

**Обновление 2007 г Руководства по лечению больных
стабильной стенокардией
Американских Коллегии Кардиологов и Ассоциации Сердца**

**Снижение сердечнососудистого риска
(риска развития сердечно-сосудистых осложнений)
у больных со стабильной стенокардией.**

**2007 Chronic Angina Focused Update of the ACC/AHA 2002 Guidelines
for the Management of Patients With Chronic Stable Angina**

A Report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines Writing Group
to Develop the Focused Update of the 2002 Guidelines for the Management
of Patients With Chronic Stable Angina.

Table 2. Cardiovascular risk reduction for Patients With Chronic Angina

Circulation 2007;116;2762-2772

Снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов со стабильной стенокардией. Курение.

Рекомендуется прекратить курение и избегать нахождения в обстановке, где курят – «не подвергаться экспозиции к табачному дыму среды»
(как дома, так и на работе).

Рекомендуются наблюдение, направление на специальные программы и/или фармакологическая терапия (включая «замещающую» никотиновую терапию), как ступенчатая стратегия, направленная на прекращение курения.

(Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange/

- Спроси, посоветуй, оцени, помоги, организуй).

I (B). Измененная рекомендация.

Контроль уровня артериального давления (1).

Пациенты должны начать или поддерживать изменение образа жизни (контроль веса, увеличение физической активности, соблюдение умеренности в потреблении алкоголя, ограничение потребления натрия, поддержание диеты, богатой свежими фруктами, овощами и молочными продуктами с низким содержанием жиров).

I (B). Измененная рекомендация.

Рекомендуется контролировать АД в соответствии с Руководством VII Объединенной Национальной Конференции (достижение АД менее 140/90 мм.рт.ст. или менее 130/80 мм.рт.ст. у пациентов с диабетом или хроническими заболеваниями почек).

I (A). Новая рекомендация.

Контроль уровня артериального давления (2).

У пациентов с несомненной коронарной болезнью полезно добавить средство для снижения АД (насколько оно переносимо), начиная лечение с β -блокаторов и/или ингибиторов АПФ, и добавляя другие препараты, если это требуется для достижения «целевого» АД.

I (C). Новая рекомендация.

Контроль уровня липидов крови (1).

Диетическая терапия для всех пациентов должна включать уменьшенное потребление насыщенных жиров (менее 7% от общего числа калорий), транс-жирных кислот, холестерина (менее 200 мг в день).

I (B). Измененная рекомендация.

Целесообразно добавить растительные станола/стеролы (2 г в день) и/или вязкие волокна (более 10 г в день) для дальнейшего снижения ЛНП.

II (A). Новая рекомендация.

Ежедневная физическая активность и контроль веса рекомендованы для всех пациентов.

I (B). Новая рекомендация.

Контроль уровня липидов крови (2).

Может быть целесообразным поощрять всех пациентов потреблять омега-3 жирные кислоты в виде рыбы или в капсульной форме (1 г в день) для снижения риска.

При лечении повышенных триглицеридов для снижения риска обычно необходимы более высокие дозы.

IIb (B). Измененная рекомендация

Рекомендуемая стратегия по отношению к липидам включает оценку липидного профиля натощак.

I (A). Измененная рекомендация.

Контроль уровня липидов крови (3).

- a) Холестерин (ХС) ЛНП должен быть менее 100 мг/дл (2.6 ммоль/л) и:
I (A). Измененная рекомендация.
- b) целесообразны снижение ХС ЛПНП ниже 70 мг/дл (1.8 ммоль/л) или терапия высокими дозами статинов;
IIa (A). Новая рекомендация.
- c) если исходный уровень ХС ЛНП ≥ 100 мг/дл, должна быть начата лекарственная ЛНП-снижающая терапия в дополнение к терапевтическим изменениям образа жизни; если ЛНП-снижающая терапия используется у людей с высоким или умеренным риском, рекомендуется, чтобы интенсивность терапии была достаточной для достижения снижения уровня ЛНП на 30%-40%;
I (A). Измененная рекомендация.

Контроль уровня липидов крови (4).

a) Холестерин (ХС) ЛНП должен быть менее 100 мг/дл (2.6 ммоль/л) и:
I (A). Измененная рекомендация.

