Міністерство охорони здоров’я України
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ

(методичні рекомендації)

Київ – 2016

Міністерство охорони здоров'я України

Український центр наукової медичної інформації

та патентно-ліцензійної роботи

"УЗГОДЖЕНО"

В.о. директора Медичного

департаменту МОЗ України

_____ А.О. Гаврилюк

25.05 _____ 2016 р.

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЛІКАРЕМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИМ ЛІКАРЕМ

(методичні рекомендації)

(90.16/185.16)

Київ – 2016

Установа-розробник:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Автори:

д.мед.н., професор	Л.Ф. Матюха	(044) 288-10-33
к.мед.н., доцент	Л.В. Клименко	(044) 288-10-34
к.мед.н., доцент	О.В. Процюк	(044) 288-10-34
к.мед.н., асистент	Н.В. Малютіна	(044) 288-10-34
к.мед.н., асистент	Л.Г. Матвієць	(044) 288-10-34
к.мед. н.	А.Є. Горбань	(044) 428-37-22
к.мед.н., асистент	О.Є. Кононов	(044) 288-10-34
	О.О. Тарнавська	(044) 288-10-34

Рецензент:

Головний позаштатний спеціаліст зі спеціальності “Кардіологія” МОЗ України д. мед. н., професор М.Ю.Соколов.

ЗМІСТ

	ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
	ВСТУП	7
1.	Визначення, етіологія, патогенез стабільної ІХС	8
2.	Класифікація стенокардії (за МКХ-10)	8
3.	Клініка стабільної стенокардії напруження	9
4.	Діагностика стабільної стенокардії напруження	15
5.	Лікування стабільної стенокардії напруження	19
6.	Профілактика ІХС	22
7.	Диспансеризація хворих зі стабільною стенокардією напруження	40
	ВИСНОВКИ	42
	ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	43

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ІХС	ішемічна хвороба серця
СН	серцева недостатність
ССЗ	серцево-судинні захворювання
ФК	функціональний клас
АГ	артеріальна гіпертензія
ЦД	цукровий діабет
ХХН	хронічна хвороба нирок
ГІМ	гострий інфаркт міокарда
ПКВ	перкутанне втручання
АКШ	аорто-коронарне втручання
ЕКГ	електрокардіографія
ЕхоКГ	ехокардіографія
ОМТ	оптимальна медикаментозна терапія
АСК	ацетилсаліцилова кислота
АПФ	ангіотензин перетворюючий фермент
БАБ	β-адреноблокатори
БКК	блокатори кальцієвих каналів
БРА	блокатори рецепторів ангіотензину
АТ	артеріальний тиск
ЧСС	частота серцевих скорочень
HbA1c	глікозильований гемоглобін
ХС ЛПНГ	холестерин ліпопротеїдів низької густини
ЛШ	лівий шлуночок
ФВ	фракція викиду
ФР	фактор ризику
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗАС	загальний аналіз сечі
ЗХС	загальний холестерин

УКПМД	уніфікований клінічний протокол медичної допомоги
МОЗ	Міністерство охорони здоров’я
ЗОЗ	заклади охорони здоров’я

ВСТУП

Ішемічна хвороба серця (ІХС) займає провідне місце серед причин втрати працездатності та смертності в світі, особливо в економічно розвинених країнах. За офіційною статистикою на 2013 р. поширеність усіх форм ІХС серед дорослого населення України становить приблизно 24%, в тому числі серед осіб працездатного віку – близько 10%. Захворюваність на ІХС складає 2% на рік. Стабільна стенокардія напруження зустрічається приблизно у 35,5% хворих з ІХС, які звертаються за медичною допомогою. Ішемія міокарда при ІХС є основною причиною розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН) з розвитком систолічної та діастолічної дисфункції шлуночків, що при прогресуванні призводить до дилатації порожнин серця. Основною причиною смертності при ІХС є нестабільна стенокардія, гострий інфаркт міокарда та раптова серцева смерть. Тому, знання сучасних методів діагностики і принципів лікування стабільної стенокардії напруження дозволить поліпшити якість допомоги хворим, які страждають на це захворювання.

Окрім цього, велике значення в перебігу ІХС відіграє тривожно-депресивний розлад. Ризик раптової коронарної смерті у хворих на ІХС при малій вираженості депресії (субклінічний і помірний ступінь тяжкості депресивного розладу) збільшується у 1,6 рази, при вираженій депресії (середній і тяжкий ступінь тяжкості) – в 3 рази. Особливо актуальним є вплив тривоги і депресії на розвиток серцево-судинних катастроф серед пацієнтів старше 60 років.

Стратифікація ризику займає важливе місце у процесі надання медичної допомоги пацієнтам з ІХС.

Методичні рекомендації підготовлено в рамках науково-дослідної теми кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л.Шупика “Наукове обгрунтування сучасних підходів до посилення профілактичного напрямку діяльності на первинному рівні надання медичної

допомоги”, державна реєстрація № 0107U009820, термін виконання 2013-2017 рр.

Основною метою методичних рекомендацій є підвищення професійного рівня лікарів загальної практики-сімейних лікарів з питань етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики стабільної стенокардії напруження на первинному рівні надання медичної допомоги.

Методичні рекомендації призначені для лікарів та інтернів за спеціальністю загальна практика - сімейна медицина, дільничних терапевтів.

Стабільна стенокардія напруження – це напади стискаючого болю з локалізацією за грудиною, рідше в ділянці серця, з іррадіацією в ліве плече, ліву руку, ліву лопатку, ліву половину обличчя та шиї, ліву половину нижньої щелепи, які тривають 5-15 хвилин і проходять через 1-2 хвилини після прийому нітрогліцерину.

Етіологія. Основною причиною розвитку стабільної ІХС є атеросклеротичне ураження коронарних артерій. Значно рідше напади виникають на незмінених судинах.

Патогенез. Стабільна ІХС характеризується розвитком епізодів ішемії, які обумовлені дисбалансом між потребами та кровопостачанням міокарда. Зазвичай ці епізоди провокуються фізичними або емоційними навантаженнями чи іншими стресовими ситуаціями і обумовлені гемодинамічно значущими звуженнями (> 50% діаметру) $\geq$ 1 з основних коронарних артерій, проте ці епізоди можуть з'являтись спонтанно.

Класифікація стенокардії (за МКХ-10)

I20-I25 Ішемічна хвороба серця

I20 Стенокардія

I20.0 Нестабільна стенокардія

I20.1 Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, стенокардія Принцметала)

I20.8 Стабільна стенокардія напруження (із зазначенням I-IV ФК за класифікацією Канадської асоціації кардіологів). У пацієнтів з IV ФК стенокардія малих напружень може клінічно проявлятись як стенокардія спокою.

I20.8 Стабільна стенокардія напруження без обструктивного ураження КА за даними ангіографії (кардіальний синдром Х, мікроваскулярна стенокардія)

Клініка. Специфічні особливості больового синдрому, викликаного ішемією міокарда, включають наступні параметри: локалізацію, характер, тривалість болю, його зв'язок з фізичним чи психоемоційним навантаженням, а також фактори, які його усувають.

У типових випадках дискомфорт, обумовлений ішемією, локалізується у загрудинній області з можливою іррадіацією в нижню щелепу, ліве плече, епігастральну область, спину або верхні кінцівки. Дискомфорт характеризується як відчуття стискання, напруження, тяжкості, печії у зазначеній області. Стенокардію напруження може супроводжувати задишка, а також менш специфічні симптоми такі, як слабкість, нудота, відчуття тривоги, головокружіння. Задишка може бути єдиним симптомом стабільної ІХС, у таких випадках необхідна диференційна діагностика з патологією органів дихання. Симптоматика при стенокардії напруження є короткотривалою і у більшості хворих продовжується кілька хвилин (не більше 10 хвилин в цілому). Проте, біль, який триває кілька секунд, не є стенокардією. Важливою характеристикою ангінозного больового синдрому є його зв'язок з фізичними навантаженнями, специфічною активністю чи емоційним стресом. У класичному варіанті симптоматика наростає при збільшенні навантаження, наприклад, при підйомі вгору, а також при ходьбі проти вітру чи в холодну погоду. Посилення симптомів при фізичній активності, після переїдання чи одразу після пробудження у ранкові години також є класичною ознакою стенокардії. Буккальні та сублінгвальні форми

нітратів здатні швидко усунути ангінозний біль і тому вважаються стандартними терапевтичними засобами для таких випадків.

