

ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ:
«Диспансерное наблюдение
больных ИБС, лечение»

Диспансерное наблюдение больных с ишемической болезнью сердца (ИБС)

Больные ИБС со стабильной стенокардией напряжения I-II функционального класса (ФК) наблюдаются в течение первого года после постановки диагноза врачом-кардиологом (визиты 2 раз в год), а затем врачом-терапевтом (участковым), врачом-терапевтом цехового лечебного участка или врачом общей практики (семейным врачом) с частотой визитов 1-2 раза в год *. В случае обострения заболевания (появление новых симптомов, обострение заболевания) больные должны направляться на консультацию врача-кардиолога. Больные со стенокардией III и IV ФК наблюдаются врачом-кардиологом 3 раза в год в зависимости от течения заболевания*.

При рефрактерности к лечению больные ИБС направляются на консультацию в кардиологические отделения медицинских организаций, кардиодиспансеры, кардиоцентры для решения вопроса о проведении высокотехнологичных методов диагностики и лечения.

* В случае обострения или стабильного течения заболевания, сроки наблюдения определяются врачом индивидуально в каждом конкретном случае.



- **Наблюдение больных, перенесших острый коронарный синдром**

После выписки из стационара больные ИБС, перенесшие острый коронарный синдром (ОКС) наблюдаются врачом-кардиологом до стабилизации состояния больного:

при осложненном инфаркте миокарда - 4 раза в месяц до стабилизации состояния;

при неосложненном инфаркте миокарда - 2 раза в месяц до стабилизации состояния;

при нестабильной стенокардии - 2 раза в месяц до стабилизации состояния.

Через год после стабилизации состояния, больные могут быть переданы под наблюдение участкового врача-терапевта, врача-терапевта цехового лечебного участка, врача общей практики (семейный врач).

Рекомендуемая частота проведения клинико-лабораторных и инструментальных методов обследований больным со стенокардией I-IV ФК участковыми врачами-терапевтами, врачами-терапевтами цехового лечебного участка или врачами общей практики (семейный врач) и врачами-кардиологами представлена в таблице .

Частота проведения клинико-лабораторных и инструментальных методов обследований у больных с различными формами ИБС

Наименование обследований	Периодичность обследований			
	Стенокардия I-II ФК	Стенокардия III-IV ФК	Перенесшие нестабильную стенокардию	Перенесшие инфаркт миокарда
Общеклиническое обследование с измерением АД, ЧСС	при каждом посещении	при каждом посещении	при каждом посещении	при каждом посещении
Общий (клинический) анализ крови развернутый	1	1 раз в год и чаще, по показаниям	2 и чаще, по показаниям	2-4 и чаще, по показаниям
Анализ крови биохимический	2	2 и чаще, по показаниям	2 и чаще, по показаниям	2 и чаще, по показаниям
Показатели липидного обмена (ОХС, ХСЛПВП с расчетом ХСЛНП, ТГ)	2 и чаще, до достижения целевых показателей*	3 и чаще, до достижения целевых показателей*	1 в 3 мес. и чаще, до достижения целевых показателей	1 в 3 мес. и чаще, до достижения целевых показателей
Анализ мочи общий	1	1	1-2	1-2
ЭКГ	2 и чаще, по показаниям	3 и чаще, по показаниям	4 и чаще, по показаниям	4 и чаще, по показаниям
Выполнение нагрузочных тестов	1 и чаще, по показаниям**	1 и чаще, по показаниям	1 раз в год	1 раз в год
Холтеровское мониторирование ЭКГ	1 и чаще, по показаниям***	1 и чаще, по показаниям***	2 и чаще, по показаниям***	2 и чаще, по показаниям***
Эхокардиография	1	1 и чаще, по показаниям	2 и чаще, по показаниям	2 и чаще, по показаниям
Рентгенография органов грудной клетки	1	1	1 раз, чаще по показаниям	1 раз и чаще по показаниям




- **Наблюдение больных с ИБС после чрескожного коронарного вмешательства**

Больные с ИБС, после проведения чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) по поводу стабильной стенокардии напряжения, не сопровождавшейся развитием осложнений на госпитальном этапе, наблюдаются врачом-кардиологом 3 раза в год в течение 1 года. После 1 года больные могут быть переданы под наблюдение врача-терапевта (участкового), врача-терапевта цехового лечебного участка или врача общей практики (семейным врачом) с частотой наблюдения 1 раз в год. Периодичность визитов после выписки из стационара в течение 1 года: 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев.

