

Вторичная профилактика ИБС

Цена (февраль 2017)

- Павликс 75 мг №28 1900-2500р
- Клопидогрел СЗ 75 мг №28 360р
- Брилинта 90 мг №56 3900р
- Варфарин 2,5 мг №100 от 80р
- Ксарелто 20 мг №28 от 2600р
- Эликвис 5 мг №20 от 850р
- Прадакса 110 мг №30 от 1750р

- Первичная профилактика – это комплекс мероприятий....

- Вторичная профилактика – это:
 1. Целенаправленное немедикаментозное воздействие на модифицируемые сердечнососудистые факторы риска и факторы осложнений заболеваний (прекращение курения, контроль за уровнем АД, антиатеросклеротическая диета, повышение физической активности);
 2. Медикаментозное вмешательство (прием аспирина, клопидогреля или тиклопидина, статинов и т.д.)

Цели вторичной профилактики

- Восстановить функции ССС, физическую работоспособность и поддерживать ее на достигнутом уровне;
- Вернуть пациента к профессиональной деятельности;
- Приостановить прогрессирование атеросклероза, ИБС и развитие ОКС;
- Улучшить психологический статус;
- Увеличить продолжительность жизни;

Факторы сердечно-сосудистого риска

- Модифицируемые:
 1. Величина АД;
 2. Курение;
 3. Глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль\л;
 4. Нарушение толерантности к углеводам;
 5. Абдоминальное ожирение (муж. до 102 см, жен. до 88 см);
 6. Дислипидемия: - ОХС более 5 ммоль\л
или ЛПНП более 3 ммоль\л
или ЛПВП менее 1 ммоль\л

Уровень СРБ (< 10 мг/л) и гомоцистеина !!!!

- мужчины: 6,26 - 15,01 мкмоль/л;
- женщины: 4,6 - 12,44 мкмоль/л.

Факторы сердечно-сосудистого риска

- Немодифицируемые:
 1. Пол;
 2. Возраст (муж. более 55 лет, жен. более 65 лет);
 3. Семейный анамнез ранних ССЗ (муж. до 55 лет, жен. до 65 лет)

Курение

- Цель: отказ от курения, избегать пребывания в условиях пассивного курения (как дома, так и на работе).

- Зачем?
 1. Отказ от курения сопровождается снижением уровня ЛПНП и заметным повышением концентрации ЛПВП уже через 1 месяц;
 2. Отказ от курения в течение не менее 2 лет приводит у больного ИБС к снижению риска коронарной смерти на 36% и нефатального ИМ – на 32 %;

Алгоритм ведения курильщиков

1. Опрос любого, обратившегося к врачу в отношении курения;
2. Оценка степени привыкания и готовности больного к отказу от вредной привычки;
3. Убедительная аргументация вредности привычки и настойчивый совет прекратить курение;
4. Врачебная помощь, включающая никотин-заместительную терапию и фармакологические средства;
5. Длительный контроль, предполагающий специально спланированные посещения врача больным-курильщиком;

Курс
12 недель

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

2 недели
«стартовая» упаковка
11 таблеток x 0,5 мг
14 таблеток x 1 мг



8 недель
упаковка-«продолжение»
112 таблеток x 1 мг





2 недели
упаковка-«завершение»
28 таблеток x 1 мг



Схема приема

1–3 день  0,5 мг один раз в день

4–7 день   0,5 мг два раза в день

8–14 день   1 мг два раза в день

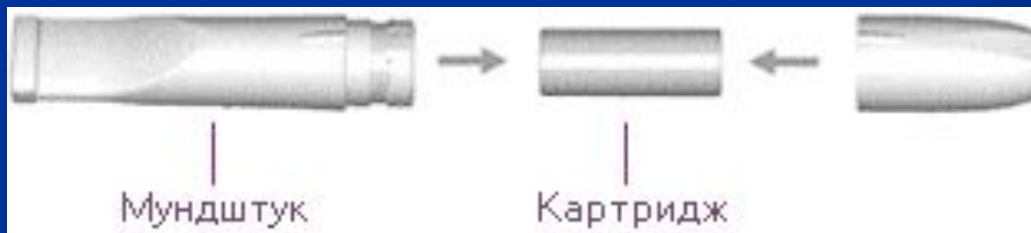
Прекращение
курения

«Стартовая»
упаковка

С 15-го дня   1 мг два раза в день

Продолжение терапии в течение 10 недель (упаковки на 8 и 2 недели)