Атипова стенокардія нагадує типові напади, проте їй властиві не усі характерні особливості останніх. Поява стенокардії у стані спокою, з посиленням інтенсивності болю до максимуму протягом до 15 хвилин, повільне зменшення больових відчуттів можуть свідчити про те, що причиною захворювання є коронарний вазоспазм. Відповідна локалізація і характер болю, який може з'являтись не під час навантаження, а після його припинення, недостатня ефективність нітратів часто спостерігаються у пацієнтів з мікроваскулярною стенокардією.

Таблиця 1. Клінічна диференційна діагностика ангінозного та неангінозного болю.

Типовий напад стенокардії	За наявності усіх 3-х з наступних характеристик: 1) загрудинний біль/дискомфорт, що має характерні ознаки та тривалість 2) провокується фізичним навантаженням чи емоційним стресом 3) усувається після відпочинку та/чи прийому нітратів протягом кількох хвилин
Атипова стенокардія	За наявності 2-х з вищеназваних ознак
Неангінальний біль	За наявності тільки 1-ї чи відсутності вищеназваних характеристик

Неангінальний біль не відповідає описаним типовим характеристикам, він може локалізуватись у невеликій ділянці правої або лівої половини грудної клітки і тривати від кількох годин до кількох днів. Як правило, така симптоматика не полегшується після застосування нітрогліцерину (за виключенням випадків езофагального спазму) і може провокуватись

пальпацією відповідних ділянок грудної клітини. За наявності неангінального больового синдрому необхідно шукати некардіальні причини захворювання.

Оцінка ймовірності наявності у пацієнта ІХС. За чинними міжнародними документами визначення показника претестової імовірності (таблиця 2) базується на останніх дослідженнях щодо поширеності ІХС. Цей показник пропонується як стартовий «крок» у діагностичному алгоритмі захворювання.

Таблиця 2. Претестова імовірність ІХС* у пацієнтів з больовим синдромом у грудній клітці

Вік	Типовий напад %		Атиповий напад %		Біль іншої етіології %	
	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

Ймовірність обструктивної ІХС обчислювалась для пацієнтів 35, 45, 55, 65,75 і 85 років

- Білі клітинки у таблиці відповідають низькій претестовій імовірності ІХС < 15%, хворі з такими показниками не потребують подальшого тестування на 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.
- Темно-червоні клітинки – висока претестова імовірність ІХС – > 85%, передбачається, що у таких пацієнтів наявна стабільна ІХС. Вони потребують виключно стратифікації ризику.

Пацієнтам, у яких вірогідність ІХС при визначенні за допомогою таблиці низька і становить менше 15% – білі клітинки – проводиться обстеження з метою визначення інших причин болю у грудній клітці.

Пацієнтам, у яких вірогідність ІХС висока і становить вище 85% – темно-червоні клітинки – виставляється діагноз ІХС.

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, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, з метою верифікації у них діагнозу ІХС. Передбачається, що у таких пацієнтів наявна стабільна ІХС. Вони потребують виключно стратифікації ризику.

Тест оцінки ймовірності ІХС за клінічними ознаками необхідно використовувати з урахуванням іншої клінічної інформації, зокрема, характеру болю, наявності факторів ризику (ФР) та супутньої патології, яка збільшує вірогідність ІХС.

Таблиця 3. Тест оцінки ймовірності 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%.

Якщо больовий синдром не носить характеру стенокардії, то рекомендовані відповідні дослідження для виявлення інших причин болю у грудній клітці, наприклад, за рахунок патології шлунково-кишкового тракту, органів дихання чи кістково-м’язової системи. Разом із тим, ці пацієнти повинні дотримуватись режиму щодо модифікації факторів кардіоваскулярного ризику, базуючись на результатах, визначених за шкалою SCORE.

Рисунок 1. Шкала SCORE для визначення загального кардіоваскулярного ризику

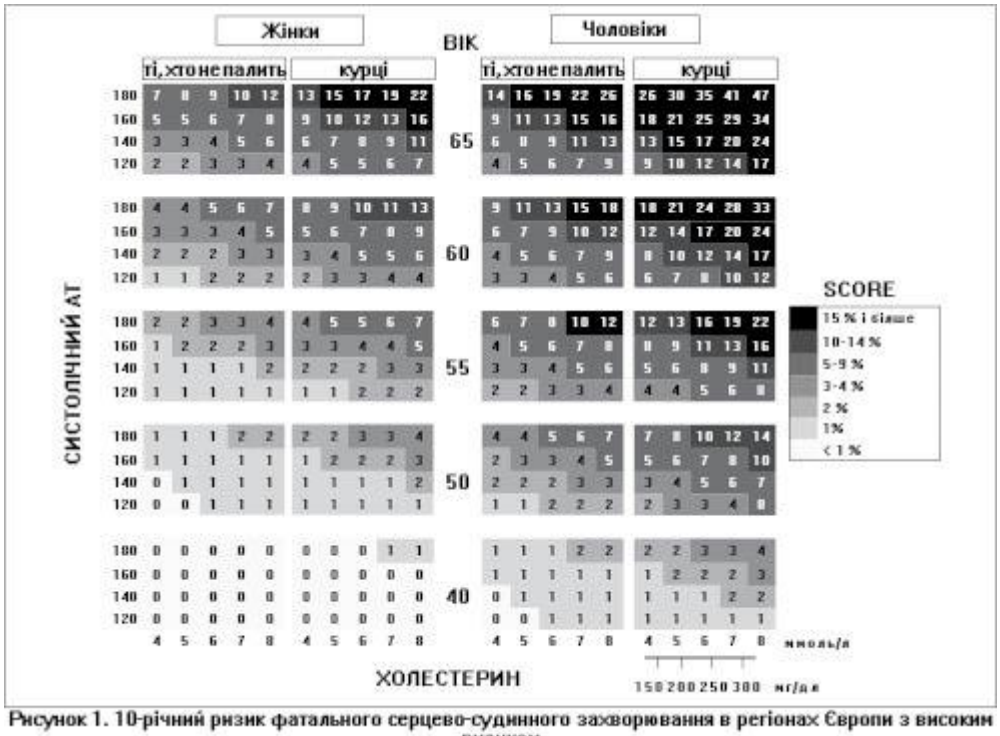

Рисунок 1. 10-річний ризик фатального серцево-судинного захворювання в регіонах Європи з високим ризиком

Загальний кардіоваскулярний ризик пацієнта за шкалою SCORE дозволяє оцінити ймовірність розвитку у пацієнта фатальних серцевосудиннх ускладнень в наступні 10 років.

Тактика подальшого обстеження пацієнтів після пре-тестової оцінки ймовірності ІХС.

1. Пацієнтам, у яких вірогідність ІХС становить 15% та менше або 85% та більше, не потребують направлення до закладів, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, для підтвердження діагнозу ІХС. Пацієнтам з високою вірогідністю – 85% та більше – виставляється діагноз ІХС та призначається медикаментозна терапія. Пацієнтам з низькою вірогідністю – 15% та менше – визначається рівень кардіоваскулярного ризику за таблицями SCORE, корекція факторів ризику, призначається симптоматична терапія та проводяться обстеження для виявлення інших причин болю у грудях.

2. Пацієнти, у яких вірогідність ІХС становить від 15 до 85%, потребують верифікації діагнозу ІХС – за допомогою інвазивних або неінвазивних тестів – і повинні бути направлені до закладів, що надають вторинну та третинну медичну допомогу.

3. Пацієнтам, яким планується проведення додаткових обстежень з метою уточнення діагнозу, призначається немедикаментозне та медикаментозне лікування ІХС при первинному огляді.

Визначення функціонального класу стенокардії.

Функціональний клас (ФК) є показником тяжкості стабільної стенокардії. Для визначення ФК використовують класифікацію Канадського кардіологічного товариства, яка базується на оцінці порогового рівня фізичного навантаження, під час якого з'являються симптоми захворювання.

Таблиця 4. Класифікація Канадського кардіологічного товариства щодо функціонального класу/тяжкості стабільної стенокардії.

Функціональний клас I	*Звичайна фізична активність (ходьба, підйом сходами) не провокує стенокардію.* Стенокардія виникає при значних, раптових чи тривалих навантаженнях
Функціональний клас II	*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 толерантності до фізичного навантаження – ходьба більше 2 кварталів* / підйом сходами вище, ніж на один поверх у звичайному темпі і за нормальних умов.
Функціональний клас III	*Суттєві обмеження звичайної фізичної активності.* Стенокардія виникає при подоланні відстані 1-2 квартали* по рівній поверхні чи підйомі на 1 поверх у звичайному темпі і за нормальних умов.
Функціональний клас IV	*Неможливість виконувати будь-які фізичні навантаження без дискомфорту* – синдром стенокардії може виникати у стані спокою

**** еквівалент 100-200 м***

Діагностика стабільної стенокардії напруження.