Рекомендуемая частота проведения клинико-лабораторных и инструментальных методов обследований после проведения ЧКВ по поводу стабильной стенокардии напряжения, не сопровождающейся развитием осложнений на госпитальном этапе приведена в таблице.

Частота проведения клинико-лабораторных и инструментальных методов обследований у больных после проведения ЧКВ по поводу стабильной стенокардии напряжения

Наименование обследований	Периодичность обследований		
	1 месяц	6 месяцев	12 месяцев
Общеклиническое обследование с измерением АД, ЧСС	+	+	+
Оценка рецидива клиники стенокардии	+	+	+
Контроль приема двойной антиагрегантной терапии	+	+	+
Общий (клинический) анализ крови развернутый, контроль уровня нейтрофилов.	При приеме тиклопидина	При приеме тиклопидина	При приеме тиклопидина
Анализ крови биохимический	+	+	+
Показатели липидного обмена (ОХС, ХСЛНВП с расчетом ХСЛНП, ТГ	+	+	+
ЭКГ	+	+	+
Выполнение нагрузочных тестов (предпочтительно стресс-ЭХОКГ или нагрузочная проба со сцинтиграфией миокарда) [*]	+	+	+
Эхокардиография (только в случае исходного снижения ФВ)	+	+	+



При рецидиве симптомов стенокардии необходимо срочное обращение к врачу с проведением внепланового визита. В случае подтверждения возобновления клиники стенокардии и/или выявления ишемии миокарда больным необходимо проведение повторной КАГ. В случае возникновения клиники ОКС или выявлении ишемических изменений на ЭКГ покоя, больные подлежат немедленной госпитализации в стационар для проведения экстренной КАГ.

Критериями эффективности наблюдения за больными после проведения ЧКВ являются модификация факторов риска, достижение целевых уровней липидов крови, целевого уровня АД, приверженность к приему медикаментозных препаратов модифицирующих прогноз пациентов, в особенности приверженность к приему двойной антиагрегантной терапии, своевременное выявление больных с рестенозом/тромбозом стента.

При рецидиве симптомов стенокардии необходимо срочное обращение к врачу с проведением внепланового визита. В случае подтверждения возобновления клиники стенокардии и/или выявления ишемии миокарда больным необходимо проведение повторной КАГ. В случае возникновения клиники ОКС или выявлении ишемических изменений на ЭКГ покоя, больные подлежат немедленной госпитализации в стационар для проведения экстренной КАГ.

Критериями эффективности наблюдения за больными после проведения ЧКВ являются модификация факторов риска, достижение целевых уровней липидов крови, целевого уровня АД, приверженность к приему медикаментозных препаратов модифицирующих прогноз пациентов, в особенности приверженность к приему двойной антиагрегантной терапии, своевременное выявление больных с рестенозом/тромбозом стента.



Медикаментозное лечение ИБС

Более половины успеха можно достичь, не прибегая к лекарствам. Но для наибольшего эффекта необходимо принимать медикаменты, поддерживающие нормальное давление, холестерин и вязкость крови. Принимать лекарства надо постоянно, на протяжении всей жизни. От этого зависит успех лечения. При резком ухудшении самочувствия (*декомпенсации*) бывает необходимо лечение в больнице и прием дополнительных лекарств. Особенно это касается больных в далеко зашедшей стадии болезни и страдающих сердечной недостаточностью. С помощью правильно подобранного лечения эти случаи можно свести к минимуму. Чем меньше пациент вызывает скорую помощь, и реже появляется необходимость лечения в больнице, тем лучше качество контроля над болезнью.