Упаковки для
продолжения
курса



Питание

- Принципы:
 1. Суточное потребление жира не должно превышать 30% от общего калоража пищи;
 2. Насыщенные жиры следует замещать мононенасыщенными и полиненасыщенными (омега-3 и омега-6) – 1 г\сут;
 3. Употребление пищевых волокон (не менее 30 г\сут) и пектиновых веществ (не менее 15 г\сут)

- Правило 5 порций: 400г\сут= 1 банан + 1 яблоко + 1 апельсин + 1 груша + 2 киви

- Средиземноморская диета:
 1. Свежие фрукты и овощи на десерт;
 2. Оливковое масло для заправки салатов;
 3. Есть много рыбы и птицы (без кожи);
 4. Увеличить употребление допустимых молочных продуктов;

Питание

- Фитостеролы (кампестерол и стигмастерол) — растительные масла, фрукты, овощи, злаковые, бобовые. 2 г в сутки снижают ЛПНП на 10% (Константинов В.О. Новое в профилактике атеросклероза. 2012)
- Красный дрожжевой рис. Экстракт КДР снижал частоту рецидивов ИБС на 45% (Lu и соавт., 2008)

Зачем?

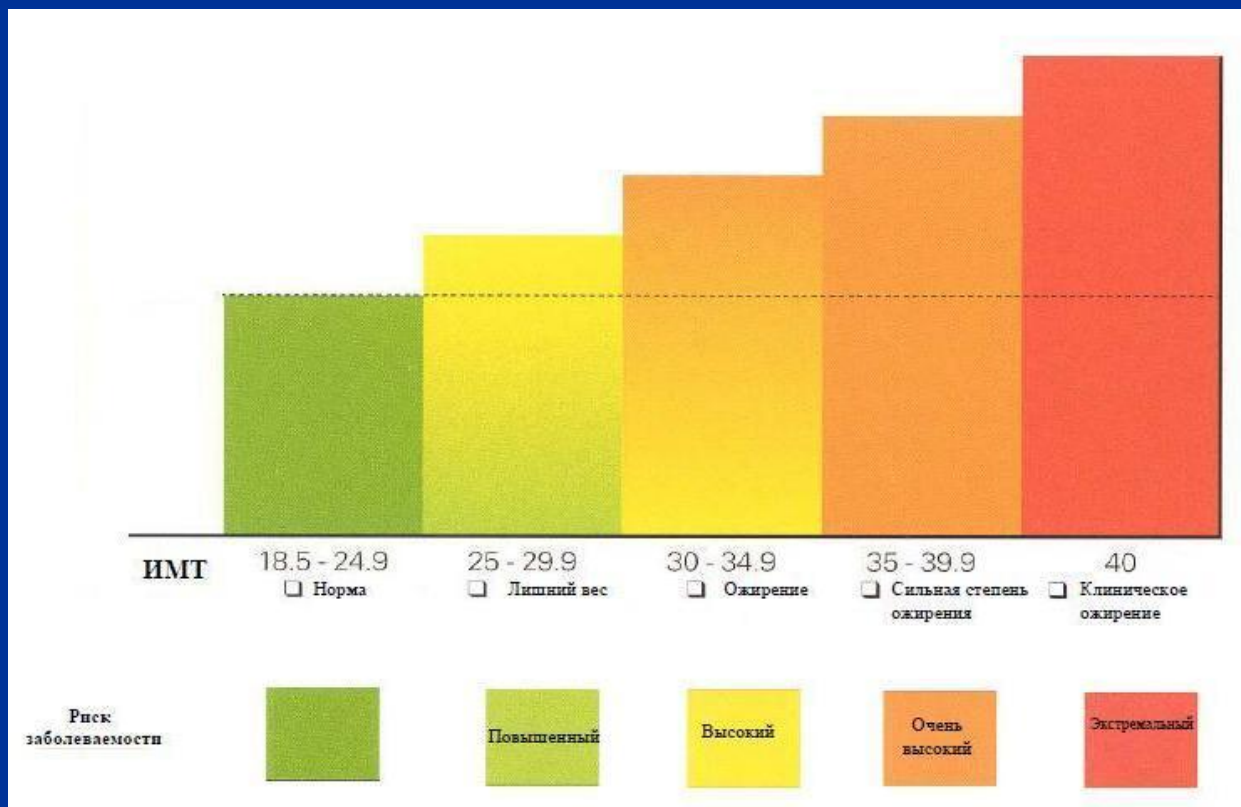
- Вероятность прогрессирования ИБС при употреблении рыбы уменьшается:
 - 1 раз в неделю на 15%
 - 2-4 раза в неделю на 23%;
 - 5 и более раз на 38%;