...

d) если на фоне лечения уровень ЛНП ≥ 100 мг/дл (2.6 ммоль/л),
ЛНП-снижающая терапия должна быть усилена;
I (A). Измененная рекомендация.

e) если исходный уровень ЛНП 70-100 мг/дл (1.8 - 2,6 ммоль/л),
целесообразно лечение
для его снижения менее 70 мг/дл (1.8 ммоль/л).
IIa (B). Новая рекомендация.

Контроль уровня липидов крови (5).

f) При триглицеридах 200-499 мг/дл (2.28-5.7 ммоль/л), ХС не-липопротеинов высокой плотности (неЛВП) должен быть менее 130 мг/дл (3.36 ммоль/л);

I (B). Измененная рекомендация.

g) Целесообразно дальнейшее снижение ХС не-ЛВП до уровня менее 100 мг/дл (2.6 ммоль/л), если триглицериды находятся в диапазоне 200-499 мг/дл (2.28-5.7 ммоль/л);

IIa (B). Новая рекомендации.

h) Терапевтические возможности для снижения ХС не-ЛВП:

- ниацин может быть полезным для снижения ХС не-ЛВП (после ЛНП-снижающей терапии) или
- терапия фибратами может быть полезна для снижения ХС не-ЛВП (после ЛНП-снижающей терапии);

IIa (B). Новая рекомендация.

Контроль уровня липидов крови (6).

i) Если триглицериды 500 мг/дл (5.7 ммоль/л) или выше, терапевтические опции для снижения триглицеридов и уменьшения риска панкреатита – фибраты или ниацин.

Они должны быть начаты до начала терапии, снижающей ХСЛНП.

Цель вмешательства – снижение ХС не-ЛВП менее 130 мг/дл (3.36 ммоль/л) (если возможно).

I (C). Измененная рекомендация.

Контроль уровня липидов крови (7).

Следующая стратегия по влиянию на липиды может быть полезной:

а) Если выбранная цель лечения – уровень ХСЛНП менее 70 мг/дл (1.8 ммоль/л), то для ее достижения рассмотрите титрование дозы препаратов с тем, чтобы минимизировать побочные эффекты и стоимость лечения.

Если уровень ХСЛНП ниже 70 мг/дл (1.8 ммоль/л) не может быть достигнут в связи с высоким исходным уровнем ХСЛНП, обычно возможно добиться снижения ХСЛНП более чем на 50% статинами или комбинациями препаратов, снижающих ХСЛНП.

IIa (C).

Комбинации препаратов полезны у пациентов, получающих снижающую липиды терапию, не приведшую к снижению ХСЛНП менее 100 мг/дл (2.6 ммоль/л).

I (C). Новая рекомендация.

Физическая активность (1).

Рекомендуется физическая активность по 30-60 минут 7 дней в неделю (минимум 5 дней в неделю). Всем пациентам нужно настоятельно советовать аэробные нагрузки средней интенсивности от 30 до 60 минут в большинство дней недели предпочтительно ежедневно, такие как быстрая ходьба, дополненные увеличением повседневной активности (ходьба во время перерыва на работе, садоводство, работа по дому).

I (B). Измененная рекомендация.

Оценка сердечно-сосудистого риска пациента должна проводиться с учетом его физической активности в прошлом. Выполнение теста с физической нагрузкой помогает рекомендовать пациенту определенный объем физических нагрузок.

I (B). Новая рекомендация.

Физическая активность (2).

Программы кардиальной реабилитации под наблюдением медицинских работников рекомендуются для больных повышенного риска (недавно перенесшим острый коронарный синдром или реваскуляризацию, пациентам с сердечной недостаточностью).

I (B). Измененная рекомендация.

Может быть целесообразным расширение физической активности включением силовых тренировок (с работой против сопротивления) 2 раза в неделю,.

IIb (C). Новая рекомендация.

Контроль массы тела (1).

Индекс массы тела и окружность талии должны оцениваться регулярно. На каждом визите пациента нужно настойчиво поощрять осуществлять поддержание или снижение массы тела путем установления баланса между физической активностью и потреблением калорий, и, также, когда это показано, с помощью формальных поведенческих программ - с целью достижения и удержания индекса массы тела между 18.5 и 24.9 кг/м².