Хирургическое вмешательство при ИБС

Хирургические методы применяются в случае выраженного атеросклероза коронарных артерий, поскольку ни одно лекарство не может уменьшить размер холестериновой бляшки или расширить просвет артерии, кроме хирургического вмешательства. В *тяжелых* случаях застойной сердечной недостаточности единственным эффективным средством остается пересадка сердца.



Показания для госпитализации

Впервые появившиеся боли за грудиной (стенокардия)

Впервые возникший или тяжелый приступ аритмии

Прогрессирующая стенокардия

Декомпенсация сердечной недостаточности (резкое ухудшение самочувствия, сопровождаемое увеличением отеков, одышки, изменениями на ЭКГ)

Подозрения на инфаркта миокарда и другие острые состояния

Подготовка для оперативного лечения

В остальных случаях ИБС успешно лечится в домашних условиях.

Препараты, снижающие артериальное давление

Повышенное артериальное давление негативно воздействует на сосуды сердца и других органов, в результате чего они еще больше сжимаются и получают меньше кислорода. Снижение и постоянное поддержание нормального АД – ключевой фактор в лечении ИБС. Целевым уровнем АД при ИБС является 140/90 мм.рт.ст. и менее для большинства больных, или 130/90 для больных с сахарным диабетом или заболеваниями почек. Для тяжелых больных рекомендованы еще более низкие цифры. В подавляющем большинстве случаев для достижения такого уровня АД требуется постоянный прием гипотензивных препаратов.

Ингибиторы АПФ

Это класс лекарств, блокирующих фермент ангиотензин-2, который вызывает повышение давления и другие отрицательные эффекты на сердце, почки и сосуды. В последнее время доказано множество положительных эффектов ингибиторов АПФ на прогноз у больных ИБС, поэтому они назначаются как можно шире, при отсутствии противопоказаний. К ним относятся, например, эналаприл, лизиноприл периндоприл и другие. При длительном применении могут вызывать кашель, подходят не всем больным.

Блокаторы рецепторов ангиотензина

Эти средства позволяют блокировать не сам ангиотензин-2, а рецепторы к нему, находящиеся в различных органах, в том числе в сердце. В ряде случаев это гораздо эффективнее. БРА снижают давление менее эффективно, чем иАПФ, но зато они имеют несколько дополнительных полезных эффектов на сердце и сосуды. В частности, некоторые из них способны останавливать разрастание сердечной мышцы (гипертрофию) и даже уменьшать ее на несколько процентов. Применяются у всех групп пациентов, а особенно у тех, кто не переносит иАПФ.

Применение длительное, пожизненное, по назначению врача. Примеры препаратов: лозартан («Козаар», «Лозап», «Лориста»), валсартан («Валз», «Диован», «Вальсакор»), кандесартан («Атаканд»), телмисартан («Микардис») и другие.

Препараты, улучшающие работу сердца

Бета-блокаторы

Блокируют рецепторы адреналина и других стрессовых гормонов в сердце. Уменьшают частоту сердечных сокращений и артериальное давление. Благоприятно действуют на сердце при аритмии и могут устранять ее.

Рекомендованы для постоянного применения у всех больных после инфаркта миокарда и предынфарктного состояния, а также с дисфункцией левого желудочка независимо от наличия сердечной недостаточности, при отсутствии противопоказаний.

Применение может быть длительным или краткосрочным, только по назначению врача. Большинство из них противопоказаны при бронхиальной астме, многие повышают сахар крови и не применяются при диабете.

Примеры препаратов: анаприлин, метопролол («Эгилок»), бисопролол («Конкор») и др.

Нитраты

Основные лекарства для купирования (устранения) приступа. К ним относятся такие средства, как нитроглицерин ("Нитроминт"), изосорбида динитрат ("Изокет") и мононитрат ("Моночинкве") и др. Они действуют непосредственно на коронарные сосуды и приводят к их быстрому расширению, а также снижают приток крови к сердцу за счет расширения глубоких вен, которые могут запасать кровь. Все это облегчает работу сердца и снижает его потребность в кислороде, а значит уменьшает кислородное голодание и боль.

