

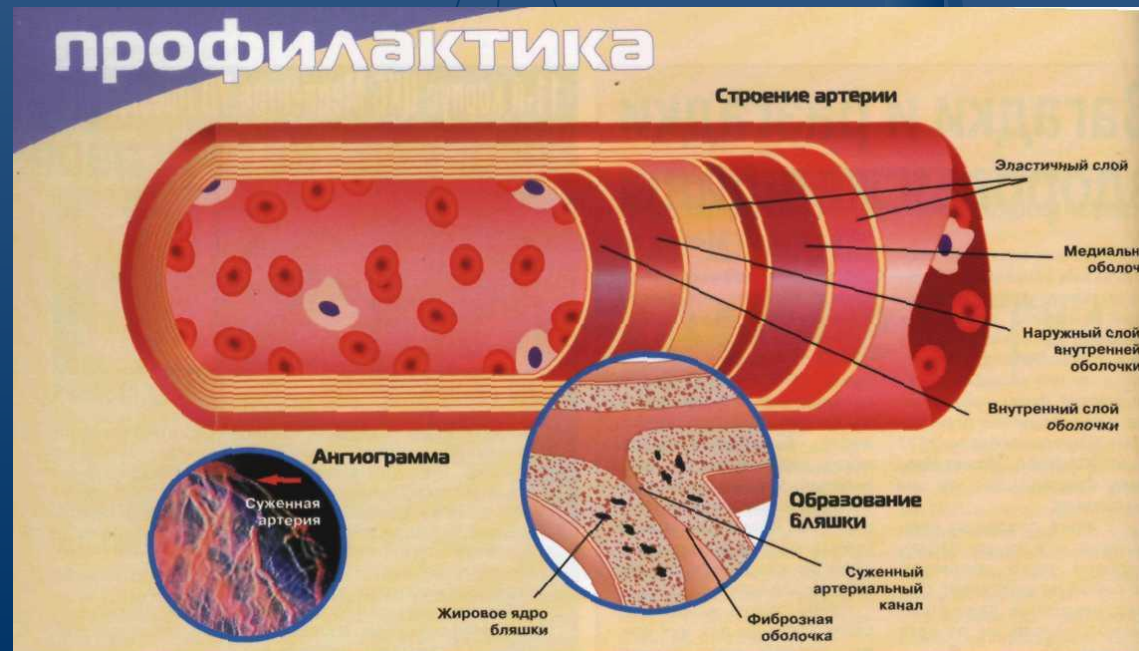
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

A faint, stylized image of a scale of justice is visible in the background, positioned on the right side of the slide. The scale is tilted, with the right pan being higher than the left pan. The background is a solid dark blue color.

*Амлаев К. Р.
Главный врач МУЗ «Городской центр медицинской
профилактики»
города Ставрополя
кандидат мед. наук*

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

- Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — заболевание, характеризующееся возникновением локальной ишемии миокарда вследствие недостаточности венечного кровотока, как правило, на фоне атеросклероза венечных артерий с сужением их просвета.



АКТУАЛЬНОСТЬ



- ИБС во многих странах мира, включая Россию, — патология, обуславливающая высокие показатели заболеваемости, потери трудоспособности и смертности населения.
- Выделяют ряд факторов (модифицируемых и немодифицируемых), которые ассоциируются с повышенным риском ИБС. Наиболее важные из них: пожилой возраст, мужской пол, АГ, курение, гиперлипидемия, СД, ожирение, сидячий образ жизни.
- Профилактические мероприятия считают более эффективными, если они направлены на пациентов группы высокого риска.
- У значительного числа пациентов с атеросклерозом венечных артерий даже при углублённом опросе не отмечается клинических признаков ИБС (приступов стенокардии).
- Эффективность оперативного лечения убедительно доказана в отношении больных со стенокардией, перенесённым инфарктом миокарда, но сомнительна в отношении пациентов, выявленных при общем скрининге.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ



- В России число лиц, страдающих ИБС, ежегодно увеличивается:
- ✓ стенокардией — на 4,4%;
- ✓ инфарктом миокарда — на 2,5%.
- В структуре обращаемости взрослого населения по поводу болезней системы кровообращения на долю ИБС приходится 26,6%, а в структуре заболеваемости среди взрослого населения — 20,1% (2002 г.).
- Распространённость стенокардии резко увеличивается с возрастом: у мужчин от 2—5% в возрасте 45—54 лет до 11—20% в 65—74 года, а у женщин от 0,5-1% до 10-14% соответственно. Среди лиц среднего возраста стенокардия развивается в 2 раза чаще у мужчин, чем у женщин, а после 75 лет эта разница почти исчезает.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

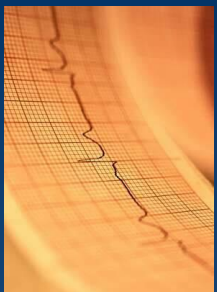
- Только 40—50% всех больных стенокардией знают о наличии у них заболевания и получают соответствующее лечение; в остальных случаях болезнь не диагностирована.
- Высокий общий риск развития фатальных сердечно-сосудистых событий имеют следующие группы пациентов.
- ✓ Больные с установленным ССЗ.
- ✓ Пациенты без симптомов болезни, у которых выявляют множественные факторы риска, и 10-летний риск развития фатального сердечно-сосудистого поражения, равный 5% и выше, значительно повышенные уровни отдельных факторов риска (концентрация общего холестерина выше 8 ммоль/л, ЛНП выше 6 ммоль/л, АД выше 80/110 мм рт.ст.), а также больные, страдающие СД в сочетании с микроальбуминурией.

СКРИНИНГОВЫЕ ТЕСТЫ

Диаграммы риска - позволяют на основании подсчёта суммы факторов рисков (пол, возраст, курение, уровень систолического АД, концентрация холестерина) выделить группу больных с высоким риском. Для оценки общего сердечно-сосудистого риска используют шкалу SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation — системная оценка коронарного риска), в которой учтены все варианты фатальных сердечно-сосудистых событий, развитие которых возможно в течение предстоящих 10 лет жизни у лиц, не имеющих клинических проявлений ИБС.

Диаграммы риска

- В системе SCORE использованы следующие факторы риска: пол, возраст, курение, уровень систолического АД, уровень общего холестерина.
- Критерием умеренного риска служит величина 4—5%, высокого 5—8% и очень высокого — более 8%. Риск прогнозируют до 60-летнего возраста.
- Для оценки персонального риска смерти от ССЗ в течение 10 лет необходимо найти соответствующую ячейку в таблице с учётом пола, возраста, курения. В ней находят ячейку с самым близким значением систолического АД и общего холестерина. Максимальное внимание необходимо уделять лицам среднего возраста, которые имеют риск, равный 5% и выше.
- Для определения относительного персонального риска полученный результат сравнивают с параметрами, соответствующими некурящим пациентам того же возраста и пола, с АД меньше 140/90 мм рт.ст. и уровнем общего холестерина ниже 5 ммоль/л.
- Диаграмму можно использовать для сравнительной оценки перехода из одной категории риска в другую, например при отказе от курения или коррекции других факторов риска.



Электрокардиография

Электрокардиография в состоянии покоя иногда позволяет выявить ишемию миокарда и другие признаки патологии сердца (например, гипертрофию миокарда), перенесённый в прошлом инфаркт миокарда. Однако, по данным многочисленных когортных исследований, у лиц без клинических симптомов ИБС данный метод имеет малую чувствительность; часты случаи первоначально нормальной ЭКГ (ложноотрицательные результаты).

Неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса (сегмента *ST* и зубца *T*), по данным Фремингемского исследования, отмечают в общей популяции у 8,5% мужчин и 7,7% женщин.

Нормальные результаты ЭКГ в покое не исключают ИБС.

