлений.
- Дозы и кратность приема титруют индивидуально с учетом длительности действия, селективности. Предпочтительно назначение БАБ без внутренней симпатомиметической активности.
- При длительной терапии БАБ нельзя допускать их внезапной отмены из за опасности развития синдрома отмены, ОКС.

17

Типичные ошибки при назначении БАБ

- Не назначение **или** назначение низких доз
- Не достижение целевого уровня ЧСС
- Отмена препарата при возникновении ЧСС в покое менее 60 уд/мин
- Краткосрочное назначение препарата
- Быстрая отмена препарата
- Не назначение при ХОБЛ, СД
- Назначение без учета сопутствующих заболеваний

18

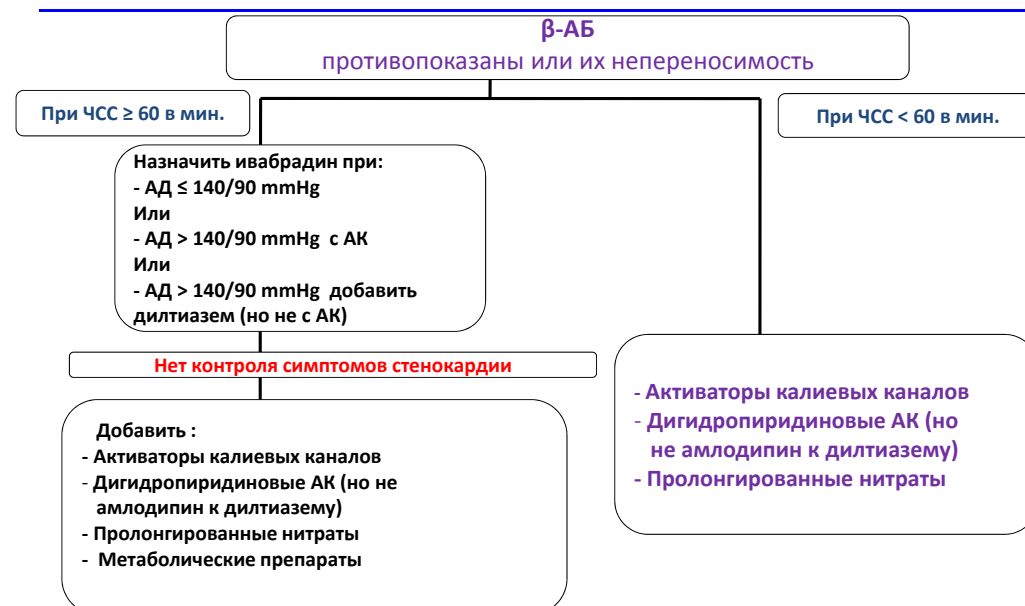
Лечение стабильной стенокардии

Эффективные дозы β-АБ для лечения больных СС

Международное название	Дозы (мг/сут)	Кратность приема
Бисопролол	2,5 - 10	1
Карведилол	25 - 100	2
Атенолол	25 - 100	1- 2
Метопролол	50 - 200	2 - 3
Метопролол-ретард	50 - 200	1
Небиволол	2,5 - 10	1

19

Алгоритм симптоматического лечения стабильной стенокардии



20

Лечение стабильной стенокардии

Альтернативные антиангинальные препараты

Международное название	Характеристика антиишемических препаратов	Кратность приема дозы (мг/сут)
Ранолазин	Эффективный ингибитор позднего тока натрия, обладающей антиишемическими и метаболическими свойствами. Применяется в качестве дополнительного препарата у пациентов со стабильной стенокардией и неадекватным контролем или непереносимостью БАБ и/или АК	Начальная доза 500 мг 2 р/сут. (максим. доза 2000 мг/сут)
Аллопуринол	Ингибитор ксантиноксидазы, уменьшает уровень мочевой кислоты у лиц с подагрой, антиангинальное действие у больных со стабильной ИБС.	600 мг в сутки
Молсидомин	Прямой донатор оксида азота обладает антиангинальным действием, аналогичное эффекту изосорбида динитрата.	16 мг 2 раза в сутки или 16 мг 1 раз в сутки

25

Метаболическая защита миокарда

ААП не оказывают непосредственное влияние на метаболические процессы в ишемизированном миокарде. **Триметазидин** - препарат, “переключающий” в ишемизированном кардиомиоците дефицитный кислород с процесса β -окисления жирных кислот на утилизацию глюкозы. **Триметазидин** влияет на основные процессы нарушения метаболизма в ишемизированном миокарде: снижает ацидоз и содержание неорганических фосфатов, восстанавливает ионный гомеостаз, уменьшает количество свободных радикалов и лактата, возрастают энергетические возможности кардиомиоцитов. Отмечен благоприятный эффект Т. у больных ССН с СД.

27

Ибаврадин (кораксан)

новый ААП, If-ингибиторы синусового узла. Селективный ингибитор ионного тока If синусового узла, замедляет ЧСС. Урежение ЧСС предотвращает ишемию и ее проявления - путем снижения потребности миокарда в кислороде и за счет увеличения его доставки вследствие удлинения диастолы. Показания как ААП при непереносимости или противопоказаниях к применению БАБ, ХОЗЛ, БА, атеросклероз периферических артерий, при побочных реакциях на прием БАБ.

