

Українська військово-медична академія



СТАБІЛЬНА ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ

Мороз Г.З. - професор кафедри військової загальної практики – сімейної медицини

I. Сучасні погляди на патогенез ІХС

2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

Стабільна ішемічна хвороба серця.

Наказ МОЗ України № 153 від 02.03.2016.

3. Особливості ІХС у військовослужбовців.

4. Диспансерний нагляд. Військово-лікарська експертиза.

- **Наказ МОЗ України № 153 від 02.03.2016.**
Уніфікований клінічний протокол
первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
Стабільна ішемічна хвороба серця.
Стабільна ішемічна хвороба серця
Адаптована клінічна настанова,
заснована на доказах
 - **Європейські рекомендації по діагностиці
і лікуванню стабільної ішемічної хвороби
серця 2013 р.**

Ішемічна хвороба серця – ІХС (від грецького ischio – затримувати і haema – кров) – термін, запропонований комітетом експертів ВООЗ в 1962 р. для визначення гострих і хронічних коронарогенних захворювань серця, зумовлених невідповідністю коронарного кровотоку потребам міокарда. ІХС включає п'ять клінічних форм, об'єднаних спільною етіологією і патогенезом.

Показник поширеності ІХС у 2013 році становив 24 тис. на 100 тис. населення, а захворюваності – 9,7 тис. на 100 тис.

Смертність від ІХС в Україні серед населення працездатного віку в 10 разів перевищує аналогічний показник у Франції.

В Україні 30 % первинної інвалідності пов'язані з хворобами системи кровообігу

Сучасні погляди на патогенез ІХС

В основі патогенезу ІХС лежить невідповідність між потребою серцевого м'яза і його кровопостачанням, що обумовлено порушенням коронарного кровотоку

Основні механізми:

- ♦ Коронарний атеросклероз
- ♦ Коронароспазм
- ♦ Порушення мікроциркуляції
- ♦ Коронаротромбоз

Клінічні форми ІХС

1. Раптова коронарна смерть
2. Стенокардія
3. Гострий інфаркт міокарда
4. Кардіосклероз
5. Безбольова форма

**Уніфікований клінічний протокол первинної,
вторинної (спеціалізованої) та третинної
(високоспеціалізованої) медичної допомоги
Стабільна ішемічна хвороба серця**

Наказ МОЗ України № 153 від 02.03.2016

- **3.1. ДЛЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКАРІВ,
ЩО ПРОВОДЯТЬ ГОСПОДАРСЬКУ ДІЯЛЬНІСТЬ З
МЕДИЧНОЇ ПРАКТИКИ ЯК ФІЗИЧНІ ОСОБИ-ПІДПРИЄМЦІ,
ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ**
-

3.1.1. Первинна профілактика

- Первинна профілактика ІХС, у відповідності до сучасних положень доказової медицини, розглядається з позиції загальної профілактики серцево-судинних захворювань і полягає у виявленні і корекції доведених факторів ризику
- Важливою складовою первинної профілактики ІХС є виявлення та лікування супутньої патології, наявність якої підвищує ризик розвитку ІХС – ЦД II типу, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, ХХН, депресії.

Необхідні дії

- Медична допомога надається у відповідності до УКПМД «Профілактика серцево-судинних захворювань».
- Діагностика і лікування супутньої патології проводяться відповідно до положень чинних медико-технологічних документів, затверджених наказами МОЗ України (УКПМД «Артеріальна гіпертензія», «Цукровий діабет» тощо).

3.1.2. Діагностика

Положення протоколу

Клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження пацієнтів проводиться з метою:

- встановлення діагнозу ІХС або оцінки вірогідності її наявності;
- виявлення ФР розвитку ССЗ;
- виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг ІХС (АГ, ЦД, ХХН тощо);
- скринінгу пацієнтів високого ризику за результатами клінічного огляду, які потребують направлення до ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Необхідні дії щодо діагностики ІХС

- *Обов'язкові:*
- 1. Проведення клінічного огляду пацієнта, до якого входять:
 - збір скарг та анамнезу;
 - визначення ФР;
 - фізикальне обстеження серця, легень, черевної порожнини.
- 2. Проведення оцінки стану пацієнта за результатами клінічного огляду:
 - клінічна оцінка больового синдрому (4.1.1.1, 4.1.1.2, 4.1.1.3);
 - пре-тестова оцінка вірогідності ІХС (4.1.1.4);
 - оцінка вірогідності наявності нестабільної стенокардії та/або ГКС – (4.1.1.2);

3. Лабораторні обстеження:

- загальний аналіз крові (ЗАК);
- ЗАС;
- визначення рівня глікемії натще, ЗХС, креатиніну.
-

• 4. Інструментальні обстеження:

- реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях.

Бажані:

інструментальні

- ЕхоКГ;
- ультразвукове дослідження сонних артерій.

Збір анамнезу залишається основним елементом діагностики стенокардії.

- У більшості випадків анамнез дозволяє встановити точний діагноз, а фізикальне обстеження та інструментальні методи дослідження необхідні тільки для його підтвердження чи виключення альтернативної патології.
- Рекомендується обов'язково запитувати пацієнтів як про біль, так і інший дискомфорт у грудях, оскільки достатньо часто стенокардія сприймається як відчуття стискання, важкості тощо.

Характеристика болю та/або дискомфорту при нападі стенокардії:

- **Локалізація:** за грудинний біль з можливою іррадіацією в нижню щелепу, ліве плече, епігастральну область, спину або верхні кінцівки

Характер: пекучий, здавлюючий, розпираючий; відчуття стискання, напруження, тяжкості, печії; не залежить від фази дихання та зміни положення тіла.

Стенокардію може супроводжувати задишка, а також менш специфічні симптоми такі, як слабкість, нудота, відчуття тривоги, головокружіння. Задишка може бути єдиним симптомом стабільної ІХС, проте у таких випадках необхідна диференційна діагностика з патологією органів дихання.

Характеристика болю та/або дискомфорту при нападі стенокардії (продовження):

- Тривалість: кілька хвилин (як правило – не більше 10)
- Зв'язок з факторами, які викликають дискомфорт або полегшують стан – виникає на фоні фізичного або емоційного стресу, проходить упродовж кількох хвилин після припинення дії провокуючих факторів або прийому нітратів.