Амбулаторное суточное мониторирование ЭКГ

Амбулаторное суточное мониторирование ЭКГ позволяет выявить преходящую (транзиторную) ишемию миокарда, в том числе эпизоды вазоспастической и бессимптомной ишемии. Чувствительность и специфичность изменений сегмента *ST*, выявляемых при мониторировании ЭКГ, для диагностики ИБС ниже, чем у теста с физической нагрузкой.

Метод часто даёт ложноположительные результаты у больных без стенокардии. Для популяционного скрининга данный метод не применяют, но он может быть использован у пациентов с высоким риском ИБС, а также для оценки индивидуального прогноза.

Группы скрининга



- Необходимо оценивать факторы риска ИБС у всех взрослых пациентов, вновь обратившихся за медицинской помощью, не реже одного раза в 5 лет.
- У взрослых пациентов с факторами риска ИБС следует регулярно, не реже одного раза в год, определять общий риск сердечно-сосудистых событий, например с помощью расчётных диаграмм (например, шкалы SCORE). Оценивая риск развития ССЗ, следует учитывать все имеющиеся у данного пациента факторы риска. Даже если уровень каждого из них повышен умеренно, риск развития ССЗ может быть высоким из-за их суммирования.
- Скрининг с проведением нагрузочных проб рекомендован при высоком риске коронарного атеросклероза, а также при обследовании пациентов с СД без клинических симптомов ИБС. Следует информировать пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых событий о возможных проявлениях ИБС и её последствиях, обсуждать целесообразность мероприятий по выявлению ишемии миокарда. У пациента с высоким риском сердечно-сосудистых событий целесообразно провести мероприятия по диагностике ишемии миокарда.



Группы скрининга

Скрининг на ИБС в группах лиц, работа которых связана с возможной опасностью для жизни других людей (водители автомобильного и железнодорожного транспорта, пилоты, диспетчеры и другие профессии), определяется существующими приказами и инструкциями.

- Не рекомендовано проводить рутинный скрининг эпизодов ишемии миокарда (с помощью ЭКГ в покое, пробы с физической нагрузкой или КТ для выявления кальциноза венечных артерий) у взрослых с низким риском ИБС.
- Нет убедительных данных, доказывающих или опровергающих необходимость рутинного скрининга с помощью ЭКГ в покое, пробы с физической нагрузкой или КТ.
- Нет оснований требовать выполнения ЭКГ в покое при принятии на работу взрослых лиц, если нет клинических признаков заболеваний сердца (болей в грудной клетке).

Методика скрининга

- Для диагностики ишемии миокарда могут быть использованы различные методики: опрос, регистрация ЭКГ в покое, нагрузочные тесты (велозргометрия, тредмил-тест), амбулаторное суточное мониторирование ЭКГ и др. Выбор метода определяется принятыми клиническими рекомендациями.
- Решение о частоте регистрации ЭКГ в покое и других исследований, выявляющих ишемию миокарда, принимается врачом.



Дальнейшие мероприятия

При обнаружении ишемии миокарда обследование и лечение пациентов осуществляют в соответствии с принятыми клиническими рекомендациями и стандартами диагностики и лечения стенокардии и других форм ИБС.



СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ



Основной комплекс мероприятий по первичной профилактике ИБС направлен на модификацию факторов риска развития атеросклероза и собственно ИБС.

- **Отказ от курения.** У пациентов, хотя бы временно бросавших курить, реже возникают ССЗ. Прекращение курения больными, перенёсшими инфаркт миокарда, снижает риск развития повторного инфаркта и внезапной смерти на 20—50%.
- В целях борьбы с курением больным могут быть рекомендованы лекарственные средства, помогающие бросить курить, а также специальная аутогенная тренировка, цель которой - выработать отвращение к табаку и курению. Совет врача прекратить курение иногда имеет решающее значение, и не стоит этим пренебрегать.

Коррекция дислипидемии

Пациенты должны контролировать содержание в плазме крови общего холестерина, ЛНП и триглицеридов; ЛВП можно рассматривать в качестве фактора, снижающего риск развития атеросклероза.