I (B). Измененная рекомендация.

Контроль массы тела (2).

Если окружность талии ≥ 89 см у женщины или 102 см у мужчины, полезно начать изменения образа жизни, и при наличии показаний, рассмотреть лечебные стратегии в отношении с метаболического синдрома. У некоторых пациентов-мужчин могут развиваться множественные метаболические факторы риска при только погранично увеличенных значениях окружности талии (94-102 см). В резистентности к инсулину у этих людей может быть сильным вклад генетического фактора. Но изменение жизненных привычек должно принести им такую же пользу, как и мужчинам с увеличением окружности талии, соответствующем критерию метаболического синдрома (т.е. ≥ 102 см).

I (B). Измененная рекомендация.

Начальной целью терапии, направленной на снижение массы тела, должно быть постепенное ее уменьшение примерно на 10% от исходной. При достижении этой цели, могут быть предприняты дальнейшие попытки снижения массы тела (если это показано согласно дальнейшему обследованию).

I (B). Измененная рекомендация.

Лечение сахарного диабета.

Лечение диабета должно включать изменение образа жизни и меры фармакологической терапии для достижения «около нормальных» значений HbA_{1c} .

I (B). Измененная рекомендация.

Активная модификация других факторов риска (физическую активность, контроль массы тела, контроль АД, контроль уровня холестерина) должно быть начата и продолжена в соответствии с рекомендациями.

I (B). Измененная рекомендация.

Антитромбоцитарные средства и антикоагулянты

Прием аспирина в дозе 75-162 мг в сутки должен быть начат и продолжен неопределенно долго у всех пациентов при отсутствии противопоказаний.

I (A). Измененная рекомендация.

Использование варфарина в сочетании с аспирином или клопидогрелем связано с увеличенным риском кровотечений. Наблюдение за пациентами, принимающими такую комбинацию, должно быть особенно тщательным.

I (B). Измененная рекомендация.

Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (1).

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента должны быть начаты у всех пациентов с фракцией выброса левого желудочка 40% или менее, а также пациентам, с гипертензией, диабетом или хроническим заболеванием почек при отсутствии противопоказаний. Прием этих препаратов должен продолжаться неопределенно долго.

I (A). Измененная рекомендация.

Ингибиторы АПФ должны быть начаты, и их прием должен продолжаться неопределенно долго при отсутствии противопоказаний у пациентов с риском выше низкого (низкий риск имеют пациенты с нормальной фракцией выброса, с хорошо контролируемым факторами сердечно-сосудистого риска, а так же пациенты, которым была выполнена реваскуляризация).

I (B). Измененная рекомендация.

Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (2).

Целесообразно использовать ингибиторы АПФ и у пациентов «низкого» риска с незначительно сниженной или нормальной фракцией выброса, у которых хорошо контролируются сердечнососудистые факторы риска и выполнена реваскуляризация.

IIa (B). Новая рекомендация.

Блокаторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (3).

Блокаторы рецепторов к ангиотензину рекомендуются пациентам с гипертонией, а так же пациентам, имеющим показания к ингибиторам АПФ, но не переносящих их, пациентам с сердечной недостаточностью, пациентам, перенесшим инфаркт миокарда с фракцией выброса левого желудочка 40% или менее.

I (A). Новая рекомендация.

Комбинация блокаторов рецепторов к ангиотензину и ингибиторов АПФ может быть рассмотрена у пациентов с сердечной недостаточностью, обусловленной систолической дисфункцией левого желудочка.

IIb (B). Новая рекомендация.

Блокаторы альдостерона рекомендуется использовать у пациентов, перенесших инфаркт миокарда с фракцией выброса левого желудочка 40% или менее (с диабетом или сердечной недостаточностью), не имеющих значимой почечной недостаточности или гиперкалиемии, уже получающих терапевтические дозы ингибитора АПФ и β -блокатора.

I (A). Новая рекомендация.

Бета- блокаторы.

Полезно начать терапию β -блокаторами и продолжать ее неопределенно долго у всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, или имеющих дисфункцию левого желудочка с симптомами сердечной недостаточности или без них, в отсутствии противопоказаний.

I (A). Измененная рекомендация.

Вакцинация против гриппа.

Пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями
рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа.

I (B). Новая рекомендация.