Посилення симптомів при фізичній активності після переїдання чи у ранкові години одразу після сну також є класичною ознакою стенокардії

Клінічна диференційна діагностика ангінозного та неангінозного болю

Типовий напад стенокардії	1. Біль (дискомфорт) характерної локалізації, характеру та тривалості 2. Причиною виникнення є фізичне навантаження або емоційний стрес 3. Проходить упродовж кількох хвилин після припинення дії провокуючих факторів або прийому нітратів
Атипова стенокардія	2 з перерахованих ознак
Біль іншої етіології	1 з перерахованих ознак або жодної

Характеристика болю та/або дискомфорту при нападі стенокардії (продовження):

- Поява стенокардії у стані спокою (вночі), з посиленням інтенсивності болю до максимуму тривалістю до 15 хвилин, повільне зменшення больових відчуттів можуть свідчити про те, що причиною захворювання є коронарний вазоспазм.
- Біль відповідної локалізації і характеру, який з'являється не під час навантаження, а після його припинення, недостатня ефективність нітратів часто спостерігаються у пацієнтів з мікроваскулярною стенокардією.
- У випадку, коли біль виникає у певній ділянці правої або лівої половини грудної клітки, триває декілька годин або навіть днів, рекомендується шукати некардіальні причини захворювання. Як правило, така симптоматика не полегшується після застосування нітрогліцерину (за виключенням випадків езофагального спазму) і може провокуватись пальпацією відповідних ділянок грудної клітини.

Використання інструментальних та лабораторних методів дослідження

1. ЕКГ у стані спокою має низьку специфічність щодо встановлення діагнозу ІХС.

Ознаками, що підтверджують діагноз, є вогнищеві зміни після перенесеного ГІМ (патологічний Q) або порушення фази реполяризації – зміни сегменту ST та зубця T.

Реєстрація ЕКГ при первинному зверненні пацієнта дозволяє оцінювати динаміку при появі клінічних симптомів, виявити порушення ритму, зокрема, фібриляцію передсердь, або порушення провідності – атріо-вентрикулярну блокаду, блокаду ніжок пучка Гіса – що впливає на вибір тактики лікування.

Використання інструментальних та лабораторних методів дослідження

2. Результати лабораторних обстежень дозволяють визначити ФР (рівень ЗХС) та наявність супутніх захворювань – ЦД, ХХН або порушення функції нирок, анемії тощо.

3. За наявності можливостей та відповідної кваліфікації лікар загальної практики-сімейний лікар або лікар-терапевт дільничний можуть враховувати в процесі встановлення діагнозу та проведенні оцінки ризику результати обстежень, виконаних пацієнтом в інших медичних закладах, в т.ч. приватних.

Ознаки нестабільної стенокардії та/або ГКС

1	Стенокардія, що виникла вперше	Діагноз встановлюється упродовж 28 діб від появи першого нападу, за умови, що біль носить «жорсткий» характер і суттєво обмежує фізичну активність (ФК $\geq$ II)
2.	Стенокардія спокою	Поява нападів типового характеру та локалізації у стані фізичного та емоційного спокою, особливо якщо їх тривалість становить > 20 хвилин
3.	Прогресуюча стенокардія	Збільшення частоти нападів та інтенсивності болю, зменшення фізичного навантаження, яке провокує напади стенокардії (ФК $\geq$ III)

Алгоритм діагностики ІХС

- За результатами клінічного огляду проводиться оцінка претестової імовірності ІХС – за допомогою таблиці.
 - Пацієнтам, у яких вірогідність ІХС при визначенні за допомогою таблиці низька і становить менше 15% – проводиться обстеження з метою визначення інших причин болю у грудній клітці
 - Пацієнтам, у яких вірогідність ІХС при визначенні за допомогою таблиці висока і становить **вище 85%** – **темно-червоні клітинки** – **виставляється діагноз ІХС**

Таблиця оцінки вірогідності наявності у пацієнта ІХС

	Типовий напад		Атиповий напад		Біль іншої етіології	
Вік	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

Алгоритм діагностики ІХС (продовження)

- Пацієнти, у яких вірогідність ІХС при визначенні за допомогою таблиці становить від 15 до 85% (блакитні та рожеві клітинки), потребують проведення додаткових обстежень у закладах вищого рівня надання медичної допомоги з метою верифікації у них діагнозу ІХС
- **Блакитні клітинки** – відповідають середній низькій претестовій імовірності ІХС 15-65%, у таких випадках для первинної діагностики може бути використаний тест з ДФН. Проте більшу діагностичну інформативність для виявлення ішемії мають неінвазивні тести з візуалізацією міокарду. У молодих пацієнтів можуть розглядатись радіологічні методи діагностики.
- **Рожеві клітинки** – відповідають середній високій претестовій імовірності ІХС 66-85%, для підтвердження діагнозу ІХС рекомендовані неінвазивні функціональні тести з візуалізацією.

Оцінка імовірності ІХС за клінічними ознаками

У відповідності до УКПМД, тест оцінки імовірності ІХС за клінічними ознаками необхідно використовувати з урахуванням іншої клінічної інформації, зокрема, характеру болю, наявності ФР та супутньої патології, яка збільшує вірогідність ІХС.

Тест оцінки імовірності ІХС за клінічними ознаками

№	Показник	Значення	бали
1	Стать/вік	чоловік > 55 років	1
		жінка >65	1
2	Встановлений діагноз судинної патології	так	1
3	Пацієнт визначає біль, як «біль у серці»	так	1
4	Біль посилюється при фізичному навантаженні	так	1
5	Біль не провокується пальпацією грудної клітки	так	1

Сума балів 2 та менше дозволяє виключити діагноз ІХС з вірогідністю **81%**, від 3 до 5 – підтвердити діагноз з вірогідністю **87%**.

Тактика подальшого обстеження пацієнтів після претестової оцінки ймовірності ІХС

1. Пацієнтам, у яких вірогідність ІХС становить 15% та менше або 85% та більше, не потребують направлення до ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, для верифікації діагнозу ІХС.

Пацієнтам з високою вірогідністю – 85% та більше – виставляється діагноз ІХС та призначається ОМТ.

Пацієнтам з низькою вірогідністю – 15% та менше – визначається рівень ризику за таблицями SCORE, корекція ФР, призначається симптоматична терапія та проводяться обстеження для виявлення інших причин болю у грудях.

Тактика подальшого обстеження пацієнтів після претестової оцінки ймовірності ІХС (продовження)

- 2. Пацієнти, у яких вірогідність ІХС становить від 15 до 85%, потребують верифікації діагнозу ІХС – за допомогою інвазивних або неінвазивних тестів – і мають бути направлені до ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу, та ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.
- 3. Пацієнтам, яким планується проведення додаткових обстежень з метою уточнення діагнозу, призначається немедикаментозне та медикаментозне лікування ІХС при первинному огляді.