Отмечено снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний при назначении статинов в качестве наиболее эффективных лекарственных средств для первичной профилактики: при их приёме отмечают уменьшение содержания общего холестерина на 22% и ЛНП на 30%, а также снижается риск общей смертности на 22%, смертности от всех ССЗ — на 28%.

Применение статинов у лиц с перенесённым инфарктом миокарда с целью вторичной профилактики ИБС, в том числе с СД 2 типа, также сопровождается снижением общей и сердечно-сосудистой смертности.

Целевые уровни концентрации ЛНП в крови

| Категория риска | Целевой уровень ЛНП | Уровень ЛНП, при котором рекомендовано немедикаментозное лечение | Уровень ЛНП, при котором рекомендована лекарственная терапия |
|--|---------------------|--|--|
| ИБС, или её эквиваленты, или 10-летний фатальный риск более 5% | Менее 2,5 ммоль/л | Более 2,5 ммоль/л | Более 3,0 ммоль/л |
| 2 и более факторов риска или 10-летний фатальный риск менее 5% | Менее 3,0 ммоль/л | Более 3,0 ммоль/л | Более 3,5 ммоль/л |
| 0—1 фактор риска | Менее 3,0 ммоль/л | Более 3,5 ммоль/л | Более 4,0 ммоль/л |

СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ

продолжение



Нормализация АД. Доказано, что АД служит существенным и независимым фактором риска. Риск развития ИБС постоянно усиливается при превышении нормального АД: 140/90 мм рт.ст. для лиц без СД и 130/80 мм рт.ст. с СД. Активная диагностика и регулярное лечение АД даёт возможность существенно снизить риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в том числе ИБС.

Коррекция нарушений углеводного обмена. Доказано, что риск развития ИБС у больных СД повышен в 3—5 раз. Осложнения ИБС (нестабильная стенокардия и инфаркт миокарда, угрожающие жизни нарушения ритма сердца) развиваются на фоне СД раньше, чем без него. Сочетание СД и ИБС неблагоприятно с точки зрения прогноза, особенно при неконтролируемой гипергликемии. Относительный риск смерти у лиц с нарушением толерантности к глюкозе повышен на 30%, а у больных СД 2 типа — на 80%, по сравнению с пациентами без нарушений углеводного обмена. Выявление и лечение СД сопровождается снижением риска развития и прогрессирования ИБС, причём у женщин в большей степени, чем у мужчин.

Контроль массы тела

О нормальной массе тела судят по значению ИМТ и отношению объёма талии к объёму бедер. Снижение массы тела показано лицам с избыточной массой тела (ИМТ 25—30 кг/м²) и ожирением (ИМТ более 30 кг/м²). Отношение объёма талии к объёму бедер не должно превышать 1 у мужчин и 0,85 у женщин. Особенно неблагоприятно ожирение по абдоминальному типу (объём талии более 102 см у мужчин и более 88 у женщин). Для снижения массы тела до нормальных значений первостепенное значение имеют низкокалорийная диета и повышение физической активности.



Здоровое питание



Диета способствует снижению риска развития ИБС благодаря многообразному воздействию: нормализации массы тела, АД, липидного обмена, контролю уровня глюкозы в крови, влиянию на процессы тромбообразования и др. Общие рекомендации по диете.

- Следует соблюдать разнообразие рациона питания с преобладанием таких продуктов, как овощи и фрукты, неочищенные злаки и хлеб грубого помола, молочные продукты с низким содержанием жира, обезжиренные диетические продукты, постное мясо и рыба (рыбий жир и полиненасыщенные жирные кислоты обладают специфическими защитными свойствами).
- Общее потребление жиров не должно превышать 30% суточного рациона по калорийности, а доля насыщенных жиров не должна превышать 33% от общего количества жиров. Потребление холестерина не должно быть выше 300 мг/сут.
- Потребление калорий должно быть отрегулировано таким образом, чтобы поддерживать идеальную массу тела. В низкокалорийной диете насыщенные жиры могут быть частично заменены сложными углеводами, мононенасыщенными и полиненасыщенными жирными кислотами, содержащимися в овощах и морепродуктах.