Діагноз стабільної ІХС встановлюють:

- за результатами коронарографії;
- за наявності перенесеного ІМ;
- за наявності втручань по реваскуляризації міокарда (стентування КА, аортокоронарне шунтування (АКШ)).

Клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження пацієнтів проводиться з метою:

- встановлення діагнозу ІХС або оцінки вірогідності її наявності;
- виявлення факторів ризику (ФР) розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ);
- виявлення супутньої патології, що негативно впливає на перебіг ІХС (артеріальна гіпертензія (АГ), цукровий діабет (ЦД), хронічна хвороба нирок (ХХН) тощо);
- скринінгу пацієнтів високого ризику за результатами клінічного огляду, які потребують направлення до закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

1**.** Проведення клінічного огляду пацієнта, до якого входять:

- збір скарг та анамнезу;
- визначення факторів ризику;
- фізикальне обстеження серця, легень, органів черевної порожнини.

2**.** Проведення оцінки стану пацієнта за результатами клінічного огляду:

- клінічна оцінка больового синдрому;
- пре-тестова оцінка вірогідності ІХС;
- оцінка вірогідності наявності нестабільної стенокардії та/або гострого коронарного синдрому;

- визначення тактики подальшого обстеження пацієнтів, зокрема, необхідності направлення на вторинний етап надання медичної допомоги з метою верифікації діагнозу ІХС;

- у пацієнтів з вірогідним діагнозом стабільної стенокардії – визначення ФК (класифікація Канадського кардіологічного товариства).

- Проведення аналізу скринінгу депресії у пацієнтів з встановленим діагнозом ІХС за шкалою PHQ-2, а при позитивному результаті - діагностику рівня тяжкості депресивного розладу за шкалою PHQ-9 у відповідності до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» (наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003).

3. Лабораторні обстеження:

- загальний аналіз крові (ЗАК);

- загальний аналіз сечі (ЗАС);

- визначення рівня глікемії натще, загального холестерину (ЗХС), креатиніну.

4. Інструментальні обстеження:

- реєстрація ЕКГ в 12-ти відведеннях;

Бажані:

- ЕхоКГ

- ультразвукове дослідження сонних артерій

ЕКГ у стані спокою має низьку специфічність щодо встановлення діагнозу ІХС. Реєстрація ЕКГ при первинному зверненні пацієнта дозволяє оцінювати динаміку при появі клінічних симптомів, виявити порушення ритму, зокрема, фібриляцію передсердь, або порушення провідності – атріовентрикулярну блокаду, блокаду ніжок пучка Гіса, що впливає на вибір тактики лікування.

При неможливості встановити діагноз ІХС у ЗОЗ та ФОП, які надають первинну медичну допомогу, за необхідності, після призначення терапії щодо корекції ФР та ОМТ, **пацієнти направляються до ЗОЗ, що надають третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.**

У ЗОЗ та ФОП, **які надають вторинну, та у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу,** надається консультативна допомога та проводяться лікувально-діагностичні заходи, які не можуть бути виконані у ЗОЗ та ФОП, які надають первинну медичну допомогу.

У ЗОЗ та ФОП, які **надають вторинну амбулаторну медичну допомогу,** проводиться основний обсяг заходів щодо верифікації діагнозу ІХС та диференційної діагностики болю в грудній клітці, визначення ступеня ризику за результатами інструментальних обстежень, селекція пацієнтів для проведення інвазивних втручань, а також – призначення ОМТ або корекція ОМТ, призначеної у ЗОЗ та ФОП, які надає первинну медичну допомогу, диспансерний нагляд пацієнтів з ІХС високого ризику та заходи профілактики – щодо розвитку гострого інфаркту міокарда (ГІМ) та інших ускладнень ІХС.

До ЗОЗ та ФОП, які **надають вторинну стаціонарну допомогу,** направляються пацієнти, яким необхідне надання інтенсивної медичної допомоги при ускладненому перебігу ІХС до стабілізації їх стану, проведення обстежень, які потребують короткострокової госпіталізації, та обстежень з метою діагностики ІХС та/або встановлення рівня ризику за наявності супутніх захворювань, проведення заходів реабілітації пацієнтам з ускладненим перебігом захворювання, встановлення працездатності. За наявності відповідної матеріально-технічної бази щодо можливості проведення інвазивних втручань у ЗОЗ та ФОП, які надають вторинну медичну допомогу, проводяться інвазивна коронарографія (ІКГ) та реваскуляризація міокарда.

У ЗОЗ, що **надають третинну медичну допомогу**, проводяться високотехнологічні методи обстеження з метою встановлення діагнозу ІХС

та диференційної діагностики болю в грудній клітці, визначення ступеня ризику, проводиться комплексне лікування, в т.ч. оперативні втручання з використанням сучасних високоефективних технологій, визначається план лікування та обстеження після проведення інвазивного або оперативного втручання, проводяться заходи реабілітації та встановлення працездатності. За відсутності матеріально-технічної бази щодо можливості проведення інвазивних втручань, обсяг заходів надання медичної допомоги у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу, згідно з номенклатурою наказів МОЗ України та НАМН України від 24.07.2013 р. № 621/60 та МОЗ України та НАМН України від 11.03.2013 р. № 193/20, відповідає ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

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

1. Нестабільна стенокардія: невідкладна госпіталізація до спеціалізованого відділення; невідкладна допомога згідно з рекомендаціями гострого коронарного синрому (ГКС);
2. Пацієнти, у яких вірогідність ІХС за клінічними ознаками становить від 15 до 85% - з метою встановлення діагнозу та визначення рівня ризику;
3. Пацієнти з ІХС – для стратифікації ризику та оцінки необхідності проведення інвазивних втручань;
4. Пацієнти, у яких на фоні оптимальної медикаментозної терапії клінічна симптоматика ІХС контролюється недостатньо;
5. Пацієнти з підозрою на наявність вади клапанів, кардіоміопатії тощо;
6. 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 перкутанне втручання (ПКВ) або аорто-коронарне шунтування (АКШ), пацієнтів з атеросклерозом артерій нижніх кінцівок – направляються до закладів, що надають третинну

(високоспеціалізовану) медичну допомогу – для проведення обстеження та оцінки необхідності проведення інвазивних втручань.

Додаткові причини:

7. Бажання пацієнта отримати консультацію у лікаря-кардіолога;
8. Наявність проблем з виконанням професійних обов'язків, страхуванням життя або неможливість зміни стилю життя;
9. Встановлення ступеня втрати працездатності.

Після встановлення діагнозу ІХС подальша тактика курації пацієнта визначається ступенем тяжкості симптомів, ризику кардіоваскулярних ускладнень і побажань самого пацієнта. Йдеться про вибір між виключно медикаментозною терапією чи комбінацією реваскуляризації та оптимальної медикаментозної терапії (ОМТ).

Лікування.

Медична допомога надається у відповідності до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань» (наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564) та Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Стабільна ішемічна хвороба серця" (наказ МОЗ України від 02.03.2016 № 152).

Діагностика і лікування супутньої патології проводяться відповідно до медико-технологічних документів, затверджених наказами МОЗ України (Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги "Артеріальна гіпертензія" (наказ МОЗ України від 24.05.2012 №384), Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу (наказ МОЗ України від 21.12.2012 №1118) тощо).

Медична допомога пацієнтам зі стабільною ІХС надається у ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу, а також ЗОЗ, що надають вторинну (спеціалізовану – амбулаторну та стаціонарну) та третинну

(високоспеціалізовану) медичну допомогу. Первинна медична допомога пацієнтам зі стабільною ІХС надається лікарями загальної практики – сімейними лікарями, лікарями-терапевтами дільничними – в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, сільських лікарських амбулаторіях, в центрах первинної медико-санітарної допомоги, на прийомі у лікаря або в денному стаціонарі за місцем перебування пацієнта.

Вторинна амбулаторна медична допомога надається лікарями-кардіологами в діагностичних центрах, поліклініках – центральних міських, міських, центральних районних, районних, в консультативно-діагностичних центрах, спеціалізованих медичних центрах.

Вторинна стаціонарна медична допомога надається у спеціалізованих кардіологічних відділеннях багатопрофільних лікарняних закладів: у багатопрофільних лікарнях інтенсивного лікування, лікарнях відновного (реабілітаційного) лікування, лікарнях планового лікування, обласних центрах кардіологічної допомоги.