Необхідні дії щодо діагностики ІХС (продовження)

- у пацієнтів з вірогідним діагнозом стабільної стенокардії – визначення ФК (класифікація Канадського кардіологічного товариства) (4.1.1.5).
- 3. Проведення аналізу скринінгу депресії у пацієнтів з встановленим діагнозом ІХС у відповідності до УКПМД «Депресія» (наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003).

**Функціональний клас (ФК) стенокардії
визначається рівнем навантаження, при якому з'
являються ознаки стенокардії**

I ФК - Звичайна фізична активність (ходьба, підйом сходами) не провокує стенокардію.

Стенокардія виникає лише при значних раптових чи тривалих фізичних навантаженнях.

II ФК - Незначні обмеження звичайної фізичної активності.

Стенокардія провокується швидкою ходою чи підйомом сходами, фізичними навантаженнями після прийому їжі, в холодну, вітряну погоду, після емоційних стресів чи тільки в перші години після пробудження.

Рівень ТФН – ходьба більше 200 м / підйом сходами вище, ніж на один поверх у звичайному темпі і за нормальних умов.

- III ФК Суттєві обмеження звичайної фізичної активності.

Стенокардія виникає при подоланні відстані 100-200 м по рівній поверхні чи підйомі на 1 поверх у звичайному темпі і за нормальних умов.

- IV ФК Неможливість виконувати будь-які фізичні навантаження без дискомфорту – синдром стенокардії може виникати у стані спокою

Приклади формулювання діагнозу за рекомендаціями Асоціації кардіологів України:

1. ІХС: Стабільна стенокардія напруження ІІФК. СН 0.
2. ІХС: Стабільна стенокардія напруження ІУФК. Постінфарктний кардіосклероз (Q-ГІМ передньої стінки ЛШ, 23.05.99). Хронічна аневризма лівого шлуночка. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. СН II-Б ст. зі зниженою ФВ

Лікування

- **Мета лікування:**
- **полегшення симптомів захворювання та якості життя пацієнта;**
- **покращення прогнозу: попередження передчасної смерті, ускладнень ІХС.**
- **Лікування включає:**
- **навчання пацієнта;**
- **немедикаментозну корекцію ФР (модифікація способу життя);**
- **призначення ОМТ – симптоматичної терапії та препаратів для попередження ускладнень, в т.ч. медикаментозної корекції ФР ІХС ;**
- **за необхідності – направлення пацієнта до ЗОЗ, що надає спеціалізовану та/або високоспеціалізовану медичну допомогу, для прийняття рішення щодо проведення реваскуляризації.**

Показання до направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу

- нестабільна стенокардія: невідкладна госпіталізація до спеціалізованого відділення; невідкладна допомога згідно з рекомендаціями ГКС;
- пацієнти, у яких вірогідність ІХС за клінічними ознаками становить від 15 до 85% - з метою встановлення діагнозу та визначення рівня ризику;
- пацієнти з ІХС – для стратифікації ризику та оцінки необхідності проведення інвазивних втручань;
- пацієнти, у яких на фоні ОМТ клінічна симптоматика ІХС контролюється недостатньо;

Показання до направлення пацієнта до ЗОЗ, що надають спеціалізовану (високоспеціалізовану) медичну допомогу

- пацієнти з підозрою на наявність вади клапанів, кардіоміопатії тощо;
- пацієнти високого ризику за результатами клінічного обстеження – наявність стабільної стенокардії III-IV ФК, поява симптомів стенокардії у пацієнтів з ЦД та/або порушенням обміну глюкози, пацієнтів, що курять, пацієнтів, що перенесли ГІМ або яким було проведено ПКВ або АКШ, пацієнтів з атеросклерозом артерій нижніх кінцівок – направляються до ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу – для проведення обстеження та оцінки необхідності проведення інвазивних втручань.

Додаткові причини:

- бажання пацієнта отримати консультацію у лікаря-кардіолога;
- наявність проблем з виконанням професійних обов'язків, страхуванням життя або неможливість зміни стилю життя;
- встановлення ступеня втрати працездатності.

Важливо не припиняти лікування під час очікування консультації лікаря-кардіолога чи лікаря-хірурга серцево-судинного.

Вибір стратегії лікування

- Після встановлення діагнозу ІХС подальша тактика курації пацієнта визначається ступенем тяжкості симптомів, ризику кардіоваскулярних ускладнень і побажань самого пацієнта.
- Йдеться про вибір між виключно оптимальною медикаментозною терапією – ОМТ (терапія для попередження ускладнень + симптоматична) – чи комбінації реваскуляризації та ОМТ.

Медикаментозна терапія пацієнтів зі стабільною ІХС ESC 2013

Вплив на симптоми
стенокардії

Препарати I ряду

Нітрати короткої
дії

+

- ББ або БКК, що знижують ЧСС
- При брадикардії, побічній дії, непереносимості розглянути можливість використання ДГП-БКК
- У пацієнтів зі стабільною стенокардією III-IV ФК розглянути можливість використання комбінації ББ+ ДГП-БКК

Додати до препаратів
I ряду або замінити
препарати I ряду

Препарати II ряду

Івабрадін
Нітрати пролонгованої дії
Нікоранділ*
Ранолазін,
Триметазідін
Молсідомін

✚ Розглянути можливість проведення
КВГ- стентування або АКШ

Попередження ускладнень

•Модифікація способу життя
•Контроль ФР

✚ навчання
пацієнта

Препарати АСК або клопідогрель,
статици
За наявності додаткових показань -
іАПФ або БРА

1. Навчання пацієнта:

- 1.1. Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку та перебігу захворювання.
- 1.2. Надати рекомендації щодо змін стилю життя та пояснити їх роль у лікуванні симптомів захворювання та покращенні прогнозу.
- 1.3. Скласти план лікувально-профілактичних заходів, узгодити з пацієнтом схеми і режим прийому фармакологічних препаратів.
- 1.4. Надати пацієнтові інформацію щодо важливого значення виконання рекомендацій лікаря та прихильності до лікування для попередження ускладнень.
- 1.5 Навчити пацієнта розпізнавати напади стенокардії і застосовувати засоби невідкладної допомоги (препарати нітрогліцерину короткої дії); роз'яснити, коли необхідно звертатись за медичною допомогою.

1. Навчання пацієнта (продовження):

1.6. Надати інформацію щодо можливої побічної дії препаратів.

1.7. Надати пацієнтові інформацію про недопустимість поєднаного застосування нітратів та селективних інгібіторів фосфодіестерази-5 (силденафіл та інші) – внаслідок небезпеки критичного зниження АТ.

1.8. Уточнити чи зрозумів пацієнт надані рекомендації. Відповісти на запитання пацієнта.

