

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Справочное руководство для врачей амбулаторной практики. Выпуск 8, 2022 год

СТАБИЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Под общей редакцией А.И. Мартынова, академика РАН

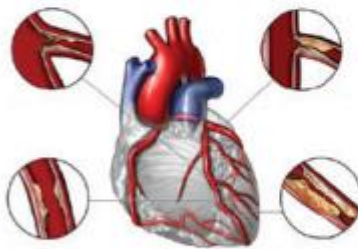
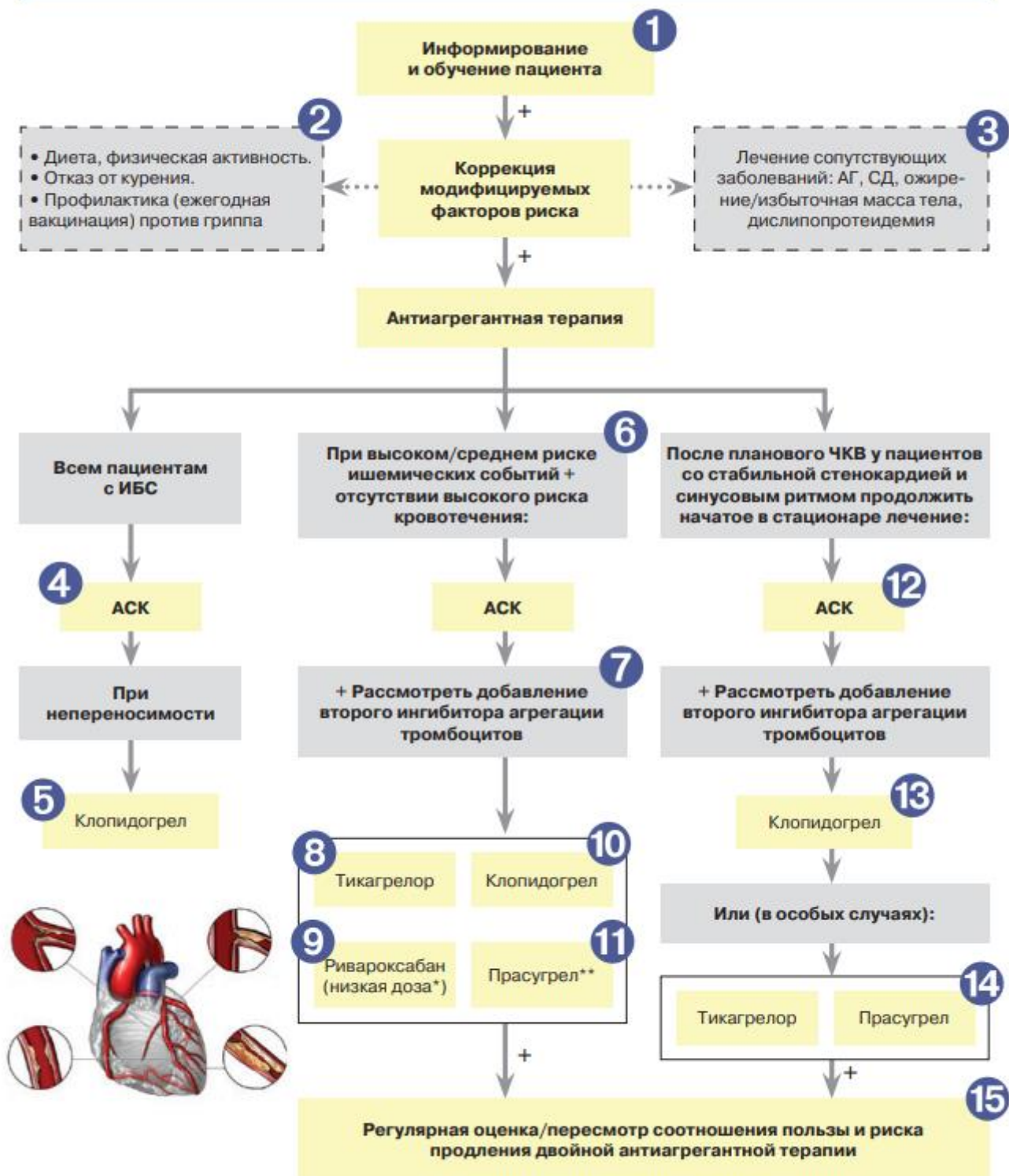
Базовая структура инфографики соответствует следующим источникам:

Клинические рекомендации. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Российское кардиологическое общество при участии Национального общества по изучению атеросклероза, Национального общества по атеротромбозу, Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России. 2020. Доступ: http://cr.rosminzdrav.ru/schema/155_1 (рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России).

Адаптировано и переработано со ссылками на использованную литературу

Для цитирования: Стабильная ишемическая болезнь сердца. Алгоритмы диагностики и лечения. Терапия. 2022; 5 (приложение): 102–129. Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/therapy.2022.5suppl.102-129>