Третинна медична допомога надається у науково-дослідних установах, кардіохірургічних центрах – регіонального, міжрегіонального, обласного рівня, відділеннях кардіохірургії.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі повинні відігравати важливу роль у виявленні та веденні пацієнтів зі стабільною ІХС. Зокрема:

1. Виявляти пацієнтів з симптоматикою, яка передбачає можливий діагноз стабільної ІХС, для подальшого обстеження і лікування.
2. Виявляти хворих з підвищеним ризиком розвитку ІХС та проводити роботу щодо модифікації факторів ризику, включаючи зміни способу життя і терапевтичні заходи, з метою зменшення їх ризику у майбутньому.
3. Забезпечити, щоб пацієнти зі стабільною ІХС розуміли переваги прийому лікарських препаратів оптимальної медикаментозної терапії (ОМТ), а також переваги черезшкірного коронарного втручання або аортокоронарного шунтування.

4. Забезпечити систематичний медичний нагляд пацієнтів зі стабільною ІХС для повторної оцінки клінічних симптомів, прийому медикаментів і факторів ризику.

У ЗОЗ, що надають первинну медичну допомогу, проводиться основний обсяг заходів щодо профілактики ІХС – робота з пацієнтом по дотриманню здорового способу життя та корекції факторів ризику, в тому числі медикаментозної, обстеження пацієнтів зі скаргами на біль у грудній клітці з метою проведення диференційної діагностики стенокардії та скринінгу пацієнтів з гострим коронарним синдромом, які потребують надання екстреної допомоги.

Призначається ОМТ стабільної ІХС, проводиться моніторинг стану пацієнтів – контроль симптомів захворювання та корекції факторів ризику після призначеного лікування – та диспансерне спостереження.

Лікарі здійснюють контроль за виконанням пацієнтом рекомендацій щодо лікування та прийому фармакологічних препаратів, які були призначені у закладах, що надають третинну медичну допомогу, після проведення терапевтичних або діагностичних втручань.

Зважаючи на те, що матеріально-технічне забезпечення лікаря загальної практики, який надає первинну медичну допомогу, обмежене щодо засобів, які дозволяють провести верифікацію діагнозу ІХС та встановити рівень ризику, рекомендується зосередити увагу на таких важливих для постановки діагнозу етапах, як: -

- виявлення пацієнтів з клінічними симптомами стенокардії/болем у грудній клітці;
- визначення індивідуальної пре-тестової ймовірності ІХС;
- детальний збір анамнезу пацієнта щодо наявності у нього ФР та супутніх захворювань, наявність яких збільшує ризик розвитку ІХС – цукрового діабету, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, хронічної хвороби нирок;

- проведення лабораторних та інструментальних обстежень – загального та біохімічного аналізів крові – з визначенням рівня глікемії натще, загального холестерину, креатиніну, загального аналізу сечі, електрокардіографії.

При неможливості встановити діагноз ІХС на первинній ланці після призначення терапії щодо корекції факторів ризику та медикаментозної терапії, пацієнти направляються до ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.

Первинна профілактика

Первинна профілактика ІХС полягає у виявленні і корекції доведених факторів ризику ССЗ:

- артеріальної гіпертензії
- тютюнопаління;
- гіперхолестеринемії;
- надлишкової маси тіла;
- недостатньої фізичної активності;

Важливою складовою первинної профілактики ІХС є виявлення та лікування супутньої патології, наявність якої підвищує ризик розвитку ІХС – ЦД ІІ типу, порушення обміну глюкози, атеросклеротичного ураження периферичних артерій, хронічної хвороби нирок, депресії. Згідно доказів, артеріальна гіпертензія, тютюнопаління, гіперхолестеринемія, надлишкова маса тіла, недостатня фізична активність, мають негативний вплив на розвиток ССЗ та є ФР, які піддаються корекції за допомогою модифікації способу життя та фармакотерапії у разі необхідності Окрім цього, цукровий діабет ІІ типу та порушення обміну глюкози**,** атеросклеротичні ураження периферичних артерій, хроніна хвороба нирок, депресія збільшують ризик розвитку ІХС.

Немедикаментозні методи лікування

1. Всім пацієнтам з ІХС рекомендувати немедикаментозну корекцію наявних ФР і модифікацію способу життя:

1.1 Всім, хто має звичку тютюнопаління, слід рекомендувати повну відмову. Всім пацієнтам рекомендувати уникати пасивного тютюнопаління.

1.2 Заохочувати всіх пацієнтів до виконання рекомендацій щодо здорового харчування.

1.3 Рекомендувати всім пацієнтам контролювати масу тіла та об'єм талії. Підтримувати індекс маси тіла в межах 18,5-24,9 кг/м^2, об'єм талії ≤88 см (у жінок), ≤102 см (у чоловіків).

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.

Мета лікування пацієнтів зі стабільною ІХС – зменшення симптомів захворювання, попередження ускладнень ІХС – гострого інфаркту міокарда, хронічної серцевої недостатності, раптової смерті, зменшення частоти госпіталізацій з приводу загострення захворювання та/або виникнення ускладнень, покращення якості життя, збереження працездатності.

Оптимальною медикаментозною терапією стабільної ІХС вважають призначення як мінімум одного антиангінального/антиішемічного засобу для зменшення клінічних проявів стенокардії у поєднанні з препаратами, які покращують прогноз пацієнта – препарати ацетилсаліцилової кислоти (АСК) і статини, а також інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту за показаннями.

Нітрати. Основним гемодинамічним ефектом нітратів, який забезпечує антиішемічну дію, є вазодилятація венозного і артеріального русла, включаючи коронарні судини.

Нітрати короткої дії при нападі стенокардії напруження. Сублінгвальна форма ***нітрогліцерину*** є стандартною стартовою терапією при виникненні нападу стенокардії напруження. Під час нападу пацієнту необхідно сісти (в положенні стоячи є ризик синкопальних станів, у положенні лежачи збільшується приток венозної крові та робота серця) та приймати нітрогліцерин сублінгвально (у дозі 0,3-0,6 мг) кожні 5 хвилин до припинення нападу або досягнення максимальної дози у 1,2 мг нітрогліцерину протягом 15 хв. Нітрогліцерин у формі спрею діє швидше. Нітрогліцерин можна використовувати з метою профілактики розвитку нападів стенокардії – при запланованій фізичній активності, після прийому їжі, при емоційному стресі, у холодну погоду тощо.

Ізосорбіду динітрат (10 мг сублінгвально) дозволяє усунути напад стенокардії протягом 1 години. Для реалізації фармакологічної дії препарат потребує печінкового метаболізму з утворенням активних метаболітів (мононітратів), тому його антиангінальний ефект розвивається повільніше (в межах 3-4 хв.), ніж після прийому нітрогліцерину. Після перорального використання гемодинамічний та антиангінальний ефекти зберігаються протягом кількох годин, що забезпечує більш тривалий антиішемічний ефект, ніж у сублінгвальної форми нітрогліцерину. Максимальна добова доза – 60 мг.

Нітрати тривалої дії для профілактики нападів стенокардії. Нітрати пролонгованої дії можуть втрачати антиангінальну ефективність (феномен толерантності) при регулярному призначенні протягом тривалого часу. Швидкість розвитку толерантності варіює від декількох днів до 2-4місяців і більше. Тому рекомендовані обов’язкові перерви на 8-10 годин у їх прийомі уподовж доби. Максимальна добова доза – 60 мг. У хворого з підвищеною потребою у нітратах добова доза може бути підвищена до 60-120 мг (по 1-2 таблетки 2-3 рази на добу).

Мононітрати за дозуванням та механізмом дії подібні до ізосорбіду динітрату. Толерантність до них, включаючи лікарські форми пролонгованої дії, можна попередити змінюючи дози та час призначення препаратів.

Трансдермальна форма нітрогліцерину не забезпечує 24-годинного ефекту при тривалому призначенні. Це пластир розміром 10-20 см з вмістом нітрогліцерину 25-50 мг. Антиангінальний ефект починається через 30 — 60 хв. Дотримання перерви у 12 годин при застосуванні трансдермальних форм дозволяє отримати швидкий ефект, який розвивається через кілька хвилин після аплікації препарату і утримується до 3-5 годин.

Побічні реакції нітратів. Гіпотензія є найбільш серйозною побічною реакцією на призначення нітратів, головний біль – найчастішою. Поява головного болю (може зменшуватись після прийому препаратів ацетилсаліцилової кислоти (АСК) призводить до розвитку толерантності до лікування Проте, часто головний біль носить тимчасовий характер і проходить, незважаючи на продовження терапії з використанням нітропрепаратів.