2. Зробити відповідний запис у медичній картці амбулаторного хворого.

Бажані:

Надати пацієнту роздрукований «Інформаційний лист» (додаток 1).

Залучення пацієнта до участі в програмах немедикаментозної корекції: школи здоров'я, програми відмови від тютюнокуріння, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо (за їх наявності).

Немедикаментозні методи лікування

Необхідні дії

Обов'язкові:

1. Всім пацієнтам з ІХС рекомендувати немедикаментозну корекцію наявних ФР і модифікацію способу життя:
 - 1.1. Всім, хто має звичку тютюнокуріння, слід рекомендувати повну відмову. Всім пацієнтам рекомендувати уникати пасивного тютюнокуріння.
 - 1.2. Заохочувати всіх пацієнтів до виконання рекомендацій щодо здорового харчування (додаток 2).
 - 1.3. Рекомендувати всім пацієнтам контролювати масу тіла та об'єм талії. Підтримувати індекс маси тіла в межах 18,5-24,9 кг/м², об'єм талії ≤ 88 см (у жінок), ≥ 102 см (у чоловіків).

Немедикаментозні методи лікування (продовження)

1.4.Всім пацієнтам рекомендувати програму помірних фізичних навантажень (інтенсивність визначається індивідуально, за необхідності – після проведення тесту з фізичним навантаженням на етапі спеціалізованої медичної допомоги, особливо – у пацієнтів, що вели малорухомий спосіб життя і планують розпочати фізичні тренування високої інтенсивності).

2. Заохочувати пацієнтів до самоконтролю ФР, постійно підтримувати стратегію поведінки, направлену на підвищення прихильності до виконання рекомендацій лікаря.

3.1.3.2. Медикаментозні методи лікування

Необхідні дії *Обов'язкові:*

Оптимальна медикаментозна терапія (ОМТ) пацієнтів зі стабільною ІХС включає призначення, як мінімум, одного препарату, що впливає на симптоми стенокардії, та препаратів для попередження ускладнень захворювання.

Обов'язковим є медикаментозне лікування супутніх захворювань, які мають негативний вплив на перебіг ІХС (АГ, ЦД, ХХН тощо), яке проводиться відповідно до чинних медико-технологічних документів.



Призначення препаратів, що впливають на симптоми стенокардії

1.1. Короткочасний контроль симптомів:

- рекомендувати прийом нітрогліцерину короткої дії – у вигляді таблеток під язик або спрею – для усунення нападів стенокардії;
- рекомендувати прийом нітрогліцерину короткої дії у вигляді таблеток під язик для профілактики нападу – перед запланованим фізичним навантаженням, при емоційному стресі тощо.

1.2. Терапія для тривалого контролю симптомів і попередження нападів:

1. Призначити препарати I ряду – бета-адреноблокатори (ББ) або блокатори кальцієвих каналів (БКК), що знижують ЧСС, в адекватних дозах з урахуванням побічної дії та наявних протипоказань (4.1.3.3).
2. При недостатній ефективності терапії рекомендується замінити ББ на БКК, або навпаки, чи призначити комбінацію ББ та дигідропіридинових БКК (ДГП-БКК).
3. Пацієнтам зі стенокардією III та IV ФК за канадською класифікацією рекомендується розглянути можливість призначення комбінації ББ та ДГП-БКК.

1.2. Терапія для тривалого контролю симптомів і попередження нападів:

4. Пацієнтам з низькою ЧСС – менше 60/хв – або за наявності непереносимості або протипоказань до призначення ББ або БКК, що знижують ЧСС, рекомендується розглянути можливість призначення ДГП-БКК.
5. При недостатній ефективності препаратів I ряду для контролю симптомів стенокардії – додати до лікування один (або комбінацію) препаратів II ряду – нітрати пролонгованої дії, івабрадин, триметазидин, ранолазин в адекватних дозах.
6. За наявності протипоказань або побічної дії препаратів I ряду лікування можна розпочинати з призначення препаратів II ряду.

Призначення препаратів для профілактики ускладнень

- Препарати ацетилсаліцилової кислоти (АСК) у дозі 75-150 мг на добу призначаються для постійного прийому всім пацієнтам за відсутності протипоказань .
- При непереносимості препаратів АСК призначаються препарати клопідогрелю у дозі 75 мг на добу при відсутності протипоказань.
- Пацієнтам, яким було проведено ПКВ, призначається подвійна антитромбоцитарна терапія, як правило – комбінація препаратів АСК та клопідогрелю або інша комбінація, яку було призначено у ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

Призначення препаратів для профілактики ускладнень (продовження)

- За необхідності, для профілактики побічної дії антитромбоцитарних препаратів у пацієнтів високого ризику їм призначають інгібітори протонної помпи в стандартних дозах – курсом або для постійного прийому.
- **СТАТИНИ** призначаються всім пацієнтам з встановленим діагнозом ІХС при відсутності протипоказань незалежно від рівня ЗХС або ХСЛПНЩ.

Призначення препаратів для профілактики ускладнень (продовження)

- Пацієнтам зі стабільною ІХС та ЦД, артеріальною гіпертензією, ХХН, хронічної СН або безсимптомним порушенням функції лівого шлуночка (ЛШ) за відсутності протипоказань призначаються інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ)
- За наявності протипоказань або непереносимості іАПФ цим пацієнтам призначають блокатори рецепторів ангіотензину II (БРА).

При неефективності ОМТ:

- **упевнитись, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів;**
- **за необхідності – провести корекцію терапії;**
- **за відсутності контролю симптомів – направлення до ЗОЗ, які надають вторинну медичну допомогу.**

**Враховуючи ці положення Наказу, кожен лікар,
призначаючи лікування хворому з ІХС, має
поставити собі питання:**

**«Чому я не призначив аспірин, статини,
бета-адреноблокатори?»**

Медикаментозна терапія пацієнтів зі стабільною ІХС ESC 2013

Вплив на симптоми
стенокардії

Препарати I ряду

Нітрати короткої
дії

+

- ББ або БКК, що знижують ЧСС
- При брадикардії, побічній дії, непереносимості розглянути можливість використання ДГП-БКК
- У пацієнтів зі стабільною стенокардією III-IV ФК розглянути можливість використання комбінації ББ+ ДГП-БКК

Додати до препаратів
I ряду або замінити
препарати I ряду

Препарати II ряду

Івабрадін
Нітрати пролонгованої дії
Нікоранділ*
Ранолазін,
Триметазидін
Молсідомін