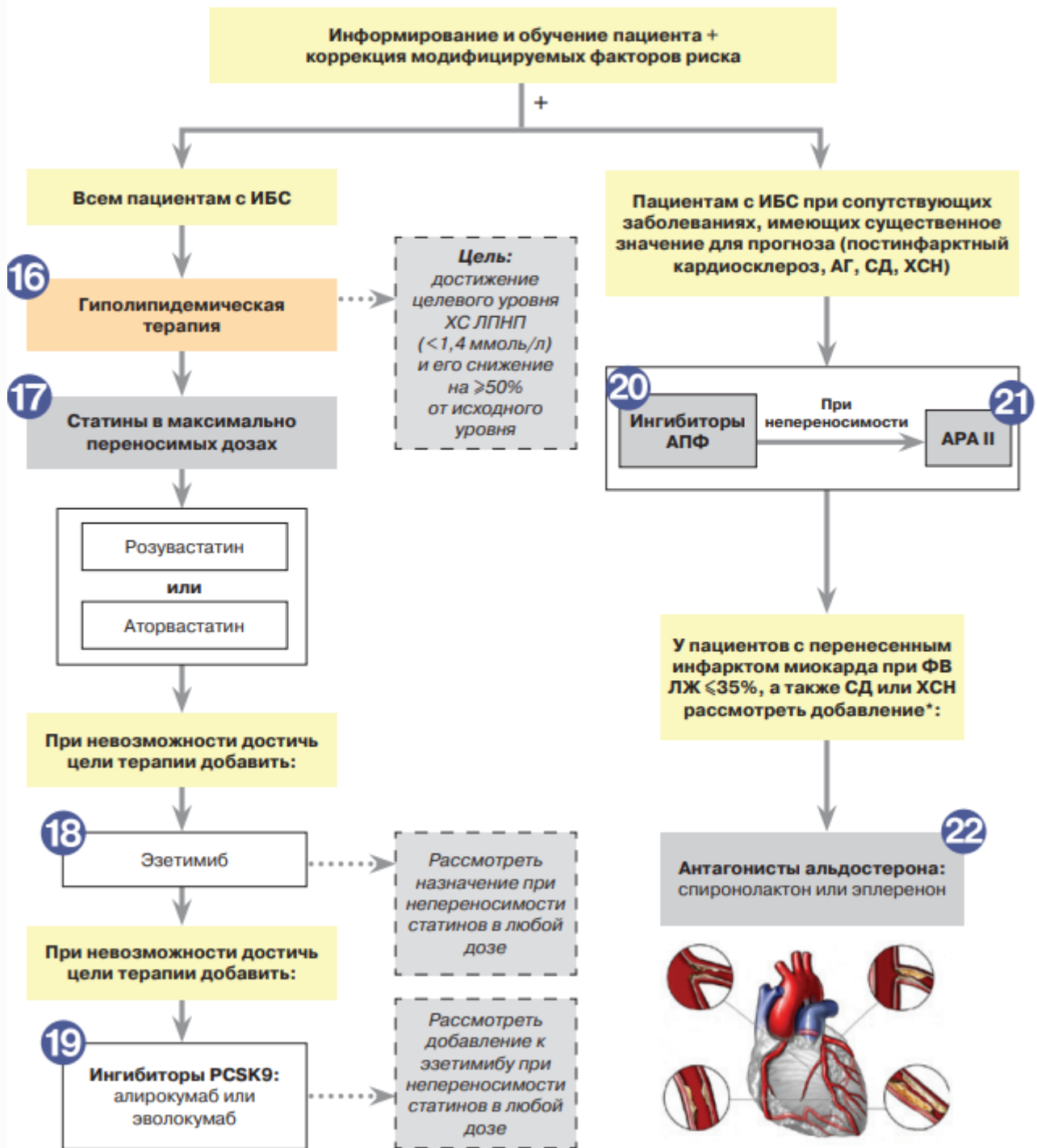
**СТАБИЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ЛЕЧЕНИЕ,
НАПРАВЛЕННОЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
ЧАСТЬ I – АНТИАГРЕГАНТНАЯ ТЕРАПИЯ [1]**



Примечания: * – 2,5 мг 2 раза/сут; ** – у пациентов, перенесших инфаркт миокарда и подвергнутых ЧКВ (в продолжение терапии, назначенной на стационарном этапе).
АГ – артериальная гипертензия; СД – сахарный диабет; АСК – ацетилсалициловая кислота; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство.