Каждая дополнительная порция овощей и фруктов в день снижает риск развития ИБС на 4% и инсульта – на 5%

Избыточная масса тела и ожирение

- Индекс Кетле (или ИМТ)

Масса тела (в кг), деленная на рост в м. кв.



Лучший индикатор кардиоваскулярного риска – это абдоминальное ожирение (отложение висцерального жира в сальнике, брыжейке).

Критерием абдоминального ожирения является окружность талии более 88 см у женщин и 102 см у мужчин.

В последние годы произошло ужесточение этих границ: у женщин более 80 и у мужчин более 94 см.



- Зачем? Снижение массы тела на 10% в течение 6 месяцев приводит к снижению смертности от всех причин на 20% и СС смертности - на 9%

- Пути коррекции избыточного веса:
 1. Сбалансированный по калорийности рацион питания (-500-600 ккал\сут, но не менее чем 1200 ккал\сут);
 2. Исправление нарушенного пищевого стереотипа;
 3. Медикаментозное лечение: Орлистат (Ксеникал) – ингибитор липаз, 120 мг\3 раза в день (перед основным приемом пищи);

Физическая активность

- По 30-60 мин 7 дней в неделю (минимум 5 дней в неделю);
- Аэробные физические нагрузки умеренной интенсивности хотя бы 30 мин, предпочтительно ежедневно, например быстрая ходьба;
- Дополнительное увеличение повседневной активности: ходьба во время перерыва, работа по дому, садовничество;



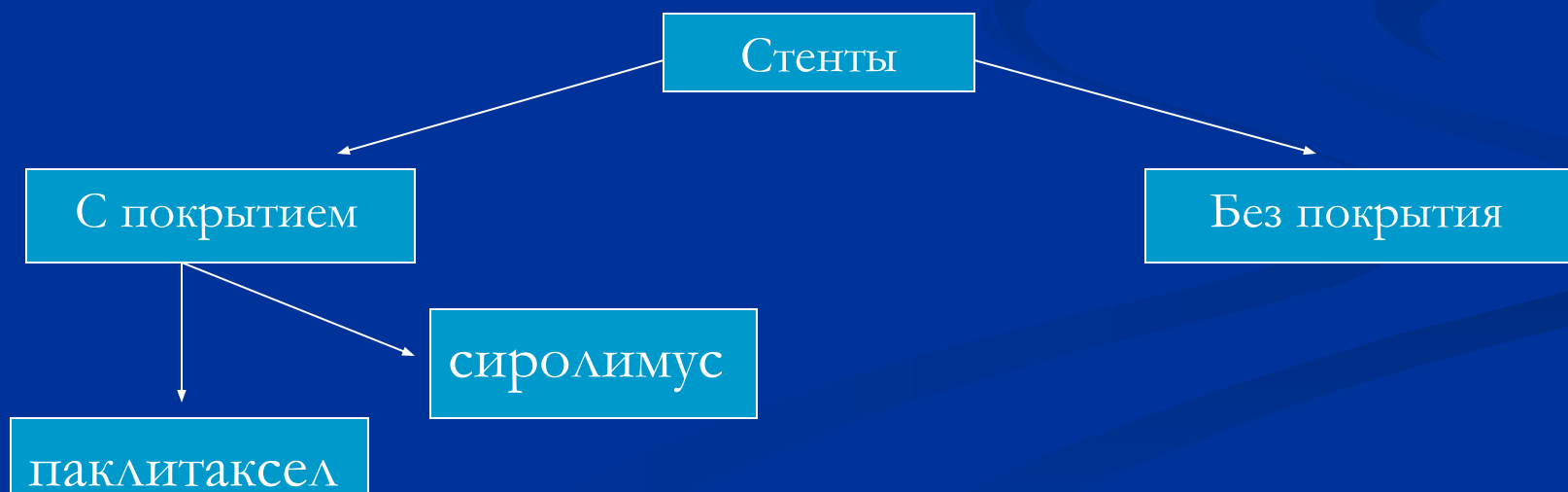
Факторы риска	Целевые значения
АД	До 130 и 80 мм рт ст, если ВОЗМОЖНО
Глюкоза	До 6 ммоль\л Гликозилированный НЬ до 6,5%, если возможно
Липиды и липротеиды крови	Общий ХС до 4,5 (4,0) ммоль\л; ЛПНП до 2,5 (1,8) ммоль\л;