✚ Розглянути можливість проведення
КВГ- стентування або АКШ

Попередження ускладнень

•Модифікація способу життя
•Контроль ФР

✚ навчання
пацієнта

Препарати АСК або клопідогрель,
статины
За наявності додаткових показань -
іАПФ або БРА

Антиагрегантні засоби

Стандартним є призначення аспірину. Використання аспірину у пацієнтів із стабільною стенокардією обумовлює зниження ризику серцево-судинних подій на 33 %. Аспірин протипоказаний, якщо у пацієнта:

- ерозивно-виразкові ураження шлунково-кишкового тракту в стадії загострення
- “аспіринова тріада” (бронхіальна астма, поліпоз, непереносимість аспірину)
- виражене порушення функції нирок

Клопідогрель – у пацієнтів з ІХС рекомендує у разі протипоказів до призначення аспірину, а також для тривалого лікування після чрезшкірних коронарних втручань

Таким чином, аспірин в дозі від 75 до 325 мг на добу повинен використовуватись у всіх хворих з гострими та хронічними формами ІХС незалежно від наявності чи відсутності у них симптомів стенокардії при відсутності протипоказань.

Бета-адреноблокатори (ББ)

Зважаючи на те, що ББ показали ефективність не лише щодо зменшення симптомів ішемії, а й щодо зменшення ризику інфаркту міокарда і смертності, їм надається перевага як антиангінальним препаратам у порівнянні до інших антиішемічних засобів.

Властивості та клінічне застосування ББ

Препарат	Селективність	Агоністич- на активність	Звичайна доза для лікування стенокардії
Метопролол	Бета-1	—	50-200 мг на добу
Атенолол	Бета-1	—	50-200 мг на добу
Бетаксолол	Бета-1	—	10-20 мг на добу
Бісопролол	Бета-1	—	10 мг на добу

При призначенні ББ необхідно враховувати абсолютні протипокази до застосування:

- ♦ важка брадикардія;
- ♦ високий ступінь АВ-блокади;
- ♦ важка нестабільна лівошлуночкова недостатність

відносні протипокази до призначення ББ:

- ♦ бронхіальна астма і бронхообструктивні захворювання,
- ♦ важка депресія,
- ♦ захворювання периферичних судин

Побічні ефекти ББ:

- ♦ загальна слабкість,
- ♦ нездатність виконувати фізичні навантаження,
- ♦ недостатня еректильна функція, тощо.

Недостатній ефект ББ може спостерігатися, коли у пацієнта в основі стенокардії лежить вазоспастичний механізм (має місце приблизно у 60 % хворих зі стабільною стенокардією).

У цієї категорії хворих не можливо досягти клінічного ефекту монотерапією ББ

Блокатори кальцієвих каналів (БКК)

Основні патофізіологічні механізми дії АК при стенокардії :

- зменшення судинного опору коронарних артерій
- зниження системного судинного опору, артеріального тиску зі
- зменшенням потреб тканин (в тому числі – міокарда) в кисні
- негативний інотропний ефект.

Ділтіазем і верапаміл, крім пригнічення скоротливості міокарда, викликають зменшення ЧСС і сповільнення проведення в АВ-вузлі.

Властивості та клінічне застосування БКК

Препарат	Звичайна доза для лікування стенокардії	Тривалість дії
Ніфедіпін тривалої дії	30-180 мг/добу перорально	тривала
Амлодипін	5-10 мг раз на добу	тривала
Фелодипін	5-10 мг раз на добу	тривала
Ісрадипін	2,5-10 мг 2 рази на добу	тривала
Нікардипін	20-40 мг 3 рази на добу	коротка
Ділтiazем швидк. вивіл.	30-180 мг 4 рази на добу	коротка
Ділтiazем тривалої дії	120-320 мг 2 рази на добу	тривала
Верапаміл швидк.вивіл.	80-160 мг на добу	коротка
Верапаміл тривалої дії	120-140 мг на добу	тривала

Протипоказами до застосування БКК є:

- декомпенсована серцева недостатність
- брадикардія, дисфункція синусового вузла і АВ-блокада є протипоказами до призначення АК, що знижують ЧСС (верапаміл, ділтазем).

Найчастіші побічні ефекти при застосуванні БКК :

- гіпотензія,
- пригнічення скоротливості міокарда,
- периферичні набряки
- закрепи
- часом зустрічаються головні болі, почервоніння обличчя, відчуття приливів, запаморочення, неспецифічні симптоми зі сторони нервової системи.
- брадикардія, АВ-дисоціація, АВ-блокада, дисфункція синусового вузла можуть виникати при застосуванні АК, що впливають на ЧСС.

Нітрогліцерин і нітрати

Антиангінальну активність нітратів пояснюють їх ендотелій-залежними вазодилатуючими властивості:

- Нітрати дилатують великі епікардіальні судини і колатералі, в тому числі – при вазоспазмі
- Зменшують переднавантаження зі зниженням лівошлуночкових об'ємів та системного артеріального тиску.

Властивості та клінічне застосування нітратів

Діюча речовина	Шлях поступлення	Доза	Тривалість ефекту
Нітрогліцерин	Сублінгвальні таблетки	0,3-0,6 мг до 1,5 мг	1,5-7 хв
	Спрей	0,4 мг	
	Трансдермальний	0,2-0,8 мг/год	12 год
	Внутрішньовенний	5-200 мкг/хв	Введення 7-8 год
Ізосорбиду динітрат	Оральний	5-80 мг, 2-3 рази на добу	до 8 годин
Ізосорбиду мононітрат		20 мг двічі на добу або 60-240 мг/добу тривалої дії	12-24 год.

Відносними протипоказами до застосування нітратів є гіпертрофічна обструктивна кардіоміопатія.

Пацієнти, що приймають нітрати, повинні бути попереджені про ризик життєво небезпечної гіпотензії, якщо інтервал між прийомом нітратів (в т.ч. нітрогліцерину) і силденафілу (Віагри) не перевищує 24 години.

Важливе клінічне значення має розвиток толерантності до нітратів, яке можливе при застосуванні як короткодійних, так і тривалої дії препаратів.

Механізм її виникнення не до кінця визначений, але встановлено, що одночасне призначення інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту (лише SH-вмісних представників), ацетил- або метилцистеїну, діуретиків зменшує розвиток толерантності.

Основним практичним заходом для попередження розвитку толерантності вважається зменшення частоти прийому нітрогліцерину і НЕРІВНІ проміжки між прийомами повторних доз нітратів.

Частим побічним ефектом нітратів є: головний біль – рідше гіпотензія, пресинкопальні стани або навіть синкопе.

Інші ангінальні препарати - **молсидомін**. Він проявляє подібні ефекти до нітратів, однак є дані про те, що молсидомін переноситься краще і має дещо вищу клінічну ефективність.