β-адреноблокатори. β-адреноблокатори (БАБ) зменшують частоту серцевих скорочень (ЧСС), скоротливість міокарда, ектопічну активність та уповільнюють атріовентрикулярну провідність. Крім того, вони позитивно впливають на перфузію ішемізованих ділянок серцевого м’яза за рахунок подовження діастоли та підвищення судинного опору в неішемізованих ділянках. У пацієнтів, які перенесли ГІМ, прийом БАБ призводить до зниження ризику серцево-судинної смерті та частоти повторного інфаркту на 30%.

БАБ мають доведену антиангінальну ефективність, вони підвищують толерантність до фізичного навантаження та зменшують кількість епізодів ішемії, в тому числі епізодів безбольової ішемії. Для лікування стенокардії БАБ можна комбінувати з дигідропіридиновими блокаторами кальцієвих каналів (БКК). Проте, через ризик виникнення брадикардії або

атріовентрикулярної блокади, не рекомендується застосовувати БАБ з верапамілом або дилтіаземом.

Найчастіше використовують селективні БАБ, які переважно впливають на β_1-адренорецептори – такі, як метопролол, бісопролол, атенолол або небіволол. Часто призначають карведілол, який є неселективним блокатором β- та α_1-адренорецепторів. Усі лікарські препарати, за виключенням атенололу, зменшують ризик серцевих подій та покращують перебіг захворювання у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю.

Блокатори кальцієвих каналів. Основним механізмом дії антагоністів кальцію або БКК є вазодилятація та зниження периферичного судинного опору. БКК є гетерогенною групою препаратів, які за своєю хімічною структурою поділяються на дигідропіридіни – амлодипін, лерканідипін, ніфедипін, фелодипін, і бензодіазепіни – ділтіазем і верапаміл, які є селективними блокаторами L кальцієвих каналів у гладеньких м'язах судин та міокарда.

Недигідропіридинові БКК (блокатори кальцієвих каналів, які зменшують частоту серцевих скорочень)

Верапаміл – серед БКК, має широкий спектр показань до застосування, в тому числі, всі форми стенокардії (напруження, вазоспастична, нестабільна), надшлуночкові тахікардії, АГ. В деяких випадках прийом верапамілу може призвести до розвитку блокади серця, брадикардії і серцевої недостатності. Не рекомендується призначати комбінацію верапамілу з БАБ (у зв'язку з ризиком розвитку блокад серця); у таких випадках рекомендовані дигідропіридинові БКК.

Дилтіазем **–** завдяки меншому ризику побічних реакцій, має переваги при лікуванні стенокардії напруження у порівнянні з верапамілом. Як і верапаміл, він викликає периферичну вазодилятацію, зменшує індуковану навантаженням коронарну вазоконстрикцію, має помірний негативний інотропний ефект та пригнічує функцію синусового вузла. Не

рекомендується застосовувати комбінацію дилтіазему з БАБ та призначати препарат пацієнтам з порушенням функції лівого шлуночка.

Дигідропіридинові БКК

Ніфедипін тривалої дії є потужним артеріальним вазодилататором з незначною кількістю серйозних побічних ефектів. Більшість досліджень щодо ніфедипіна тривалої дії проведено при застосуванні препарату у комбінації з БАБ у пацієнтів зі стенокардією та супутньою АГ. До побічних ефектів, пов'язаних з вазодилятацією, відносять головний біль та набряки нижніх кінцівок.

Амлодипін є ефективним антиангінальним і антигіпертензивним засобом, який призначається лише один раз на день. Амлодипін має незначну кількість побічних ефектів, в основному, це набряки нижніх кінцівок.
Фелодипін, лацидипін та лерканідипін мають такі ж самі властивості дигідропіридинів тривалої дії.

Івабрадин знижує ЧСС за рахунок селективного інгібування *I*(f) – каналів у синусовому вузлі, що призводить до зменшення потреби міокарда в кисні без впливу на скоротливість та рівень АТ. Івабрадин є ефективним антиангінальним препаратом і був схвалений Європейським агентством з лікарських засобів (ЕМА) для терапії стабільної стенокардії у пацієнтів з синусовим ритмом у разі непереносимості чи недостатньої ефективності БАБ щодо контролю ЧСС (>70 уд./хв.). У дозі 7,5 мг двічі на день, на додаток до атенололу, препарат забезпечував кращий контроль ЧСС і симптомів стенокардії.

Ранолазин є селективним інгібітором пізнього натрієвого току, має антиішемічні та метаболічні властивості. В добовій дозі 500-2000 мг ранолазин зменшує симптоми стенокардії та підвищує толерантність до фізичних навантажень без впливу на ЧСС та рівень АТ. У 2009 році ЕМА схвалила використання ранолазину для додаткового лікування стабільної ІХС у пацієнтів з недостатнім контролем симптомів або при непереносимості препаратів першої лінії (БАБ та/або БКК). Ранолазин може призначатись, як

антиангінальний препарат, на додаток до інших загальновизнаних засобів, зокрема, пацієнтам з високим рівнем HbA1c.

Ранолазин подовжує інтервал QT, тому його слід використовувати з обережністю у хворих з подовженим QT та у комбінації з іншими засобами, які можуть збільшувати тривалість інтервалу QT, зокрема з антидепресантами.

Триметазидин – антиішемічний метаболічний засіб з антиангінальною ефективністю при використанні дози 35 мг двічі на день. Триметазидин протипоказаний при хворобі Паркінсона та екстрапірамідних рухових розладах (тремор, м'язова ригідність, розлади ходи та синдром неспокійних ніг). У пацієнтів з ЦД препарат знижував рівень HbA1c та глікемії.

Алопуринол – інгібітор ксантиноксидази, який знижує рівень сечової кислоти у хворих з подагрою, має також антиангінальну дію.

Молсидомін – прямий донатор NO, його антиішемічна дія подібна до ізосорбіду динітрату. Одноразовий прийом молсидоміну тривалої дії у дозі 16 мг/добу має таку саму ефективність, як і прийом препарату у дозі 8 мг двічі на день.

Використання феномену прекондиціонування в лікуванні стабільної ІХС.

Ішемічне прекондиціонування – це процес підвищення стійкості міокарда до ішемії, яке виникає внаслідок впливу на нього коротких (5-8 хвилин) епізодів ішемії з наступною реперфузією. Це призводить до зміни функціонального стану кардіоміоцитів та супроводжується значним обмеженням зони інфаркту, зменшенню ультраструктурних пошкоджень та частоти розвитку аритмій при виникненні критичної ішемії. Однак практичне використання ішемічного прекондиціонування можливе лише в серцево-судинній хірургії, а в терапевтичній практиці використовуються хімічні агенти (активатори АТФ-залежних K^+-каналів) здатні викликати зміни подібні до тих, які відбуваються при ішемічному прекондиціонуванні.

Одним з таких агентів є **Нікорандил** - нітратне похідне нікотинаміду і може бути використаний для тривалого лікування з метою попередження нападів стенокардії, в т.ч. у комбінації з БАБ та БКК. Нікорандил розширює епікардіальні коронарні артерії і стимулює АТФ-чутливі калієві канали в гладеньких м'язах судин, викликає розвиток фармакологічного прекондиціонування міокарда. Тривале пероральне застосування нікорандилу може стабілізувати коронарні бляшки у пацієнтів зі стабільною стенокардією. Побічні реакції виникають рідко, можлива поява виразок у ротовій порожнині, кишківнику та перианальній ділянці. Але в Україні даний препарат не зареєстрований.

Разом з тим, вивчення механізмів ішемічного прекондицінування показало, що його індуктором є молекула аденозину. Важливо, що фармакологічний препарат аденозину здатен викликали зміни в міокарді характерні для пізньої фази прекондиціонування, завдяки чому він є перспективним для використання в клінічній практиці. Однак, аденозин має лише ін’єкційну форму, потребує постійного контролю показників гемодинаміки, а також швидко руйнується в кров’яному руслі.

Саме тому в Україні вітчизняним виробником був створений оригінальний препарат Адвокард, який включає три складових: **магладен**, молсидомін та фолієву кислоту. На сьогодні, він є єдиним препаратом з групи активаторів АТФ-залежних-К-каналів, що дозволяє викликати розвиток фармакологічного прекондиціонування міокарда.

На кафедрі сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика було досліджено вплив препарату Адвокард у пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги I-II ФК на перебіг ІХС відповідно до даних холтерівського моніторування ЕКГ. В дослідженні приймали участь 35 хворих, які були поділені на 2 групи: основну групу склали 20 пацієнтів зі стабільною стенокардією напруги I-II ФК, що приймали базову терапію і додатково препарат Адвокард, до контрольної

групи увійшли 15 хворих, що отримували тільки базову терапію. Середній вік пацієнтів – 64,5 ±1,5 років.