Прочие факторы

При снижении уровня риска ССЗ следует учитывать такие факторы риска развития ИБС и её осложнений, как психосоциальный стресс, воспаление (уровень С-реактивного белка и другие показатели), нарушения системы гемостаза (фибриноген и другие показатели), гомоцистеинемия, функции сосудистого эндотелия, повышенная ЧСС, семейный анамнез ССЗ, развившихся по мужской линии до 55 лет по женской — до 65 лет, состояния, провоцирующие и усугубляющие ишемию миокарда (заболевания щитовидной железы, анемия, хронические инфекции), а у женщин также преждевременную менопаузу, приём контрацептивных гормональных препаратов и другие факторы.

Другие методы профилактики

АцетилСалициловая Кислота

- Длительный регулярный приём ацетилсалициловой кислоты (АСК или аспирин) с целью первичной профилактики ССЗ приводит к достоверному снижению риска на 28%.
- Эффективность препарата значительно возрастает при наличии АГ.
- Серьёзные желудочно-кишечные кровотечения при длительном (в течение 5 лет) приёме ацетилсалициловой кислоты возникают у 2—4 пациентов на 1000 человек среднего возраста и у 4—12 пациентов на 1000 пожилых больных, а геморрагический инсульт — у 0—2 человек на 1000 пациентов (однако эти данные требуют перепроверки, поскольку общее число инсультов слишком мало).
- Пока не доказана эффективность приёма этого лекарственного средства с целью первичной профилактики болезней сердца у женщин и людей старше 75 лет. Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, и использование буферных препаратов незначительно уменьшают побочные эффекты ацетилсалициловой кислоты.



Antithrombotic Trialists' Collaboration:

Дозы АСК

% снижения риска

500–1500 мг

160–325 мг

75–150 мг

< 75 мг

АСК в целом

23% ±2

($p < 0.0001$)

0.0

0.5

1.0

1.5

2.0

АСК лучше

Контроль
лучше

Основной механизм действия АСК

Тромбоциты



АСПИРИН

75 мг

Сосудистая стенка



Дозы и способ применения Кардиомагнила

- **Для профилактики:**
- первый день по 150 мг, далее по 75 мг в сутки вечером, после еды
- **Для лечения:**
- по 150 мг в сутки

• **ДЛИТЕЛЬНО**

Другие методы профилактики

продолжение

Ингибиторы АПФ

- Применяют в качестве средства вторичной профилактики у пациентов с диагностированной ИБС, в особенности у лиц с СД и у пациентов с признаками дисфункции левого желудочка (фракция выброса менее 40%).
- Долговременное назначение ингибиторов АПФ пациентам со стабильной ИБС приводит к уменьшению общей смертности, риска развития инфаркта миокарда и нестабильной стенокардии.

Гормональная заместительная терапия.

- Проведение комбинированной терапии эстрогенами и гестагенами для профилактики ИБС у женщин в постменопаузе не рекомендовано.

Антиоксиданты.

Несмотря на данные ряда наблюдательных и эпидемиологических исследований, в которых был обнаружен положительный эффект от диеты, богатой антиоксидантами, или диеты, обогащенной витамином Е, не рекомендовано принимать в качестве дополнения к лечению витамины С и Е или другие антиоксиданты с целью профилактики или лечения ИБС. Антиоксидантная терапия не влияет на сердечно-сосудистую смертность.

Модификация поведенческих факторов риска

- Большинству лиц с высоким риском развития ИБС, особенно одиноким, находящимся в стрессовом состоянии, социально и экономически дезадаптированным, необходимо изменить образ жизни. Отрицательные эмоции, включая депрессию и гнев, могут препятствовать проведению профилактических мероприятий у этой группы лиц. В амбулаторных условиях наиболее доступны занятия по рациональной психотерапии, групповой психотерапии (коронарный клуб) и аутогенной тренировке.
- Вторичная профилактика у больных с ИБС или другим проявлением атеросклероза основана на оздоровлении образа жизни и коррекции факторов риска, так как они продолжают действовать, способствуя прогрессированию болезни и ухудшая прогноз; другая составная часть профилактики — применение лекарственных средств (ацетилсалициловая терапия, статины, ингибиторы АПФ, антиангинальные препараты и др.).



ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Первичную профилактику проводят в общей популяции, вторичную — среди лиц с ИБС. При работе с пациентом учитывают факторы риска ИБС.
- Рекомендации по профилактике ССЗ (соблюдение диеты, режима физической активности и другие мероприятия) не должны основываться на анализе исключительно какого-либо одного из факторов риска.
- Врачи должны обсуждать с пациентами возможность назначения ацетилсалициловой кислоты, статинов для первичной профилактики ССЗ, если риск заболевания у них выше среднего, принимая при этом во внимание и положительный, и отрицательный эффекты этих лекарственных средств.
- Врачам следует рекомендовать проводить исследование уровня общего холестерина всем лицам старше 20 лет, особенно тем, чьи родственники страдают гиперлипидемией или ИБС с АГ, СД. При наличии 2 и более факторов риска проводят полное исследование липидного профиля. Исследование повторяют через 1 год.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Исследование липидного профиля показано всем больным ИБС, а также в случае, если выявлено повышение уровня общего холестерина или снижение уровня холестерина ЛВП. Исследование проводят 2—3 раза с интервалом 1—8 нед на фоне привычного для больного питания. Врачу следует учитывать, что липидный профиль меняется при похудании, беременности, тяжёлых заболеваниях и больших операциях; в этих случаях исследование откладывают по крайней мере на 6 нед.
- Коррекцию дислипотеидемии у больных стенокардией следует проводить даже при небольших нарушениях в липидном спектре крови.
- Препаратами первого выбора для снижения уровня ЛНП и первичной профилактики ИБС служат статины.
- Врачи общей практики должны выявлять лиц с нарушением углеводного обмена, в том числе с метаболическим синдромом.
- Пациентов с АГ, СД, дислипидемией должен проконсультировать диетолог.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Ведущую роль в снижении избыточной массы тела играет планомерное снижение калорийности пищи. При выборе сбалансированной диеты калорийность суточного рациона уменьшают в среднем на 400-500 ккал. Особое внимание должно быть уделено ограничению потребления поваренной соли с целью предотвращения задержки жидкости в организме и поддержания нормального уровня АД.
- Необходимо стремиться к тому, чтобы АД у пациентов было ниже 140/90 мм рт.ст. При недостаточной эффективности немедикаментозных мероприятий назначают антигипертензивные препараты.
- При назначении ацетилсалициловой кислоты с целью профилактики нужно учитывать:
 - наличие противопоказаний для назначения лекарственных средств, в том числе наличие в анамнезе инсульта, желудочно-кишечного кровотечения;
 - побочные эффекты;
 - состояние ЖКТ, риск кровотечений (при отсутствии данных следует провести обследование пациента до назначения лекарственных средств).



- Для профилактики ССЗ ацетилсалициловую кислоту назначают в дозах 75 мг/сут, 100 мг/сут или 325 мг один раз в два дня. Эти режимы приёма препарата эквивалентны.
- Важно, чтобы решение о приёме ацетилсалициловой кислоты было согласованным, т.е. принято врачом и пациентом.
- Всех больных ИБС, независимо от возраста и наличия сопутствующих заболеваний, необходимо ставить на диспансерный учёт, который включает осмотр кардиологом 1 раз в 6-12 мес., ежегодное проведение инструментальных методов обследования (ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочных проб, суточного мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования АД), определение липидного профиля и уровня физической активности. У пациентов с установленной ИБС кроме мероприятий по изменению образа жизни (прекращение курения, диета, повышение физической активности) следует определить необходимость применения в-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ, лекарственных средств для коррекции гипергликемии.



Спасибо!