В настоящее время нитраты применяются в основном для купирования приступов стенокардии, а для постоянного применения – у тяжелых больных с хронической сердечной недостаточностью. Ко всем нитратам развивается привыкание, и их эффект со временем уменьшается, но после кратковременной отмены он вновь восстанавливается.

Сердечные гликозиды

Дигоксин, коргликон и др. Усиливают сокращения сердечной мышцы и замедляют их частоту. В настоящее время применяются в лечении ИБС нечасто, в основном при мерцательной аритмии и выраженных отеках. Оказывают множество побочных эффектов, особенно в сочетании с мочегонными, в связи с чем должны назначаться врачом только после тщательного обследования.

Препараты, снижающие уровень холестерина

Для большинства больных рекомендуются следующие цифры:

уровень общего холестерина должен быть не более 5 ммоль/л,

уровень холестерина липопротеинов низкой плотности («плохого») – не более 3 ммоль/л,

уровень холестерина липопротеинов высокой плотности («хорошего») не менее 1,0 ммоль/л.

Также играет роль индекс атерогенности и уровень триглицеридов. У тяжелых больных (например с сопутствующим сахарным диабетом) эти показатели рекомендуется контролировать еще строже.

Целевые уровни холестерина достигаются с помощью специальной диеты и лекарственных препаратов. В большинстве случаев одной диеты недостаточно, но без нее прием лекарств не будет столь эффективным. Современные препараты могут значительно снизить уровень холестерина, но их необходимо принимать постоянно. В основном для этого используются лекарства группы статинов (аторвастатин, симвастатин и другие). Конкретный препарат назначает врач.

Препараты, уменьшающие вязкость крови

Чем более вязкая кровь, тем больше вероятность образования тромбов в коронарных артериях и хуже кровоснабжение сердечной мышцы. Для уменьшения вязкости крови используются лекарства двух групп: антиагреганты и антикоагулянты.

Наиболее распространенный антиагрегант – аспирин. Его рекомендуется принимать ежедневно всем больным ИБС всю жизнь в дозе 70 – 150 мг в день (при отсутствии противопоказаний, таких как язва желудка). Больным после операций на сердце и сосудах доза может быть повышена по назначению врача, а также добавлен клопидогрель в дозе 75 мг в день.

У больных с постоянной формой мерцательной аритмии врач может назначить прием более сильного лекарства – антикоагулянта варфарина, в дозировке, обеспечивающей поддержание величины МНО (показатель свертываемости крови) на уровне 2,0 – 3,0. Варфарин растворяет тромбы более активно, чем аспирин, но может вызвать кровотечение. Применяется только по назначению врача после тщательного обследования и под контролем анализов крови.



Препараты, контролирующие уровень сахара (глюкозы) крови

Современный критерий контроля сахарного диабета – уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). Он отражает концентрацию сахара крови за последнюю неделю и не должен превышать 7%. Однократный анализ крови на сахар не отражает истинную картину течения диабета.

Для достижения целевого уровня сахара должны использоваться все нелекарственные меры (диета, физнагрузки, снижение веса), а в случае их недостаточности – специфическая лекарственная терапия по назначению врача эндокринолога.

Другие препараты

Диуретики (мочегонные)

Имеют две сферы применения: в низких дозах для понижения артериального давления (чаще всего в комбинации с другими средствами), в высоких дозах – для выведения жидкости из организма при застойной сердечной недостаточности. Имеют свойство повышать сахар крови, поэтому при диабете применяются в крайних случаях.

Антигипоксанты

Антигипоксанты – это препараты, которые уменьшают кислородное голодание сердечной мышцы на молекулярном уровне. Одним из таких препаратов является триметазидин. Он не входит в стандартные схемы лечения ИБС, может использоваться как дополнительное средство. Не зарегистрирован в фармакопее США.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

Широкомасштабное исследование в США выявило вредное действие этого класса лекарств на прогноз пациентов перенесших инфаркт миокарда. В связи с этим такие лекарства, как диклофенак, ибупрофен не рекомендуются к применению у людей после инфаркта и равноценных ему состояний.

Вакцинация от гриппа