Направления коррекции

- Вазопротекция – восстановление функциональной активности эндотелия и ремоделирование сосуда;
- Кардиопротекция – регресс имеющейся ГЛЖ и процессы ремоделирования миокарда;
- Противоатеросклеротическая защита – подавление процессов пролиферации в местах эндоваскулярного лечения;
- Антитромботическая защита – профилактика тромбозов;

Медикаментозная терапия

- Основу медикаментозного лечения больного ИБС РХМЛ в целях вторичной профилактики должны составлять группы препаратов, препятствующих развитию ССО, улучшающих прогноз и качество жизни и ее продолжительность.



Клинические и ангиографические предикторы тромбоза стентов

Клинические предикторы	Ангиографические
Пожилой возраст	Длинные стенты
ОКС	Множественные поражения
СД	Частично покрывающие стенты
Низкая ФВ ЛЖ	Устьевое или бифуркационное поражение
Почечная недостаточность	Мелкие сосуды

Антитромбоцитарные средства

- Всем больным ИБС после ЭВ лечения (при отсутствии четких противопоказаний) показано назначение АСК (аспирин) неопределенно долго (пожизненно) в оптимальной дозе 75-150 мг\сут.
- Если больной перенес ИМ с подъемом ST без аллергии и повышенного риска кровотечений, то в первые месяцы после ЭВ лечения – доза аспирина 325 мг\сут:

Механизмы действия АСК

- Необратимое ингибирование ЦОГ-1 тромбоцитов;
- Уменьшение синтеза Тромбоксана А₂ (индуктор агрегации тромбоцитов и вазоконстриктор);
- Блокада синтеза Тромбоксана на терапии АСК сохраняется на протяжении всей жизни тромбоцита (7-10 дней);

- Возможные механизмы резистентности к аспирину обусловлены: (1) биодоступностью (низкая приверженность к лечению, неадекватная доза, плохая абсорбция в кишечнике, взаимодействие с НПВП), (2) функциональным состоянием тромбоцитов, (3) единичными нуклеотидными полиморфизмами, (4) взаимодействием тромбоцитов с другими клетками крови и (5) иными причинами (курение, гиперхолестеринемия, физическая нагрузка, стресс и пр.).
Запомните: одной из банальных причин резистентности к аспирину может быть отсутствие приверженности к лечению.

Тиенопиридины

- Механизм:
 1. Блокируют АДФ-индуцированную активацию тромбоцитов;
 2. Необратимо модифицируют P2Y рецептор;
 3. Предотвращается активация комплекса IIb\IIIa;
- Итог: уменьшается агрегация тромбоцитов и предотвращается тромбообразование

ТИКЛОПИДИН (Тикло)

- Доза 250 мг\2 раза в сутки;
- Начинает «работать» через 4 дня;
- Нейтрофило и тромбоцитопения;
- В отличие от АСК не изменяет метаболизм арахидоновой кислоты и не нарушает образование простагландинов

Клопидогрел (Плавикс, Зилт)

- Доза 75 мг и 300 мг;
- Возможен 1 прием в сутки;
- Особые указания:
 1. После стентирования следует назначать плавикс на срок 12-15 месяцев
 2. Если больной не переносит АСК альтернативным препаратом является Плавикс и принимается неопределенно долго;