Начальная суточная доза - 10мг/с (5мг 2 р/сутки)
Максимальная суточная доза - 15 мг/с (7,5мг 2р/сут)

В случае сохранения ЧСС менее 48 уд/мин прием препарата прекращают.

У пациентов пожилого возраста, с ХСН, ХПН и печеночной недостаточностью легкой и средней тяжести, СД, БА — не требует коррекции дозы препарата.

26

Лечение особых форм стабильной стенокардии

Микроваскулярная стенокардия

Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам - аспирин и статины в качестве средств вторичной профилактики	I	B
Препараты первой линии: Бета- адреноблокаторы (БАБ)	I	B
АК-если БАБ недостаточно эффективны или не переносятся	I	B
ИАПФ или никорандил показаны пациентам с рефракторными симптомами заболевания	II b	B
Производные ксантина или нефармакологическое лечение (например: нейростимуляция)- при неэффективности вышеперечисленных препаратов	II b	B

28

Лечение особых форм стабильной стенокардии Вазоспастическая стенокардия

У всех пациентов с вазоспастической стенокардией должен быть достигнут **оптимальный контроль ФР**. Постоянное профилактическое лечение вазоспастической стенокардии основывается, главным образом, на использовании АК. Средние дозы этих препаратов: (**240-360 мг/сут верапамила или дилтиазема, 5-10 мг/сут амлодипина или 40-60 мг/сутки нифедипина**) обычно предотвращают спазм, приблизительно, у 90% пациентов. У некоторых пациентов с целью улучшения эффективности лечения могут быть добавлены **продолжительные нитраты**, и режим их приема должен охватывать период суток, в котором чаще всего возникают ангинозные приступы.

Клинический протокол 2017 «Диагностика и лечение стабильной ишемической болезни сердца»

29

Показание к реваскуляризации у пациентов со стабильной стенокардией или безболевой ишемией (ESC/EACTS, 2014)

Выраженность ИБС (анатомическая или функциональная)		Класс	Уровень
Для улучшения прогноза	Стеноз ствола левой коронарной артерии > 50%	I	A
	Проксимальный стеноз передней нисходящей артерии > 50%	I	A
	2-3-х сосудистое поражение со стенозом > 50% с ФВ ЛЖ < 40%	I	A
	Площадь ишемии > 10 % ЛЖ	I	B
	Единственная проходимость КА со стенозом > 50%	I	C
Для уменьшения симптомов стенокардии	Любой стеноз КА > 50% при наличии стенокардии или ее эквивалента, резистентной терапии	I	A

Клинический протокол 2017 «Диагностика и лечение стабильной ишемической болезни сердца»

30

ЧКВ или КШ у пациентов со стабильной ИБС с различной коронарной анатомией и низкой прогнозируемой хирургической смертностью (ESC/EACTS, 2014)

Рекомендации в зависимости от степени поражения	КШ		ЧКВ	
	Класс	Уровень	Класс	Уровень
Одно или двухсосудистое поражение без проксимального стеноза передней нисходящей артерии	II б	C	I	C
Однососудистое поражение с проксимальным стенозом ПНА	I	A	I	A
Двухсосудистое поражение с проксимальным стенозом ПНА	I	B	I	C

Клинический протокол 2017 «Диагностика и лечение стабильной ишемической болезни сердца»

31

ЧКВ или КШ у пациентов со стабильной ИБС с различной коронарной анатомией и низкой прогнозируемой хирургической смертностью (ESC/EACTS, 2014)

Рекомендации в зависимости от степени поражения	КШ		ЧКВ	
	Класс	Уровень	Класс	Уровень
Поражение ствола, индекс SYNTAX* < или равно 22	I	B		B
Поражение ствола, индекс SYNTAX* 22-32	I	B	II а	B
Поражение ствола, индекс SYNTAX* > 32	I	B	III	B
Трехсосудистое поражение, индекс SYNTAX* < или равно 22	I	A	I	B
Трехсосудистое поражение, индекс SYNTAX* 23-32	I	A	III	B
Трехсосудистое поражение, индекс SYNTAX* > 32	I	A	III	B

Клинический протокол 2017 «Диагностика и лечение стабильной ишемической болезни сердца»

32

Лечение стабильной стенокардии

Критерии эффективности антиангинальной терапии

- ✓ уменьшение количества или исчезновение приступов стенокардии;
- ✓ уменьшение интенсивности АП;
- ✓ повышение толерантности к ФН;
- ✓ отсутствие прогрессирования стенокардии (переход из одного класса в другой);

На любом этапе лечения, особенно при неэффективности медикаментозной антиангинальной терапии, необходимо оценить возможность проведения КАГ для решения вопроса о реваскуляризации миокарда (КШ или ЧКВ).

33

Лечение стабильной стенокардии

Показания к госпитализации:

- обострение, утяжеление течения заболевания (ОКС);
- отсутствие эффекта от терапии;
- для уточнения диагноза стенокардии;
- проведение дополнительных исследований (стресс тесты, КАГ);
- развитие осложнений на фоне терапии;
- предполагаемая реваскуляризация миокарда.

Показания к экстренной госпитализации:

- ОКС, отек легких, сердечная астма, сложные нарушения ритма.

34