Метаболічні препарати

Встановлено, що метаболічний препарат **ТРИМЕТАЗИДИН** проявляє антиангінальний ефект, проте його вплив на прогноз не доведений.

Ранолазин

Ранолазин (ранекса) - представник нового класу антиангінальних препаратів - інгібіторів натрієвих каналів . Блокада пізньої фази натрієвого току в фазу реполяризації обумовлює зниження концентрації внутрішньоклітинного натрію і зменшує перевантаження кардіоміоцитів кальцієм.

Три рандомізованих дослідження показали ефективність ранолазину в комбінованій терапії хворих на ІХС - збільшення толерантності до фізичного навантаження, зниження частоти нападів стенокардії, зниження кількості таблеток нітрогліцерину. Не впливає на гемодинаміку.

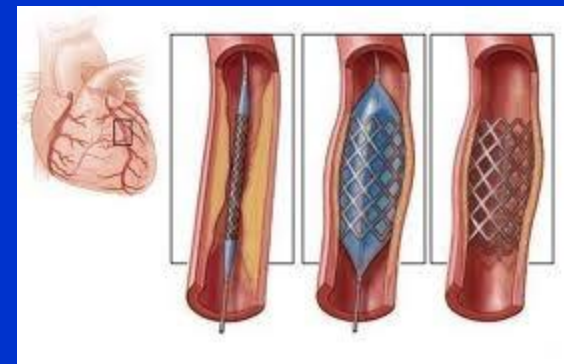
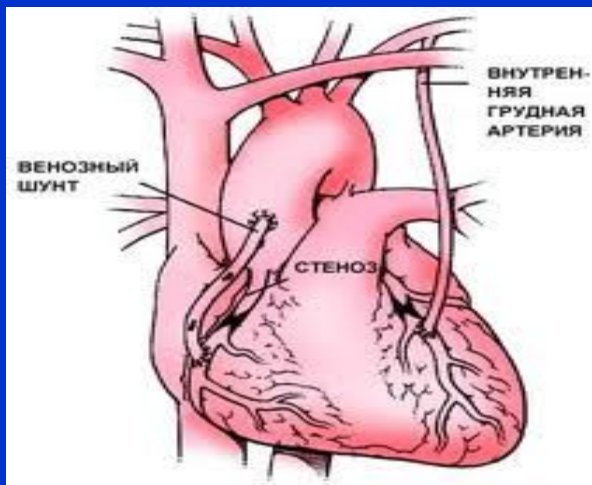
Побічні ефекти - запаморочення, запор, нудота і потенційна можливість подовження інтервалу QT.

500 мг x 2 рази на добу



Реваскуляризація міокарда

1. Для вирішення питання щодо проведення АКШ або стентування направляти пацієнтів на консультацію до кардіолога/кардіохірурга у разі неефективності медикаментозної терапії.
2. Покази та вибір метода реваскуляризації міокарда визначаються ступенем та розповсюдженістю звуження коронарних артерій за даними коронарографії



Оновлені **ESC 2013** настанови з лікування стабільної ішемічної хвороби серця (**ESC2013**)

ESC 2013 настанови розглядають актуальні аспекти діагностики і лікування не тільки стабільної стенокардії напруги, а й вазоспазтичної стенокардії та мікросудинної дисфункції (мікрovasкулярна стенокардія).

Автори акцентують увагу на проблемах верифікації діагнозу з урахуванням клінічних проявів та конкретизують показання для проведення інструментальних досліджень, зокрема тестів з фізичним навантаженням, ехокардіографії з фармакологічними пробами, коронарографії, для того щоб уникнути невиправданих обстежень.

Мікрovasкулярна стенокардія

Основним проявам захворювання відповідає наявність **тріади ознак**:

- 1) типова стенокардія, зумовлена навантаженням (в комбінації або за відсутності стенокардії спокою і задишки);
- 2) наявність ознак ішемії міокарда за даними ЕКГ, холтерівського моніторингу ЕКГ, стрес-тестів за відсутності інших захворювань серцево-судинної системи;
- 3) незмінені або малозмінені КА (стенози <50%)

Мікрovasкулярна стенокардія

В якості основних причин мікросудинної дисфункції обговорюються дисфункція ендотелію, гіперреактивність гладеньких м'язів судин і підвищена активність симпатичної нервової системи.

Дефіцит естрогенів може сприяти розвитку МВС за рахунок дисфункції ендотелію у жінок в постменопаузальному періоді.

Традиційні чинники ризику атеросклерозу, такі як дисліпідемія, куріння, ожиріння, порушення вуглеводного обміну, також можуть обумовити дисфункцію ендотелію КА з подальшим розвитком МВС.

Мікроваскулярна стенокардія

Найбільш чутливим методом діагностики ішемії міокарда у цих хворих є застосування фармакологічних тестів або ВЕМ-тесту в поєднанні з однофотонною емісійною комп'ютерною томографією міокарда при введенні ^{99m}Tc -МІБІ, що дозволяє візуалізувати дефекти перфузії міокарда як результат порушеного коронарного резерву у відповідь на підвищені метаболічні потреби міокарда.

Напади стенокардії можуть виникати досить часто - кілька разів на тиждень, але при цьому мати стабільний характер. Таким чином, МВС є формою хронічної стенокардії і по МКБ-10 відноситься до коду 120.8 «Інші форми стенокардії».