«Двойная Защита»

АСК+Плавикс

- Показания:
 1. После ЭВлечения с максимальным сроком 12 мес;
 2. При нестабильной стенокардии и ИМ без подъема ST не менее 12 месяцев;
 3. После ИМ с подъемом ST до 12 месяцев;

Брилинта (тикагрелор)

- Селективный и обратимый антагонист $p2y12$ АДФ рецепторов тромбоцитов
- Брилинта+АСК при профилактике атеротромботических событий у пациентов с ОКС, ОИМ с ST, ОИМ без ST
- Возможно применение у пациентов с АКШ и чрезкожным коронарным вмешательством
- Меньший риск «больших» и «малых» кровотечений по сравнению с клопидогрелем *

* - исследование PLATO (Ингибирование тромбоцитов и исходы пациентов)
18624 пациента

Брилинта (тикагрелор)

- Нагрузочная доза 180 мг (90мг+90 мг) + АСК 150-250 мг
- Поддерживающая доза 90 мг утром и вечером + АСК 75-150 мг
- С осторожностью:
 1. Одышка (ХОБЛ, БА)
 2. Брадикардия (СССУ, АВ2 и 3)
 3. НПВП, фибринолитики, антикоагулянты
 4. Гиперурикемия

Брилинта (тикагрелор)

- Противопоказания: возраст до 18 лет
- Активное кровотечение;
- Внутричерепное кровоизлияние в анамнезе;
- ОПН, ХПН;
- Совместный прием с ингибиторами СУР3А4 (кетоконазол, кларитромицин, ритонавир и т. п.)

Варфарин

- Антагонист витамина К, непрямым антикоагулянт
- Назначается только при наличии специальных показаний:
 1. ФП (2-3 МНО);
 2. Высокий риск артериальных и венозных тромбозов (сопутствующая патология);
 3. ТЭЛА;

АЛГОРИТМ СТАРТОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРФАРИНОМ

ДНИ	МНО (В 9-11 ЧАСОВ)	ДОЗЫ, МГ (ПРИЕМ В 17-19 ЧАСОВ)
ДЕНЬ 1		5,0
ДЕНЬ 2	< 1,5	5,0
	1,5-1,9	2,5
	2,0-2,5	1,0-2,5
	> 2,5	0,0
ДЕНЬ 3	< 1,5	5,0-10,0
	1,5-1,9	2,05-5,0
	2,0-3,0	0,0-2,5
	> 3,0	0,0

АЛГОРИТМ ДОЗИРОВАНИЯ ВАРФАРИНА

МНО	КОРРЕКТИРОВКА ДОЗЫ	ИСХОДНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА, МГ				
		2,5	5,0	7,5	10,0	12,5
		ОТКОРРЕКТИРОВАННАЯ ДОЗА				
1,0-2,0	Увеличить на 2 дня	5,0	7,5	10,0	12,5	15,0
2,0-3,0	Не изменять	–	–	–	–	–
3,0-6,0	Снизить на 2 дня	1,25	2,5	5,0	7,5	10,0
6,0-10,0	Снизить на 2 дня	0	1,25	2,5	5,0	7,5
10,0-18,0	Снизить на 2 дня	0	0	0	0	
> 18,0	Прекращение приема варфарина, госпитализация					

Прадакса (Дабигатран)

- Антикоагулянт. Прямой ингибитор тромбина;
- Ингибирует свободный тромбин, фибринсвязывающий тромбин и вызванную тромбином агрегацию тромбоцитов.
- 110 мг\2 раза в сутки;
- Профилактика венозных тромбозов у больных после ортопедических операций (!);

Противопоказания

- — почечная недостаточность тяжелой степени (КК менее 30 мл/мин);
- — геморрагические нарушения, геморрагический диатез, спонтанное или фармакологически индуцированное нарушение гемостаза;
- — активное клинически значимое кровотечение;
- — нарушения функции печени и заболевания печени, которые могут повлиять на выживаемость;
- — поражение органов в результате клинически значимого кровотечения, включая геморрагический инсульт в течение предыдущих 6 мес до начала терапии;
- — возраст менее 18 лет;
- — известная повышенная чувствительность к дабигатрану или дабигатрану этексилату или к одному из вспомогательных веществ.