До складу базової терапії входили бісопролол в дозі 5 мг на добу та/або блокатор кальцієвих каналів амлодипін в дозі 5 або 10 мг на добу, ацетилсаліцилова кислота в дозі 75 мг на добу, аторвастатин в дозі 20 мг на добу. Для купірування нападів стенокардії призначали нітрогліцерин. Пацієнти з супутньою артеріальною гіпертензією отримували додатково лізиноприл або еналаприл в дозі 10-20 мг на добу. Пацієнтам основної групи додатково до базової терапії призначали препарат Адвокард в дозі 1 таблетці 3 рази на добу сублінгвально. Курс лікування склав 20 днів. Під час лікування пацієнти вели щоденник, в якому відмічали вираженість клінічних симптомів та необхідність прийому нітратів.

Вплив препарату на клінічний перебіг ІХС, а саме на кількість та тривалість епізодів больової та безбольової ішемії міокарда, оцінювали за даними холтерівського моніторування ЕКГ. Дані, отримані під час проведення дослідження, вносили в індивідуальну реєстраційну форму та амбулаторну картку хворих. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми Statistica 6.0. Результати вважали достовірними при $p<0,05$.

Під час аналізу отриманих даних було виявлено, що прийом препарату Адвокард в комплексній терапії ІХС призвів до достовірного зменшення кількості епізодів як больової, так і безбольової ішемії міокарда та їх тривалості у пацієнтів основної групи порівнено з пацієнтами контрольної групи ($p<0,05$).

Механізм дії даного препарату пов’язаний з комплексним впливом його складових. Основний терапевтичний ефект Адвокарда обумовлений активацією аденозинових рецепторів та стимуляцією АТФ-залежних калієвих каналів під дією одного з його складових – ***магладену***. *Молсидомін* і його активні метаболіти шляхом вивільнення оксиду азоту потенціюють вплив магладену, а також сприяють розширенню коронарних судин і периферичних

вен та зменшують переднавантаження на серце. *Фолієва кислота* приймає участь в метаболічних процесах. Особливо важлива участь фолієвої кислоти в перетворенні гомоцистеїну, знижуючи рівень якого вона справляє антиатерогенний вплив. Отже, Адвокард має антиішемічний, мембраностабілізуючий та антиаритмічний ефекти. Окрім цього, необхідно зазначити хорошу переносимість хворими даного препарату протягом дослідження.

Таким чином, проведене дослідження свідчить про гарну переносимість та безпечність препарату у пацієнтів зі стабільною стенокардією напруження I-II ФК, що дозволяє рекомендувати його для прийому у пацієнтів зі стабільною ІХС як доповнення до стандартної терапії.

Препарат застосовують у складі комплексної терапії ішемічної хвороби серця та серцевої недостатності, стенокардії напруження та спокою; профілактика та лікування нападів стенокардії.

До протипоказань відносяться: індивідуальна підвищена чутливість до препарату або до його інгредієнтів, тяжка артеріальна гіпотензія; тяжкі форми бронхіальної астми; кардіогенний та інші види шоку; гостра стадія інфаркту міокарда, особливо зі зниженим артеріальним тиском; черепно-мозкова травма; синоатріальна та атріовентрикулярна блокада II-III ступеня; геморагічний інсульт; глаукома, особливо закритокутова; неліковані злоякісні новоутворення; дитячий вік; період вагітності або годування груддю.

Використовують препарат сублінгвально (під язик до повного розсмоктування таблетки) по 1-3 таблетці 3 рази на добу протягом 20-30 діб.

Застосування його при хронічній ІХС в комплексі зі стандартною терапією завдяки ефекту прекондиціонування сприяє зменшенню проявів стенокардії та зменшенню пошкодження міокарда при виникненні критичної ішемії. Додавання цього препарату до стандартної схеми лікування ІХС покращує переносимість фізичного навантаження (по даним велоергометрії)

та зменшує наростання артеріального тиску (АТ) і ЧСС під час навантажувального тесту.

Важливою особливістю даного препарату є його здатність зменшувати тривалість як больової, так і безбольової ішемії міокарда. Окрім цього, він сприяє не лише нормалізації симпато-парасимпатичного балансу (завдяки підвищенню активності парасимпатичної ланки та зниженню симпатичної), але й значно збільшує загальний вегетативний тонус. Це позитивно впливає не лише на перебіг загострення ІХС, але й покращує прогноз для пацієнта. Клінічно це проявляється зменшенням аритмій, відчуття перебоїв в роботі серця та серцебиття.

Більше того, препарат не лише ефективно усуває напад стенокардії, але й на відміну від звичайних антиішемічних засобів (наприклад, нітратів) не потребує постійного прийому. Ефект прекондиціонування після його курсового застосування протягом місяця зберігається не менше 3-х місяців.

Не менш важливим питанням є розвиток серцевої недостатності (СН) при ІХС. Доведено, що прекондиціонування дозволяє сповільнити прогресування СН та покращити насосну функцію серця. Даний препарат в комплексному лікування хронічної СН покращує насосну функцію лівого шлуночка та зменшує його дилатацію.

Унікальність використання ефекту прекондиціонування, викликаного за допомогою цього препарату, в тому що, це не лише зменшує симптоматику ІХС, але й покращує прогноз для пацієнта, особливо у випадку виникнення гострих серцево-судинних катастроф.

Таким чином, даний активатор калієвих каналів може стати одним із засобів покращення лікування ІХС в поліклінічній практиці, підвищити якість життя пацієнтів та зменшити ризик фатальних ускладнень.

Застосування у пацієнтів з індивідуальною непереносимістю нітратів.

Досить часто виражена гіпотензія унеможливлює використання нітропрепаратів в лікуванні ІХС. Однак, в такому випадку виникає проблема

покращення якості життя пацієнта, оскільки напади стенокардії досить складно купувати за допомогою інших препаратів. Тому в ситуації вираженої гіпотензії або головного болю (що також погіршує якість життя) на прийом препаратів нітрогліцерину є доцільним використовувати в якості антиангінального засобу даний препарат, який завдяки наявності **магладену** сприяє розширенню дрібних коронарних судин та купуванню ангінозного нападу. Крім того, при регулярному його прийомі, завдяки розвитку феномену фармакологічного прекондиціонування, вдається досягти зменшення частоти та вираженості ангінозних нападів, що значно покращує якість життя пацієнта.

Застосування у пацієнтів із супутньою серцевою недостатністю.

Не менш важливим питанням є розвиток серцевої недостатності (СН) при ІХС. Саме тому велика увага приділяється профілактиці виникнення та прогресування СН внаслідок загибелі кардіоміоцитів (через апоптоз) та розвитку кардіосклерозу та дилатації камер серця.

У хворих на ІХС необхідно максимально зменшити кількість та тривалість епізодів ішемії завдяки використанню нітропрепаратів, феномену прекондиціонування, обов’язкового включення в схему лікування статинів та антиагрегантів (АСК або клопідогрелю). Необхідний контроль артеріального тиску (при супутній артеріальній гіпертензії).

Крім цього, доведено, що прекондиціонування дозволяє сповільнити прогресування СН та покращити насосну функцію серця. Завдяки зменшенню чутливості кардіоміоцитів до ішемії відбувається протистояння їх загибелі під час епізодів ішемії, а попередження накопичення кальцію в клітинах не дозволяє активувати процеси апоптозу. Все це сприяє збереженню більшої кількості функціонально активних кардіоміоцитів, а отже, Адвокард в комплексному лікування хронічної СН покращує насосну функцію лівого шлуночка та зменшує його дилатацію.

Застосування у пацієнтів з низьким артеріальним тиском. Застосування антиангінальних препаратів необхідно починати з дуже

низьких доз, перевагу надавати препаратам з мінімальним впливом на АТ, таким, як івабрадин (у хворих із синусовим ритмом), ранолазин або триметазидин. Також альтернативою в випадку гіпотензії може бути застосування **магладену**, який не впливає на артеріальний тиск, досить ефективно усуває напади стенокардії та попереджає їх наступне виникнення. Завдяки покращенню насосної функції дозволяє попередити подальше зниження АТ.

Застосування у пацієнтів з низькою ЧСС. У ряді досліджень було показано, що збільшення ЧСС у стані спокою є потужним незалежним фактором ризику щодо несприятливого прогнозу у хворих зі стабільною ІХС. Існує лінійна залежність між ЧСС у спокої і розвитком серйозних серцево-судинних ускладнень, з чітким зниженням серцево-судинного ризику при нижчих значеннях ЧСС. Сприятливий ефект зниження ЧСС продемонстровано при використанні різних препаратів. Хоча зниження ЧСС до рівня <60 уд/хв. є цільовим показником для терапії стабільної ІХС, лікування хворих з низькою ЧСС має деякі особливості. Таким пацієнтам рекомендується уникати препаратів, які додатково знижують ЧСС (БАБ, івабрадин, не-дигідропіридинові БКК) або використовувати їх з обережністю, за необхідності, починаючи з дуже низьких доз. Перевага надається антиангінальним засобам, які не знижують ЧСС (нітропрепарати, активатор калієвих каналів) **магладен**.