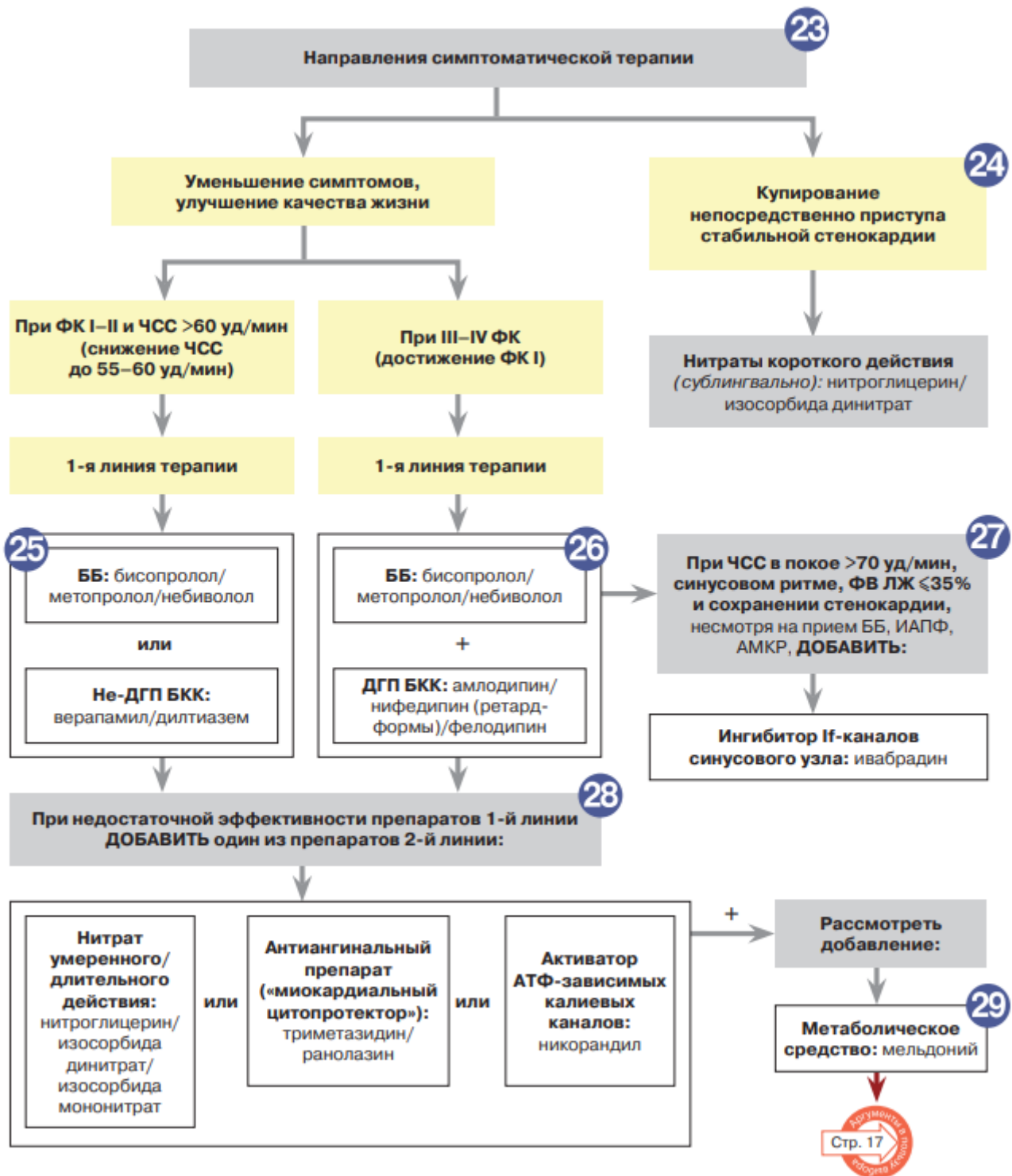


СТАБИЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ЛЕЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА ПРОФИЛАКТИКУ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. ЧАСТЬ II – ГИПОЛИПДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, КОРРЕКЦИЯ КОМОРБИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ [1]



Примечания: * – у пациентов, которые уже получают терапевтические дозы ингибитора АПФ и бета-адреноблокатора.
 АГ – артериальная гипертензия; СД – сахарный диабет; ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности; ИБС – ишемическая болезнь сердца;
 PCSK9 – пропротеин-конвертаза субтилизин/кексин типа 9; АПФ – ангиотензинпревращающий фермент; АРА II – антагонисты рецепторов ангиотензина II;
 ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка.

СТАБИЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ЛЕЧЕНИЕ, НАПРАВЛЕННОЕ НА УМЕНЬШЕНИЕ СИМПТОМОВ [1]



Примечания: ФК – функциональный класс; ЧСС – частота сердечных сокращений; ББ – бета-блокатор; ДГП БКК – дигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов; Не-ДГП БКК – недигидропиридиновый блокатор кальциевых каналов; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ИАПФ – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; АМКР – антагонисты минералокортикоидных рецепторов (антагонисты альдостерона).



1.

- Информирование и обучение – необходимый компонент лечения, поскольку правильно информированный и обученный больной более тщательно выполняет врачебные рекомендации и может самостоятельно принимать важные решения в

зависимости от симптомов заболевания. Следует обсудить с пациентом перспективы как медикаментозного, так и хирургического лечения выявленной у него формы ИБС, а также оговорить необходимость и периодичность дальнейших инструментальных и лабораторных исследований. Рекомендуется рассказать о самых типичных симптомах нестабильной стенокардии, острого инфаркта миокарда и подчеркнуть важность своевременного обращения за помощью при их появлении, дать больному конкретные советы по здоровому образу жизни и важности правильного лечения сопутствующих заболеваний [1].

2.

- При выявлении избыточной массы тела рекомендуется ее снижение с помощью дозированных физических нагрузок и низкокалорийной диеты. При необходимости рекомендуется направить пациента к врачу-диетологу для коррекции диеты и/или подбора медикаментозного лечения ожирения: ЕОК I C (УУР C, УДД 5) [1, 3].
- Всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется соблюдение специальной диеты и регулярный контроль массы тела: ЕОК I C (УУР C, УДД 5) [1, 3]. Основная цель диетотерапии при этом заболевании – снижение избыточной массы тела (нормальный ИМТ – 18,5–24,9 кг/м²) и уровня общего холестерина (ОХС) крови. Строгой диетой можно добиться снижения уровня ОХС плазмы на 10–15%. Снижение избыточной массы тела снижает риск общей и сердечно-сосудистой смерти [1].
- Основные требования к диете при стабильной ИБС [1]: – энергетическая ценность до 2000 ккал/сут; – содержание ОХС в пище до 300 мг/сут; – обеспечение за счет жиров не более 30% энергетической ценности пищи. • Целесообразно рекомендовать увеличение в пищевом рационе содержания свежих фруктов и овощей (более 200–300 г/сут), пищевых волокон, цельных зерен, уменьшение употребления сладкого и сладких газированных напитков. Следует ограничивать употребление жирных сортов мяса, вообще красного мяса и гастрономических продуктов. Полезно употребление рыбы 2 раза в неделю. Больным ИБС, особенно с сопутствующей АГ, следует ограничивать употребление поваренной соли до 5 г/сут. Употребление 1–2 порций алкоголя в сутки безопасно для пациентов с ИБС [1].
- Наиболее приемлемые типы нагрузки при ИБС – ходьба, прогулки, плавание. Физическая нагрузка оказывает многочисленные положительные эффекты на факторы риска и физиологические процессы в сердечно-сосудистой системе: тренирующий эффект с увеличением толерантности к физической нагрузке, повышение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), снижение массы тела, уменьшение психологического стресса, положительные эмоции, особенно при занятиях в группах. Увеличение пикового потребления кислорода на 1 мл/кг/мин сопровождается снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний на 14–17% и смерти от всех причин. Малоподвижный образ жизни, напротив, влияет на больного ИБС неблагоприятно [1].
- Курящим пациентам настоятельно рекомендуется отказ от курения при помощи не только изменения поведенческой стратегии, но и использования фармакологической поддержки; необходимо избегать также пассивного курения: ЕОК IC (УУР C, УДД 5) [1, 3].