Ксарелто (ривароксабан)

- Показания:
- Профилактика инсульта и системной ТЭЛА у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанного происхождения
- Прямой ингибитор фактора Ха
- Таб 15 и 20 мг во время еды

- Американская коллегия торакальных специалистов (АССР) рекомендует практическим врачам после тотальной артропластики проводить профилактику венозных тромбозов в течение от 10 до 35 дней.



Статины

- Ингибиторы гидрокси-метилглутарил коэнзим-А-редуктазы

- Доказанные эффекты в рамках ВП ИБС:
 1. Ускорение репарации эндотелия и восстановление его функции;
 2. Устранение вазоконстрикции;
 3. Снижение количества и агрегационной способности тромбоцитов;
 4. Снижение маркеров воспаления в сосудистой стенке;
 5. Подавление пролиферации и миграции гладкомышечных клеток сосуда.

- Первое поколение: ловастатин, симвастатин, правастатин;
- Второе поколение: аторвастатин, розувастатин;

Что еще могут статины?

1. Уменьшать объем липидного ядра;
2. Подавлять воспалительный процесс, сопутствующий нестабильной атероме;
3. Предохранять фиброзную капсулу от разрушения ММП и МФ;
4. Увеличивать сосудорасширяющий резерв артерий;

В-блокаторы

ИБС !!!!! (Совет экспертов РМО по артериальной гипертензии, октябрь 2012)

- В результате действия:
 1. Уменьшается потребность миокарда в кислороде;
 2. Удлиняется диастола и время коронарной реперфузии;
 3. Предупреждается ремоделирование миокарда;
 4. Ингибируется апоптоз кардиомиоцитов;
 5. Улучшается барорефлекторная функция;
 6. Уменьшаются застойные явления;

Критерии эффективности

- В покое: достижение и поддержание ЧСС покоя $55=60$ уд\мин;
- При нагрузке: прирост ЧСС не более 75% от исходного

Кораксан

5-10 мг\2 раза в сут;

- Селективное ингибирование I_F рецепторов ионных каналов, которые ответственны за СА водитель ритма;
- Снижает ЧСС и потребность в кислороде без отрицательного инотропного действия;
- Не снижает АДд и АДс.
- Лечение стабильной стенокардии у пациентов с нормальным синусовым ритмом при непереносимости или противопоказаниях к применению бета-адреноблокаторов.

Противопоказания

- — ЧСС в покое ниже 60 уд./мин (до начала лечения);
- — кардиогенный шок;
- — острый инфаркт миокарда;
- — выраженная артериальная гипотензия (систолическое АД ниже 90 мм рт.ст. и диастолическое АД ниже 50 мм рт.ст.);
- — тяжелая печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью);
- — СССУ;
- — синоатриальная блокада;
- — наличие искусственного водителя ритма;
- — нестабильная стенокардия;
- — АВ-блокада III степени;

Комбинированная антигипертензивная терапия

- Усиливается эффект за счет разнонаправленного действия на патогенез АГ;
- Проще добиться целевого уровня АД;
- Минимум побочных эффектов;
- Фиксированные комбинации АГП повышают приверженность больных к лечению;

Новые российские рекомендации по АГ – приоритет
комбинированной терапии, март 2011

Рациональные комбинации АГП

- ИАПФ+диуретик;
- Блокатор рецепторов ангиотензина+диуретик;
- ИАПФ+антагонист кальция;
- Блокатор рецепторов ангиотензина+антагонист кальция;
- Антагонист кальция+диуретик;
- Антагонист кальция+бета-АБ;

Алгоритм антиангинальной терапии больного со стабильной стенокардией и повышенной ЧСС (целевая ЧСС 55-60 уд в мин)

Назначить антиангинальные препараты, уменьшающие ЧСС

Цитопротекторы (метаболические и миокардиальные)

- Предуктал МВ 35 мг\2 раза в сутки;
- Мидронат 0,5-1 г\сутки;
- Мексикор до 800 мг\сутки;
- Актовегин 5 мл