Профілактика кардіоваскулярних ускладнень.

Антитромбоцитарні препарати знижують агрегацію тромбоцитів і можуть запобігати утворенню коронарних тромбів. Препаратом вибору у більшості пацієнтів зі стабільною ІХС є АСК у низьких дозах. У деяких випадках можна розглянути доцільність призначення клопідогрелю.

Низькі дози ацетилсаліцилової кислоти. АСК є важливою складовою фармакологічної профілактики артеріальних тромбозів. При регулярному прийомі у дозі ≥75 мг/день препарат призводить до незворотної блокади циклооксигенази-1 (ЦОГ-1) тромбоцитів, що супроводжується пригніченням

синтезу тромбоксану. Вищі дози АСК збільшують ризик побічних реакцій з боку шлунково-кишкового тракту, при цьому антитромбоцитарний ефект не збільшується. Оптимальне співвідношення ризику і користі спостерігається при дозуванні препарату 75-150 мг/день.

Інгібітори P2Y12, включаючи тієнопіридини, є антагоністами $P2Y_{12}$ рецепторів тромбоцитів до аденозиндифосфату (АДФ), що мають антиагрегантний ефект. *Клопідогрель* можна використовувати як другу лінію терапії, особливо, при непереносимості АСК. *Прасугрел і тікагрелор* є новими $P2Y_{12}$ антагоністами, їх застосування призводило до більш вираженого пригнічення агрегації тромбоцитів порівняно з клопідогрелем. Прийом прасугрелю і тікагрелору супроводжувався більш значним зниженням ризику серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з ГКС, але немає клінічних досліджень щодо їх використання у пацієнтів зі стабільною ІХС.

Комбінована антитромбоцитарна терапія. Подвійна антитромбоцитарна терапія, яка включає препарати АСК та інгібітори P2Y12, є стандартом лікування пацієнтів з ГКС після стабілізації клінічного стану, та хворих зі стабільною ІХС, яким проведено ПКВ. Комбінована антиагрегантна терапія може мати позитивний ефект у окремих пацієнтів, які мають високий ризик розвитку ішемічних подій, але не може бути рекомендована для рутинного застосування у всіх пацієнтів зі стабільною ІХС.

Гіполіпідемічні препарати. Пацієнти з встановленим діагнозом ІХС мають дуже високий ризик серцево-судинних ускладнень, і потребують призначення статинів у відповідності до Рекомендацій Європейського товариства з атеросклерозу. Цільовий рівень ХС ЛПНГ у таких хворих становить <1,8 ммоль/л, при неможливості досягнення таких показників, рекомендується його зниження > на 50 %.

Блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи. Інгібітори АПФ знижують рівень загальної смертності, частоту ГІМ, інсультів та серцевої недостатності у певних підгрупах, включаючи хворих з серцевою

недостатністю, встановленим діагнозом судинного захворювання та ЦД у поєднанні з високим серцево-судинним ризиком. Отже, призначення інгібіторів АПФ пацієнтам зі стабільною ІХС вважається доцільним, особливо, за наявності АГ, дисфункції ЛШ з ФВ ≤40 %, ЦД або ХХН при відсутності протипоказань.

Блокатори альдостерону, спіронолактон або еплеренон, показані пацієнтам з перенесеним ГІМ, ЦД або СН (ФВ ЛШ ≤40 %), які отримують терапевтичні дози інгібітору АПФ та БАБ, за відсутності вираженого порушення функції нирок чи гіперкаліємії.

Лікування окремих форм стабільної ІХС.

Мікроваскулярна стенокардія. У всіх пацієнтів з мікроваскулярною стенокардією необхідно забезпечити оптимальний контроль факторів ризику.

Рекомендується розпочинати лікування з призначення традиційних антиішемічних засобів. Для лікування нападів стенокардії можна використовувати нітрати короткої дії, але часто вони бувають недостатньо ефективними. Враховуючи, що основним симптомом захворювання є стенокардія напруження, видається доцільним призначення БАБ.

БКК і нітрати тривалої дії, за даним клінічних досліджень, не завжди давали позитивний клінічний ефект, проте ці групи препаратів рекомендовані у комбінації з БАБ при недостатньому контролі симптомів. У деяких випадках, зокрема, у пацієнтів з високою варіабельністю порогового навантаження при стенокардії напруження, БКК можуть призначатись, як засоби першої лінії. Якщо симптоми захворювання зберігаються, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію, доцільне призначення препаратів інших фармакологічних груп. Інгібітори АПФ (можливо також – БРА) позитивно впливають на мікросудинне русло за рахунок нейтралізації вазоконстрикторної дії ангіотензину II. У окремих пацієнтів з мікросудинною стенокардією позитивні результати мало призначення ранолазину та івабрадину.

Оскільки **магладен** ефективно розширює дрібні коронарні судини, зменшує агрегацію формених елементів крові та покращує ендотеліальну функцію, то доцільно включати в схему лікування даної групи пацієнтів даний препарат. В клінічних дослідженнях показано, що він ефективно усуває напади стенокардії, а також зменшує кількість і тривалість епізодів безбольової ішемії міокарда.

Лікування вазоспастичної стенокардії.

У всіх пацієнтів з вазоспастичною стенокардією необхідно забезпечити оптимальний контроль ФР, особливо – відмову від куріння – та обов'язково призначити АСК. Профілактика нападів вазоспастичної стенокардії, в основному, базується на застосуванні БКК. Призначення БКК у середніх терапевтичних дозах (верапаміл або дилтіазем – 240-360 мг/добу або ніфедипін – 40-60 мг/добу) запобігає виникненню спазму судин приблизно у 90% пацієнтів. Деяким хворим для підвищення ефективності лікування можна рекомендувати нітрати тривалої дії. Потрібно уникати прийому БАБ, вони можуть провокувати вазоспазм.

Особливості лікування пацієнтів на ІХС в поєднанні з депресивними розладами.

Тривожно-депресивний розлад не може пройти за допомогою підсилення сили волі пацієнта, його треба лікувати. Деякі антиангінальні препарати можуть викликати депресивний стан, зокрема: неселективні БАБ (пропранолол, метопролол), антиаритмічні (флекаїнідід, пропафенон).

При лікуванні стабільної ІХС в поєднанні з тривожно-депресивними розладами важливо враховувати фармакологічну взаємодію антидепресантів з серцевими препаратами. Серед антидепресантів І лінії, для призначення фахівцями первинної ланки достатньо безпечними і ефективними є препарати двох (антидепресанти збалансованої дії між седативним та стимулювальним впливом; антидепресанти з додатковою седативною дією) із трьох груп за їхнім комплексним клінічним ефектом.

Антидепресанти збалансованої дії між седативним та стимулюючим впливом.

Пароксетин

Побічні дії: підвищення холестерину; рідше - синусова тахікардія, брадикардія.

Може виявляти взаємний вплив на деякі антикоагулянти, що може призвести до підвищення антикоагулянтів і розвитку геморагій.

Флувоксамін

Побічні дії: тахікардія, іноді гіпотензія.

Метаболізується рядом ферментів за механізмом CYP (1A2, 2C19, 2C9, 2D6, 3A4), що призводить уповільнення виведення препаратів, що метаболізуються за участю вказаних ферментів, тому необхідно корегувати дози кардіальних препаратів, зокрема: пропранолол - концентрація підвищується, необхідно зниження дози; варфарин - значно підвищується концентрація у крові, подовжується протромбіновий час (ПЧ); ділтіазем, верапаміл (хоча ці препарати покращують якість життя у пацієнтів з депресією); статини – підвищується доза.

Тіанептин (коаксил)

Побічні дії: тахікардія, екстрасистолія, іноді біль у грудях, відчуття жару.

Сприяє адекватному визначенню емоційного забарвлення інформації, що приходить ззовні та нормалізації функціональної адаптації головного мозку до змін навколишнього середовища. Прискорює відновлення після функціонального пригнічення, впливає на збалансування настрою, знімає соматичні явища, особливо шлунково-кишкові розлади, пов’язані з тривогою і змінами настрою; нормалізує розлади характеру і поведінки, пацієнтів, хворих на алкоголізм, і у період абстиненції. Не впливає: на сон і уважність; холінергічну систему (відсутність антихолінергічних симптомів).