- Пациентам с ИБС, особенно пожилым, рекомендована ежегодная вакцинация против гриппа для снижения риска сердечно-сосудистых осложнений и улучшения качества жизни: ЕОК – IV (УУР – С, УДД – 5) [1, 3].

3.

- Повышенное АД – важнейший фактор риска развития атеросклероза и осложнений ИБС. Поэтому при сопутствующей артериальной гипертензии (АГ) рекомендуется включать в состав медикаментозной терапии антигипертензивные средства для достижения целевого уровня АД <140/80 мм рт.ст. (первичная цель), при условии хорошей переносимости и в возрасте до 65 – <130/80 мм рт.ст. (вторичная цель), но не менее 120 и 70 мм рт.ст.: ЕОК – IV (УУР – В, УДД – 1) [1].
- Нарушение углеводного обмена и сахарный диабет (СД) увеличивают риск сердечно-сосудистых осложнений у мужчин в 3 раза, а у женщин в 5 раз по сравнению с лицами без СД. В связи с этим у больных стабильной ИБС при сопутствующем СД рекомендуется достижение целевых уровней гликемии (гликированного гемоглобина) с помощью диеты и гипогликемических средств. Важно при этом избегать эпизодов гипогликемии, которые ухудшают прогноз у пациентов с ИБС. При необходимости рекомендуется направлять пациента к врачу-эндокринологу для коррекции диеты и/или медикаментозного лечения: ЕОК – IC (УУР – С, УДД – 5) [1, 3].
- Получены данные, свидетельствующие о благоприятном прогнозе на течение ИБС, гипогликемических средств из групп ингибиторов натрийзависимого котранспортера глюкозы 2-го типа и аналогов глюкагоноподобного пептида-1, в том числе у лиц, перенесших инфаркт миокарда, а также имеющих сердечную недостаточность с низкой ФВ ЛЖ [1].

4.

- Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений всем пациентам со стабильной ИБС в качестве ингибитора агрегации тромбоцитов рекомендуется назначение ацетилсалициловой кислоты (АСК) в дозе 75–100 мг/сут: ЕОК – IA (УУР – А, УДД – 1) [1, 5]. АСК остается самым распространенным и доступным антиагрегантом и в отсутствие противопоказаний должна быть назначена всем больным со стабильной ИБС [1].
- Возможность назначения АСК 75–100 мг/сут с целью профилактики сердечно-сосудистых осложнений рекомендуется также рассмотреть у больных без клинических проявлений стенокардии, но с поражением коронарных артерий по данным визуализирующих методов [1].

При непереносимости АСК в качестве альтернативного ингибитора агрегации тромбоцитов для профилактики кардиоваскулярных осложнений пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить клопидогрел в дозе 75 мг/сут: ЕОК – IV (УУР – А, УДД – 2) [1, 6]. Нет данных о преимуществах других ингибиторов агрегации тромбоцитов (prasugrela и тикагрелора) перед АСК или клопидогрелом у больных стабильной ИБС. Применение

тикагрелора можно рассмотреть в крайних случаях у пациентов, не переносящих ни АСК, ни клопидогрел [1].

5.

Факторы высокого и среднего риска ишемических событий, а также высокого риска кровотечений приведены в таблице 6.

Таблица 6. Факторы высокого и среднего риска ишемических событий, высокого риска кровотечений [1]

Высокий ишемический риск	Средний ишемический риск	Высокий риск кровотечения
Наличие многососудистого поражения коронарных артерий в сочетании как минимум с одним из следующих признаков: СД, требующим приема медикаментов; перенесенным ИМ; атеросклеротическим поражением периферических артерий; ХБП с СКФ 15–59 мл/мин/1,73 м ²	Наличие как минимум одного из следующих признаков: многососудистого поражения коронарных артерий; СД, требующего лечения; рецидивирующего ИМ; заболевания периферических артерий; ХСН; ХБП (рСКФ 15–59 мл/мин/1,73 м ²)	Наличие внутричерепного кровоизлияния, ишемического инсульта или другой внутричерепной патологии в анамнезе, недавнего кровотечения из ЖКТ или анемии вследствие потери крови из ЖКТ, другой патологии ЖКТ, ассоциирующейся с повышенным риском кровотечения, печеночной недостаточности, геморрагического диатеза, старческого возраста и синдрома «хрупкости», ХБП, требующая диализа или рСКФ <15 мл/мин/1,73 м ²

Примечание: СД – сахарный диабет; ИМ – инфаркт миокарда; ХБП – хроническая болезнь почек; рСКФ – расчетная скорость клубочковой фильтрации; ХСН – хроническая сердечная недостаточность; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

6.