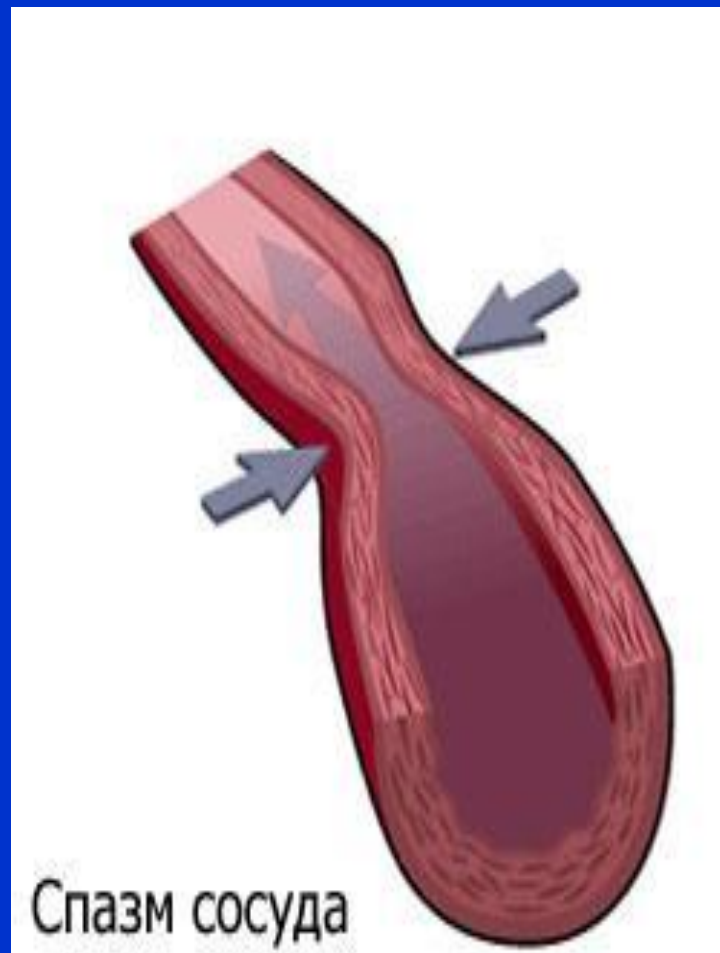
Мікрovasкулярна стенокардія

Таблица 1. Лечение больных МВС		
Рекомендации	Класс	Уровень
Всем пациентам с целью вторичной профилактики назначение ацетилсалициловой кислоты и статинов	I	B
β -блокаторы как препараты первой линии	I	B
Антагонисты кальция назначаются в случае неэффективности β -блокаторов или их плохой переносимости	I	B
Ингибиторы АПФ или никорандил назначать при рефрактерности симптомов	IIb	B
Производные ксантинов или нейростимуляция назначаются при сохранении симптомов на фоне терапии вышеперечисленными препаратами	IIb	B

Вазоспастична стенокардія

Вазоспастична стенокардія - це особлива форма стенокардії спокою. Розповсюдженість часто не дооцінюється

- Характеризується спазмом судин, що живлять серце, важким больовим ангінозним нападом, який виникає раптово, без дії видимих провокуючих факторів (фізичних, психо-емоційних навантажень) частіше вночі, в передранкові години.
- Може супроводжуватись порушеннями ритму.



Діагностика вазоспатичної стенокардії

- збір анамнестичних даних,
- проведення ЕКГ - досліджень,
- холтерівське моніторування
- коронарографію

На ЕКГ в період нападу реєструється підйом сегмента ST – 2 мм і більше. Холтерівське моніторування високоінформативне.

При проведенні коронарографії спазм може виникнути при введенні контрасту, атеросклеротичні зміни незначні (стенози <50%)

Напад стенокардії потребує невідкладної терапії:

- Стандартним є призначення нітрогліцерину (під язик) або у спреї.

- Якщо пацієнт приймає нітрогліцерин вперше для попередження можливого розвитку запаморочення рекомендується приймати таблетку в положенні сидячи.

- У разі відсутності ефекту впродовж 7-10 хвилин, повторюють прийом нітрогліцерину ще двічі.

- Важливо попереджати пацієнтів про необхідність контролювати термін придатності нітрогліцерину і умови його зберігання, особливо влітку.

- Необхідно враховувати можливість розвитку неконтрольованої гіпотензії при призначенні нітрогліцерину у чоловіків, які на протязі останніх 24 годин використовували Віагру.

- Напад стенокардії може призвести до гострого коронарного синдрому, тому практично важливо призначення антиагрегантної терапії, якщо пацієнт не приймає її планово і не має протипоказів.

Аспірин призначають в дозі (160-325 мг – розжувати!, не варто використовувати таблетки, розчинні в кишечнику).

Альтернативою аспірину при його непереносимості, або при загостренні захворювань шлунково-кишкового тракту може бути клопідогрель.

- Необхідність використання бета-адреноблокаторів та інших препаратів визначається в кожному випадку індивідуально.

- Важливо враховувати, що напад стенокардії триває не більше 15 хвилин. Пацієнти у яких напад триває більше 15-20 хвилин, біль більш інтенсивний ніж звичайно і має місце неефективність нітрогліцерину повинні розглядатись як пацієнти з гострим коронарним синдромом і їх обстеження і лікування проводиться за протоколом надання медичної допомоги хворим із гострим коронарним синдромом.



Особливості ІХС у військовослужбовців

- **Аналіз показників захворюваності військовослужбовців Збройних Сил України свідчить про значну поширеність захворювань серцево-судинної системи. Так, в 2009 році хвороби серцево-судинної системи склали 26,9% в структурі загальної захворюваності і були основною причиною професійної дискваліфікації військовослужбовців Збройних Сил України за медичними показами.**
- **Смертність від серцево-судинних захворювань (інфаркт міокарда, інсульт, раптова смерть) займають друге місце серед причин смерті військовослужбовців, поступаючи тільки смертності від травм і нещасних випадків.**

– Важливо враховувати, що військова служба – особливий вид людської діяльності, який відрізняється від цивільних професій тим, що військовослужбовці частіше зазнають психічних і фізичних навантажень, як в умовах військових дій так і в мирний час, що дозволяє розглядати військову службу як окремий фактор ризику розвитку серцево-судинної патології.

– В розвитку ІХС у військовослужбовців, крім психоемоційного напруження, важливу роль відіграють загальновизнані фактори ризику. Проблема розповсюдженості факторів ризику серцево-судинної патології дуже актуальна для популяції військовослужбовців. Так, за даним А.М.Кравченка звичка тютюнокуріння притаманна 25%, надлишкова маса визначається у 35%, рівень холестерину вище 5,5 ммоль/л – у 64 % військовослужбовців.

- Дослідження, проведені на кафедрі ВЗП-СМ в 2005 році показали, що звичка тютюнокуріння виявлена серед солдатів у 72,5 % і 42,5 % серед офіцерів в 2013 році - 98,3% солдатів, 47,5% офіцерів чоловічої статі та 62,5% офіцерів жіночої статі
- Одним із значимих факторів ризику розвитку і прогресування серцево-судинної патології у військовослужбовців являється *артеріальна гіпертензія*. По даним амбулаторного обстеження 20 тисяч військовослужбовців артеріальна гіпертензія виявлена у 20%, що значно перевищує показники офіційної статистики.
- Підвищення артеріального тиску, високий рівень холестерину, надлишкова маса тіла і цукровий діабет – основні фактори ризику у військовослужбовців і в армії США.