Нейроплант, гіперицин - антидепресанти рослинного походження, покращують настрій, позитивно впливають на розумові та фізичні здібності,

ефективні при легкому та помірному ступені тяжкості тривожно-депресивного та депресивного синдромів. Можлива короткотривала терапія протягом 3 місяців.

Антидепресанти з додатковою седативною дією (згідно наказу МОЗ України від 25.12.2014 № 1003 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії").

Есциталопрам

Найбільш селективний відносно зворотного захоплення серотоніну, тому відсутні ефекти відносно інших амінів.

Пацієнти старші за 65 років: виводиться майже в два рази повільніше, тому доза 5 мг/доба, максимально 10 мг/доба;

При одночасному вживанні необхідно коригувати дози омепразолу, циметидину в зв'язку з метаболічною спорідненістю .

Міансерин

Антидепресант з додатковою седативною дією та нормалізацією сну.

Має протитривожну дію, седативний ефект і дає можливість лікувати порушення сну,спричиненого депресією. В терапевтичних дозах не виявлено антихолінергічної активності, і, відповідно впливу на ССС.

Препарат не виявляє взаємодії з симпатоміметичними і гіпотензивними препаратами, які діють на α- чи β-адренорецептори.

Початкова доза 30 мг/доба, максимальна для літнього віку 60 мг/доба, для середнього віку 90 мг/доба. Прийом один раз на добу, краще на ніч, враховуючи вплив на нормалізацію сну.

Побічні дії на ССС: АГ, периферичні набряки;

можуть спостерігатись після прийому початкової дози: брадикардія, інколи пригнічення функції кісткового мозку – гранулоцитопенія, агранулоцитопенія, лейкопенія, апластична анемія. Може впливати на підвищення концентрації варфарину і розвитку геморагій.

Препарат з обережністю призначають пацієнтам: з факторами ризику подовження інтервалу Q – T / тахікардії типу «пірует», у тому числі із вродженим синдромом подовженого інтервалу Q – T; у віці старше 65 років; жінкам; пацієнтам з структурними ССЗ / дисфункцією лівого шлуночка; під контролем на наявність гіпокаліємії та гіпомагніємії.

Загальні особливості застосування антидепресантів:

На початку лікування, іноді після відміни препарату можуть з'являтися поглиблення тривожно-депресивних розладів, суїцидальні думки, тому при призначенні їх поява вимагає певної настороженості і потреба в обговоренні цих питань з пацієнтом до початку лікування.

Відміняти препарат чи змінювати дозу обов'язково поступово з контрольним консультуванням пацієнта через 2 і 4 тижні після відміни і тільки під лікарським наглядом.

Лікування як усіх пацієнтів з депресивними розладами так і у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями потребує психокорекції та психотерапії.

Контролювати фактори ризику розвитку серотонінового синдрому, зокрема, на початку лікування антидепресантами та через кожні 3 місяці проводити контроль ЕКГ за інтервалом Q – T.

Диспансеризація.

План диспансерного нагляду пацієнта з ІХС у лікарів загальної пратики-сімейних лікарів, які надають первинну медичну допомогу

Таблиця 5.

План диспансерного нагляду пацієнта з ІХС у лікарів загальної пратики-сімейних лікарів, які надають первинну медичну допомогу.

Назва обстеження	Кратність
Клінічний огляд*	1 раз на рік та додатково - за необхідності
ЗАК	1 раз на рік
ЗАС	1 раз на рік
Глікемія натще	1 раз на рік
ЗХС	1 раз на рік
Креатинін	1 раз на рік
ЕКГ	1 раз на рік та додатково - за необхідності
Консультація лікаря-кардіолога	Пацієнти високого ризику – 1 раз на рік обов'язково, інші – за наявності показань

*** клінічний огляд включає:**

1. вимірювання АТ
2. визначення індексу маси тіла
3. визначення об'єму талії
4. оцінка статусу тютюнопаління
5. оцінка рівня фізичної активності (ФК стенокардії)
6. оцінка дотримання засад здорового харчування
7. оцінка обтяженого сімейного анамнезу щодо ССЗ та ЦД – при первинному зверненні
8. інформація щодо планової терапії – перелік препаратів, дози, частота прийому та відмітки щодо прийому призначених препаратів пацієнтом

ВИСНОВКИ

1. Стабільна ішемічна хвороба серця займає одне з провідних місць в структурі патологій в практиці сімейного лікаря та є головною причиною втрати працездатності та смертності.

2. Використання запропонованих методичних рекомендацій допоможе оптимізувати підходи до діагностики, лікування, диспансеризації та профілактики (як первинної так і вторинної) стабільної ішемічної хвороби серця, а також структурувати роботу сімейного лікаря з даною категорією пацієнтів.

3. Чіткі критерії необхідності проведення окремих діагностичних та лікувальних маніпуляцій, а також визначення показань для направлення до спеціалістів вторинної і третинної ланок медичної допомоги дозволять зменшити витрати коштів та прискорити надання необхідного обсягу медичної допомоги.

4. Врахування рекомендацій щодо медикаментозного лікування дозволять лікарю чітко обґрунтувати доцільність та безпечність використання лікарських засобів у конкретного пацієнта і, таким чином, досягти максимальної персоналізації лікування.

5. Використання феномену прекондиціонування завдяки препаратам активаторам АТФ-залежних K^+-каналів (**магладен**) дозволить не лише підвищити ефективність лікування стабільної ішемічної хвороби серця, але й

покращити якість життя та прогноз для пацієнта, як завдяки зменшенню прогресування хвороби та розвитку серцевої недостатності, так і завдяки підвищенню шансів на виживання при виникненні гострих ускладнень таких як нестабільна стенокардія та гострий інфаркт міокарда.

6. Чіткий план диспансерного нагляду пацієнтів дозволить вчасно скоригувати призначене лікування.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “Стабільна ішемічна хвороба серця” ГСТ2016-152-1у.
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах “Стабільна ішемічна хвороба серця” ГСТ2016-564-1а.
3. Наказ МОЗ України від 02.03.2016 № 152 “Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця”.
4. Наказ МОЗ України від 23.11.2011 № 816 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини"
5. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 622 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Хірургія серця і магістральних судин".
6. Наказ МОЗ України від 06.02.2008 № 56 “Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення”.

7. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика серцево-судинних захворювань» ГСТ2016-564-1у.
8. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Профілактика серцево-судинних захворювань» ГСТ2016-564-1а.
9. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в частині профілактики серцево-судинних захворювань".
10. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease //European Heart Journal (2013) 34, 2949–3003.
11. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients with Stable Ischemic Heart Disease//Circulation, 2012, 126: e354-e471.
12. Ватутин Н. К., Калинкина Н. В., Колесников В. С. Вегетативный дисбаланс у больных со стенокардией напряжения: возможности физиологических триггеров процесса прекондиционирования / Український кардіологічний журнал, 2015. – №3. – С.55-59.
13. Беловол А. Н., Князькова И. И., Ярмыш Н. В. Терапевтическая эффективности Адвокарда при хроничесокой сердечной недостаточности / Ліки України, 2012. – Т.9-10, №1-2. – С. 51-55.
14. Ватутин Н. К., Калинкина Н. В., Колесников В. С. Влияние Адвокарда на тяжесть ишемии миокарда у больных стенокардией напряжения / Ліки України, 2013. – Т.14, №1. – 20-22.
15. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)» ГСТ2014-1003-1у.

16. Наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії".
17. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах "Депресія (легкий або помірний депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом)" ГСТ2014-1003-1а .
18. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах "Рекурентні депресивні розлади" ГСТ2014-1003-2а .
19. Денисюк В.І, Нетяженко В.З., Вітенко І.С. та співавт. Внутрішня медицина та тривожно-депресивні розлади: Підручник за заг. ред. В.І.Денисюка – Вінниця: «Консоль», 2011. – 571 с.
20. Медико-психологічні заходи, спрямовані на покращення стану здоров'я пацієнтів з гострими та хронічними хворобами системи кровообігу (на моделі інфаркту міокарду та артеріальної гіпертензії): (метод. рек.) / М-во охорони здоров'я України, Нац. акад. мед. наук, Укр. центр наук. мед. інформації та патент.-ліценз. роботи; авт.: Чабан О.С., Хаустова О.О., Степанова Н.М. – К., 2013. – 30с.
21. О.Чабан, Е. Хаустова, Е Жабенко, А.Олейник. Тревога: история сверхбеспокойных людей – К., 2012. – 130 с.