У пациентов со стабильной ИБС, имеющих высокий риск ишемических событий и не имеющих высокого риска кровотечения (см. табл. 6), рекомендуется рассмотреть возможность присоединения к АСК второго ингибитора агрегации тромбоцитов. При этом соотношение пользы и риска продления такой терапии должно регулярно пересматриваться: ЕОК – IIaA (УУР – А, УДД – 2) [1, 7–10]. Аналогичная рекомендация применима и к пациентам со средним риском ишемических событий и без высокого риска кровотечения: ЕОК – IIbA (УУР – В, УДД – 2) [1, 7–10].

7.

У пациентов со стабильной ИБС, перенесших инфаркт миокарда и не имевших кровотечений в первый год двойной терапии ингибиторами агрегации тромбоцитов, рекомендуется рассмотреть возможность ее продления в виде сочетания АСК с уменьшенной дозой тикагрелора (60 мг 2 раза/сут) вплоть до 36 мес для профилактики атеротромботических сердечно-сосудистых событий: ЕОК – IIaB (УУР – В, УДД – 2) [1, 10].

8.

У пациентов со стабильной ИБС, высоким риском тромботических осложнений и невысоким риском кровотечений рекомендуется рассмотреть возможность длительного использования АСК 75–100 мг в сочетании с ингибитором фактора Ха ривароксабаном в

дозе 2,5 мг 2 раза/сут для профилактики развития атеротромботических сердечно-сосудистых событий: ЕОК – IIaB (УУР – А, УДД – 2) [1, 9]. В исследовании COMPASS сочетание ривароксабана 2,5 мг 2 раза/сут с АСК сравнивалось с монотерапией АСК, а также с монотерапией ривароксабаном в дозе 5 мг 2 раза/сут у пациентов со стабильной ИБС или заболеванием периферических артерий. Применение «сосудистой» дозы ривароксабана продемонстрировало снижение ишемических событий, в том числе сердечно-сосудистой смерти, при одновременном увеличении риска преимущественно не жизнеугрожающих кровотечений [1, 9].

9.

При приеме комбинации АСК 75–100 мг и клопидогрела 75 мг/сут у пациентов со стабильной ИБС, перенесших инфаркт миокарда и не имевших кровотечений в течение первого года терапии, рекомендуется рассмотреть возможность ее продления на больший срок для профилактики сердечно-сосудистых осложнений: ЕОК – IIaB (УУР – В, УДД – 2) [1, 7]. Отметим, что на фармрынке России, кроме монопрепаратов АСК и клопидогрела, представлены их фиксированные комбинации в дозах 100 мг + 75 мг и 75 мг + 75 мг [11].

10.

У пациентов со стабильной ИБС, перенесших инфаркт миокарда и подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ), для профилактики сердечно-сосудистых осложнений рекомендуется рассмотреть возможность продления терапии АСК (75–100 мг/сут) с прасугрелом в дозе 10 мг/сут (5 мг/сут при массе тела менее 60 кг или возрасте старше 75 лет) более 1 года: ЕОК – IIaB (УУР – В, УДД – 2) [1, 7].

11.

Пациентам со стабильной стенокардией после планового ЧКВ рекомендуется продолжить прием АСК в дозе 75–100 мг/сут для профилактики сердечно-сосудистых осложнений: ЕОК – IA (УУР – А, УДД – 2) [1, 12, 13].

12.

Пациентам со стабильной стенокардией после планового ЧКВ к АСК рекомендуется добавить клопидогрел в поддерживающей дозе 75 мг/сутки (в случае приема поддерживающей дозы менее 5 дней рекомендуется добавление нагрузочной дозы клопидогрела 600 мг) на 6 мес после стентирования вне зависимости от типа установленного стента для коронарных артерий. В случае возникновения жизнеугрожающего кровотечения или его высокого риска продолжительность приема клопидогрела может быть уменьшена до 3 мес, а в случае очень высокого риска кровотечения – до 1 мес: ЕОК – IA (УУР – С, УДД – 5) [1, 14].

13.

В особых случаях при плановом стентировании, сопровождающемся высоким риском осложнений (неоптимальное позиционирование стента для коронарных артерий, другие осложнения ЧКВ, повышающие риск тромбоза стента для коронарных артерий, ЧКВ на

стволе левой коронарной артерии или множественное стентирование коронарных артерий, а также при непереносимости АСК), рекомендуется рассмотреть возможность использования в качестве антиагрегантов прасугрела или тикагрелора [1, 15] по крайней мере в период начальной терапии для профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Баланс эффективности и безопасности применения прасугрела или тикагрелора по сравнению с клопидогрелом после ЧКВ у больных стабильной стенокардией и высоким ишемическим риском не исследован. Возможность применения прасугрела или тикагрелора изучалась лишь в единичных фармакодинамических исследованиях [1].

14.

Для определения целесообразности продления двойной антитромбоцитарной терапии в случае сочетания АСК с клопидогрелом/тикагрелором/прасугрелом после 12-месячного курса можно использовать валидированную шкалу DAPT (табл. 7).