- Ще один аспект проблеми – низький рівень виконання військовослужбовцями рекомендацій по корекції факторів ризику. По даним Ю.Н.Замотаєва та ін., при спостереженні за військовослужбовцями, яким було проведено операцію аорто-коронарного шунтування на протязі року, з'ясовано, що тільки 43,0% позбавились звички тютюнопаління, зниження маси тіла досягли тільки 25,4%, цільового рівня холестерину – 26,1 %.
- Така ж тенденція була виявлена нашими слухачами при проведенні анкетування військовослужбовців: оцінюючи в балах виконання рекомендацій щодо здорового способу життя і профілактики захворювань, оцінили себе на “задовільно” – 40 % солдатів і 50 % офіцерів, на “добре” - 25% солдатів і 37,5 % офіцерів, і на “відмінно” - 10% солдатів і 2,5 % офіцерів.

Важливе практичне значення має діагностика метаболічного синдрому як фактора ризику ІХС. Згідно з Європейськими рекомендаціями по профілактиці серцево-судинних захворювань, пацієнти з метаболічним синдромом входять в групу високого серцево-судинного ризику.

Результати наукових досліджень показали, що психосоціальні фактори, зокрема, тип особистості Д, стрес, депресія, тривога, гнів і ворожість, сприяють розвитку ІХС. В механізмі реалізації негативного впливу депресії одне з центральних місць займає поведінковий фактор: низький рівень виконання рекомендацій лікарів щодо лікування. Тому так важливо виявляти і проводити корекцію субклінічної депресії.

Вторинна профілактика

Проводиться всім пацієнтам з СС для попередження прогресування та розвитку ускладнень

Обов'язкові:

1. Постійний прийом медикаментозної терапії для покращення прогнозу (кислота ацетилсаліцилова, статини, бета-блокатори, ІАПФ) і попередження нападів стенокардії (за необхідності).
2. Всім хворим проводити моніторинг досягнення та підтримання цільового рівня ЗХС, АТ, ЧСС.

3. Проводити моніторинг корекції ФР, пов'язаних зі стилем життя та підтримувати мотивацію щодо припинення тютюнопаління, корекції харчування, фізичної активності, маси тіла та обсягу талії, обмеження вживання алкоголю.

4. Обов'язкове медикаментозне лікування супутніх захворювань (АГ, цукрового діабету та ін.) проводиться у відповідності до стандартів і протоколів.

5. Своєчасне направлення пацієнта на вищі рівні медичної допомоги, консультацію кардіолога, кардіохірурга (за показаннями).

Диспансерний нагляд. Військово-лікарська експертиза.

Диспансеризація: при хронічних формах ІХС проводиться медичний огляд хворих один раз на 6 місяців (залежно від тяжкості перебігу). Під час огляду (залежно від показань, але не рідше 1 разу на рік) проводяться загальноклінічні аналізи сечі, крові, вміст в крові холестерину, ліпопротеїдів, глюкози крові.

Військово-лікарська експертиза

При проведенні військово-лікарської експертизи необхідно керуватись Наказом міністра оборони №402 від 14 серпня 2008 р. “Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України”

Згідно з додатком 1 “Розклад хвороб, станів та фізичних вад, що визначають ступінь придатності до військової служби” стаття 40

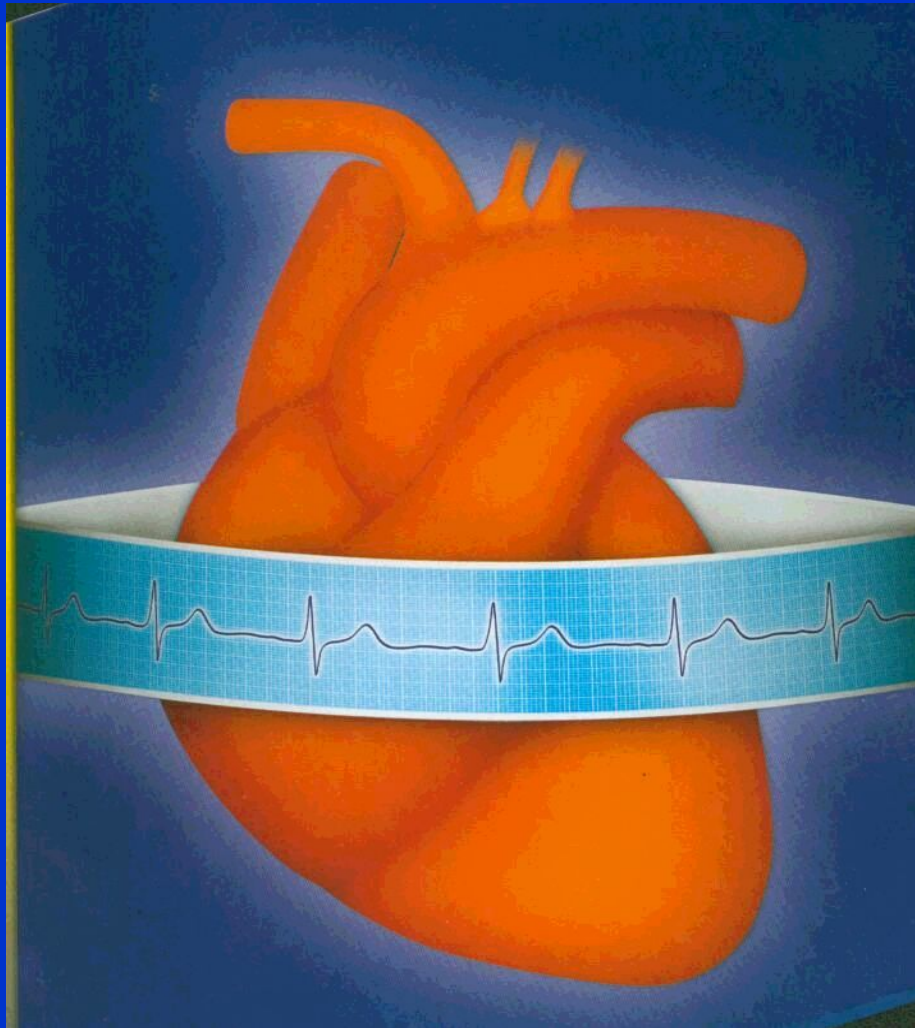
Згідно зі статтею 40 – ішемічна хвороба серця:

а) із серцевою недостатністю II-Б-III стадії (стенокардія напруги III-IV ФК) – непридатні до військової служби з виключенням з військового обліку;

б) із серцевою недостатністю II-Астадії (стенокардія II ФК) – I графа – непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час; II- III графа – непридатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально

в) із серцевою недостатністю I стадії (стенокардія I ФК) – I графа – непридатні до військової служби у мирний час, обмежено придатні у воєнний час; II-III графа – придатність до військової служби або обмежена придатність визначається індивідуально

Дякую за увагу!



Бережіть своє серце!