Таблица 7. Шкала DAPT для оценки длительности двойной антитромбоцитарной терапии (ацетилсалициловая кислота + ингибитор P2Y12-рецептора тромбоцитов) [16]

Параметры	Шкала DAPT	
Время применения шкалы	После 12 мес приема неосложненной двойной антитромбоцитарной терапии	
Оцениваемые стратегии различной длительности двойной антитромбоцитарной терапии	Стандартная по времени двойная антитромбоцитарная терапия (12 мес) в сравнении с длительной двойной антитромбоцитарной терапией (30 мес)	
Подсчет баллов	Возраст	-2 балла
	≥75 лет	-1 балл
	65–75 лет	0 баллов
	<65 лет	+1 балл
	Курение	+1 балл
	СД или ИМ при поступлении	+1 балл
	Предыдущие ЧКВ или перенесенный ИМ в анамнезе	+1 балл
	Стент с лекарственным покрытием паклитаксел	+1 балл
	Стент диаметром <3 мм	+1 балл
	Наличие сердечной недостаточности или снижение ФВ ЛЖ <30%	+2 балла
	Стентирование венозных шунтов	+2 балла
Диапазон баллов	От -2 до 10 баллов	
Границы значений, позволяющие принять решение	При сумме ≥2 баллов рекомендована длительная двойная антитромбоцитарная терапия. При сумме <2 баллов рекомендована стандартная по времени двойная антитромбоцитарная терапия	
Онлайн-калькулятор	www.daptstudy.org	

Примечание: СД – сахарный диабет; ИМ – инфаркт миокарда; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка.

15.

Все пациенты с хронической ИБС относятся к категории лиц очень высокого риска, поэтому для профилактики сердечно-сосудистых осложнений им всем рекомендуется коррекция

дислипидемии с использованием мероприятий по здоровому образу жизни и оптимальной медикаментозной терапии: ЕОК – IA (УУР – С, УДД – 5) [1, 3, 4].

16.

- Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначать статины (ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы) в максимально переносимой дозировке до достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП $<1,4$ ммоль/л) и его снижения на $\geq 50\%$ от исходного уровня: ЕОК – IA (УУР – С, УДД – 5) [1, 17].
- При всех формах ИБС терапию статинами нужно начинать сразу после установления диагноза независимо от уровней ОХС и ХС ЛПНП (в отсутствие прямых противопоказаний). Доказано, что снижение уровней ОХС и ХС ЛПНП в крови сопровождается снижением общей смертности в популяции и риска всех сердечно-сосудистых осложнений приблизительно на 20%. В случае отсутствия побочных эффектов липидоснижающая терапия при хронической ИБС проводится неопределенно долго [1, 17].
- В порядке убывания величины гиполлипидемического эффекта зарегистрированные в России статины располагаются следующим образом: розувастатин (максимальная суточная доза 40 мг), аторвастатин (максимальная суточная доза 80 мг), питавастатин (максимальная суточная доза 4 мг), симвастатин (максимальная суточная доза 80 мг), флувастатин (максимальная суточная доза 80 мг) [11, 18]. Некоторые из них представлены в России не только монопрепаратами, но и фиксированными комбинациями с другими лекарственными средствами, применяемыми в комплексной терапии стабильной ИБС: аторвастатин + АСК, аторвастатин + амлодипин, аторвастатин + амлодипин + периндоприл; розувастатин + валсартан, розувастатин + эзетимиб; симвастатин + эзетимиб [11].
- Перед назначением статина, помимо определения целевого уровня ХС ЛПНП в соответствии с категорией риска, следует подсчитать в процентах степень снижения ХС ЛПНП, необходимого для достижения этого уровня, и выбрать препарат, который может обеспечить искомую цель. Процент достигаемого снижения ХС ЛПНП при приеме различных статинов в различных суточных дозах отражен в таблице 8. Максимальное снижение ХС ЛПНП (на 50–55%) возможно при использовании высоких доз розувастатина и аторвастатина [18].

Таблица 8. Интенсивность терапии статинами [18]

Суточная доза статинов высокой интенсивности для снижения ХС ЛПНП на $\geq 50\%$	Суточная доза статинов умеренной интенсивности для снижения ХС ЛПНП на 30–50%
<ul style="list-style-type: none">• Розувастатин 20–40 мг• Аторвастатин 40–80 мг	<ul style="list-style-type: none">• Розувастатин 5–10 мг• Аторвастатин 10–20 мг• Питавастатин 2–4 мг• Симвастатин 20–40 мг• Флувастатин пролонгированного действия 80 мг

Примечание: ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности.

- Согласно данным рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования JUPITER, оригинальный розувастатин в группе пациентов

с высоким сердечно-сосудистым риском (n=17 802) при приеме в дозе 20 мг/сут достоверно снижает риск смерти от любой причины на 20% (отношение рисков (ОР) 0,80; 95% доверительный интервал (ДИ): 0,67–0,97; p=0,02) [19].

- В 26-недельном двойном слепом рандомизированном исследовании POLARIS было показано, что у пациентов среднего и пожилого возраста с ИБС и высоким коронарным риском (n=871) розувастатин в дозе 40 мг/сут достоверно более выраженно снижал уровень ХС ЛПНП через 8 нед терапии, чем аторвастатин 80 мг/сут: (-56 против -52%; p <0,001). Кроме того, розувастатин в большей степени повышал уровень ХС ЛПВП (+9,6 против +4,4%; p <0,05) [20].
- По данным открытого рандомизированного исследования ECLIPSE, у 522 больных ИБС или ее эквивалентами с исходным ХС ЛПНП 160–250 мг/дл на фоне приема розувастатина в дозе 40 мг/сут целевой уровень ХС ЛПНП через 24 нед терапии был достигнут у 83,6% пациентов [21].
- У пациентов с умеренным сердечно-сосудистым риском розувастатин эффективен в отношении вторичных конечных точек в сравнении с плацебо: в рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании HOPE-3 (n=12 705) на фоне приема этого статина в дозе 10 мг/сут наблюдалось снижение частоты обострений ИБС (1,7 против 2,2%; p=0,02) и госпитализаций (4,4 против 5,8%; p <0,001). Кроме того, отмечалась достоверно более высокая эффективность розувастатина 10 мг/сут в отношении первой первичной конечной точки: частота сердечно-сосудистой смерти/инфаркта миокарда/инсульта в группе активной терапии составила 3,7 против 4,8% в группе плацебо (ОР 0,76; 95% ДИ: 0,64–0,91; p=0,002). Схожая разница в пользу розувастатина наблюдалась и для второй первичной конечной точки исследования: частота сердечно-сосудистой смерти/инфаркта миокарда/инсульта/внезапной смерти/сердечной недостаточности/реваскуляризации в группе активной терапии равнялась 4,4 против 5,7% в группе плацебо (ОР 0,75; 95% ДИ: 0,64–0,88; p <0,001) [22].
- Ответ пациента на терапию (степень эффективности, переносимость) рекомендуется оценивать через 6–8 нед после начала приема статинов или при изменении дозы препарата. Стандартная практика последующего мониторинга предполагает проведение повторного анализа через 6–12 мес. Целесообразно наряду с определением липидного профиля оценивать приверженность пациентов к соблюдению рекомендаций по изменению образа жизни и приему назначенных препаратов [18].

17.

У пациентов с ИБС, перенесших в течение 2 лет на фоне липидоснижающей терапии повторное сердечно-сосудистое событие, рекомендуется рассмотреть возможность комбинированной липидоснижающей терапии для достижения целевого уровня ХС ЛПНП <1,0 ммоль/л: ЕОК – IIbV (УУР – С, УДД – 5) [1, 17].

При невозможности достижения у пациентов со стабильной ИБС целевого уровня ХС ЛПНП (<1,4 ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного уровня на фоне максимальных переносимых доз статинов или у пациентов с непереносимостью статинов рекомендуется добавить к лечению ингибитор абсорбции холестерина эзетимиб для

профилактики сердечно-сосудистых осложнений: ЕОК ІВ (УУР С, УДД 5) [1, 17]. Как уже отмечалось выше, эзетимиб зарегистрирован в России не только в виде монопрепаратов, но и фиксированных комбинаций со статинами (с аторвастатином и розувастатином) [11].

18.

У пациентов со стабильной ИБС при невозможности достижения целевого уровня ХС ЛПНП, несмотря на применение максимальной переносимой дозы статина в комбинации с эзетимибом, или у пациентов с непереносимостью статинов для профилактики сердечно-сосудистых осложнений рекомендуется назначить один из ингибиторов пропротеиновой конвертазы субтилизин-кексинового 9-го типа (PCSK9) – алирокумаб или эволокумаб: ЕОК – ІІаА (УУР – А, УДД – 2) [1, 18]. При этом широкое применение ингибиторов PCSK9 ограничено нерешенным вопросом финансирования такой терапии из-за ее высокой стоимости [1].

19.

- У пациентов со стабильной ИБС при сопутствующих заболеваниях, имеющих существенное значение для прогноза (постинфарктный кардиосклероз, АГ, СД, ХСН), для профилактики сердечно-сосудистых осложнений рекомендуется назначать ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II): ЕОК – ІА (УУР – С, УДД – 5) [1, 3].
- Ингибиторы АПФ снижают общую смертность, риск развития инфаркта миокарда, инсульта и прогрессирования ХСН у пациентов, перенесших инфаркт, а также при сопутствующем СД. Назначение ингибиторов АПФ пациентам со стабильной ИБС особенно показано при наличии АГ, ХСН при ФВ ЛЖ <40%, хронических заболеваниях почек с начальной и умеренной азотемией. Из препаратов этого класса при наличии ИБС назначают периндоприл и рамиприл [1].

20.

АРА II применяют при непереносимости ингибиторов АПФ по тем же показаниям. Из препаратов этого класса при ИБС назначают лозартан, валсартан, кандесартан [1, 3].

21.

Возможность назначения антагонистов альдостерона – спиронолактона (25 мг/сут) или эплеренона (25 мг/сут с повышением дозы через 4 нед до 50 мг/сут с контролем калия в сыворотке крови) – рекомендуется рассмотреть для профилактики сердечно-сосудистой смерти у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, которые уже получают терапевтические дозы ингибитора АПФ и бета-адреноблокатора, имеют ФВ ЛЖ $\leq 35\%$, а также СД или ХСН: ЕОК – ІІbВ (УУР – В, УДД – 2) [1, 23, 24]. Следует соблюдать осторожность при применении антагонистов альдостерона у пациентов с нарушением функции почек (рСКФ 5,0 ммоль/л [1, 25].

22.

Пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить как минимум один препарат для устранения стенокардии/ишемии миокарда и улучшения качества жизни: ЕОК – ІС (УУР – С, УДД – 5) [1]. У всех пациентов с ИБС целесообразно оценивать эффективность назначенного лечения в ближайшее время (через 3–5 дней) и через 2–4 нед после начала терапии для проведения в случае необходимости ее дальнейшей коррекции. Критериями такой оценки служат частота приступов стенокардии в неделю, потребность в приеме короткодействующих нитратов, расстояние, которое пациент проходит до появления приступов стенокардии, или его возможности подъема по лестнице. Для этого целесообразно рекомендовать пациентам ведение дневников самочувствия. В ряде случаев целесообразно выполнять нагрузочный тест для определения динамики толерантности к физической нагрузке [1].

23.

- Для устранения непосредственно приступа стабильной стенокардии (обезболивания) рекомендуется назначать органические нитраты короткого действия: ЕОК – І В (УУР – С, УДД – 5) [1]. С этой целью используют короткодействующие препараты нитроглицерина либо изосорбида динитрата – в таблетках под язык или в форме спрея для аппликации (распыскивания) на слизистую оболочку полости рта. Эффект наступает через 1,5–2 мин после приема таблетки или ингаляции и достигает максимума через 5–7 мин [1].
- Если приступ стенокардии не купируется в течение 15–20 мин, в том числе после повторного приема нитроглицерина или изосорбида динитрата, возникает угроза развития инфаркта миокарда [1].

24.

- При стабильной стенокардии І–ІІ ФК и ЧСС >60 уд/мин рекомендуется назначить в качестве препарата 1-й линии бета-блокатор (ББ) ИЛИ недигидропиридиновый блокатор «медленных» кальциевых каналов (БКК, верапамил или дилтиазем) для снижения ЧСС до значений 55–60 уд/мин: ЕОК – ІС (УУР – С, УДД – 5) [1].
- ББ не только устраняют симптомы заболевания (стенокардию), оказывают антиишемическое действие и улучшают качество жизни больного, но и способны улучшить прогноз после перенесенного инфаркта миокарда (в течение первого года), а также у больных с низкой ФВ ЛЖ и ХСН. Для лечения стенокардии ББ назначают в минимальной дозе, которую при необходимости постепенно повышают до полного устранения приступов стенокардии или достижения максимально допустимой дозы. Следует отметить, что при приеме этой группы лекарственных средств наибольшее снижение потребности миокарда в кислороде и прирост коронарного кровотока достигается при ЧСС 55–60 уд/мин [1].
- Недигидропиридиновые БКК (дилтиазем и верапамил) действуют преимущественно на миокард. Они уменьшают ЧСС, угнетают сократимость миокарда и атриовентрикулярную проводимость, оказывают антиаритмическое действие. В этом недигидропиридиновые ритмурежающие БКК схожи с ББ [1].

- Не рекомендуется комбинированное назначение ББ с недигиропиридиновыми БКК (верапамилом, дилтиаземом) у всех пациентов со стабильной ИБС из-за риска суммирования побочных эффектов: ЕОК – IIIС (УУР – С, УДД – 5) [1].
- Не рекомендуется одновременное назначение дигидропиридиновых БКК с не-ДГПБКК (верапамилом, дилтиаземом) у всех пациентов со стабильной ИБС из-за риска суммирования побочных эффектов: ЕОК – IIIС (УУР – С, УДД – 5) [1, 26].

25.

- При стабильной стенокардии III–IV ФК рекомендуется сразу назначить комбинацию бета-блокатора с дигидропиридиновым блокатором «медленных» кальциевых каналов для достижения ФК I: ЕОК – IC (УУР – С, УДД – 5) [1]. Поскольку приступы стенокардии (эпизоды ишемии) возникают вследствие повышения потребности миокарда в кислороде, лечение, направленное на снижение ЧСС и АД, патогенетически обосновано [1].
- БКК по антиангинальной эффективности сопоставимы с ББ. Дигидропиридиновые БКК (амлодипин, нифедипин пролонгированного действия, фелодипин) преимущественно действуют на тонус артериол, снижая постнагрузку, улучшая кровоток и доставку кислорода в ишемизированной зоне сердца. Одновременно они могут повышать ЧСС и снижать системное АД [1].
- Наилучшие результаты по профилактике ишемии БКК показывают у больных с вазоспастической стенокардией. Эти препараты обладают рядом преимуществ перед другими антиангинальными и антиишемическими средствами и могут применяться у более широкого круга больных с сопутствующими заболеваниями, чем ББ. Препараты этого класса рекомендуется назначать при сочетании стабильной стенокардии с АГ [1, 2]. У пациентов со стабильной ИБС особых групп (пожилой возраст, почечная и печеночная недостаточности) применение препаратов необходимо осуществлять в соответствии с инструкцией по безопасному использованию (при необходимости допустимо снижение дозировки) [1].
- БКК также назначают в случаях, когда ББ противопоказаны или не переносятся [1].

26.

- Пациентам с синусовым ритмом, ФВ ЛЖ 70 уд/мин при сохранении стенокардии, несмотря на прием ББ, ингибиторов АПФ и антагонистов минералокортикоидных рецепторов (антагониста альдостерона), для снижения риска смертности рекомендуется назначение ивабрадина: ЕОК IIa – B (УУР – С, УДД – 5) [1].
- Назначать ивабрадин пациентам со стабильной стенокардией рекомендуется также в случае ЧСС >80 уд/мин и синусового ритма при наличии противопоказаний к назначению БАБ или не-ДГП-БКК (верапамил, дилтиазем): ЕОК – IIa C (УУР – С, УДД – 5) [1, 2].
- Не рекомендуется одновременное назначение ивабрадина и не-ДГП-БКК (верапамила, дилтиазема) у пациентов со стабильной ИБС, за исключением случаев, когда, несмотря на комбинированную терапию в максимально переносимых дозах, сохраняется ЧСС >80 уд/мин [1, 2].

27.

При недостаточной эффективности препаратов 1-й линии у пациентов со стабильной стенокардией рекомендуется добавить к лечению один из препаратов 2-й линии (нитраты пролонгированного действия или ивабрадин или триметазидин, ранолазин или никорандил) в зависимости от АД, ЧСС и переносимости профилактики приступов стенокардии и достижения ФК I: EOK – IIa B (УУР – С, УДД – 5) [1, 2].