

**Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей  
общей практики (семейных врачей) Российской Федерации»**

**ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**клинические рекомендации**

**Приняты на IV Конгрессе врачей  
первичного звена здравоохранения  
Юга России, IX Конференции  
врачей общей практики  
(семейных врачей) Юга России  
7 ноября 2014 г., г. Ростов-на-Дону**

**Москва – Ростов-на-Дону**

**2014**

## **Рабочая группа по подготовке рекомендаций:**

**Председатель:** Денисов Игорь Николаевич — д.м.н., академик РАН, профессор, зав. кафедрой семейной медицины Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, Президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) РФ, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейный врач) Минздрава России.

### **Члены рабочей группы:**

Артемьева Елена Геннадьевна — заведующая кафедрой терапии и семейной медицины АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», д.м.н., профессор

Маленкова Валерия Юрьевна — доцент кафедры терапии и семейной медицины АУ Чувашии «Институт усовершенствования врачей», главный внештатный специалист общей врачебной практики (семейный врач) Чувашской Республики, к.м.н., доцент

### **Экспертный совет:**

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Бурлачук В.Т. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н., Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); к.м.н., Заугольникова Т.В. (Москва); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Рецкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); к.м.н., Шевцова Н.Н. (Москва).

## **Содержание**

1. Введение	2
2. Определение и классификация	3
3. Коды по МКБ-10	4
4. Концепция профилактики	4

5. Влияние на факторы риска и изменение образа жизни	5
5.1. Принципы коррекции поведенческих факторов риска – профилактическое консультирование	5
5.2. Питание	6
5.3. Отказ от курения	7
5.4. Физическая активность	8
5.5. Избыточная масса тела и ожирение	9
5.6. Артериальная гипертензия	9
5.7. частота сердечных сокращений	10
5.8. Липиды сыворотки крови	10
5.9. Сахарный диабет	10
6. Кардиопротективная профилактика	11
6.1. Гиполипидемические препараты	11
6.2. Бета-адреноблокаторы	12
6.3. Антитромбоцитарные препараты	12
6.4. ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/ антагонисты рецепторов к ангиотензину II	14
6.5. Сезонная профилактика от гриппа	14
7. Роль кардиолога	15
8. Показания к консультации других специалистов	15
9. Показания к госпитализации	15
10. Заключение	15
11. Список литературы	16

### Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия  
 АРА – антагонисты рецепторов к ангиотензину  
 АСК – ацетилсалициловая кислота  
 БАБ – бета-адреноблокаторы  
 БМКК – блокаторы медленных кальциевых каналов  
 ВОП – врач общей праткики  
 ДЛП – дислипидемия  
 ЖКТ – желудочно-кишечный тракт  
 иАПФ – ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента  
 ИБС – ишемическая болезнь сердца  
 ИМ –инфаркт миокарда  
 ИМТ – индекс массы тела  
 ОЖ – образ жизни  
 СД – сахарный диабет  
 СС – сердечно-сосудистые  
 ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания  
 ССС – сердечно-сосудистая система  
 ТГ – триглицериды  
 ФА – физическая активность  
 ФК – функциональный класс  
 ФР – фактор(ы) риска  
 ХС – холестерин  
 ХС-ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности  
 ХС-ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности  
 ХСН – хроническая сердечная недостаточность

### Классы рекомендаций

Класс рекомендаций	Определение	Руководство для практического применения
<b>I</b>	Польза и эффективность диагностического или лечебного воздействия доказаны и/или общепризнаны.	Рекомендовано к применению/показано ( <b>необходимо назначать</b> )
<b>II</b>	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности лечения.	–
<b>IIa</b>	Имеющиеся данные свидетельствуют о пользе/эффективности лечебного воздействия (польза от лечения превышает вред, но необходимы дополнительные исследования).	Следует рассмотреть применение ( <b>целесообразно назначать</b> )
<b>IIb</b>	Польза/эффективность менее убедительны (польза несколько превышает риск неблагоприятных последствий, но необходимы дополнительные исследования).	Можно рассмотреть применение ( <b>можно назначать</b> )
<b>III</b>	Имеющиеся данные или общее мнение свидетельствуют о том, что лечение бесполезно/неэффективно и в некоторых случаях может быть вредным	Не рекомендуется ( <b>нельзя назначать</b> )

### Степени доказательств

Степень доказанности	Определение
<b>A</b>	Рекомендации основаны на результатах многочисленных рандомизированных клинических исследований или мета-анализов.
<b>B</b>	Рекомендации основаны на результатах одного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных клинических испытаний
<b>C</b>	Рекомендации основаны на мнении экспертов и/или результатах небольших исследований, ретроспективных исследований, данных регистров

## 1. Введение

Сегодня очевидно, что реализация стратегических направлений Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, а именно снижение высоких показателей смертности, укрепление здоровья и увеличение продолжительности жизни населения Российской Федерации возможно только при условии усиления профилактической направленности оказания медицинской помощи. Проведение активной кардиоваскулярной профилактики в ежедневной клинической практике – важнейшее условие снижения смертности в стране.

ССЗ тесно связаны с образом жизни, в частности, курением, питанием, физической активностью, а также психосоциальными факторами. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) заявила, что более трех четвертей всей смертности от ССЗ можно предотвратить с помощью соответствующих изменений в образе жизни. Профилактика ССЗ определяется как

скоординированный набор действий на общественном и индивидуальном уровне, направленный на искоренение, устранение или минимизацию влияния ССЗ и связанной с ними инвалидности. Основы профилактики базируются на сердечно-сосудистой эпидемиологии и доказательной медицине.

Научной основой предупреждения ССЗ, связанных с атеросклерозом стала концепция ФР. Развитие ССЗ тесно ассоциировано с особенностями ОЖ и связанных с ним ФР, которые, взаимодействуя с генетическими особенностями, способны ускорять развитие заболеваний. Наибольший вклад в преждевременную смертность населения РФ вносят: АГ (35,5 %), гиперхолестеринемия (23 %), курение (17,1 %), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9 %), избыточная масса тела (12,5 %), избыточное потребление алкоголя (11,9 %) и гиподинамия (9 %)

Необходимость профилактики сердечно-сосудистых заболеваний обусловлена следующим:

- ССЗ атеросклеротического генеза, особенно ИБС, остаются основной причиной преждевременной смерти во всем мире.
- ССЗ возникают как у мужчин, так и у женщин;
- Профилактика эффективна: снижение смертности от ИБС на 50% связано с воздействием на факторы риска и на 40% с улучшением лечения.
- Профилактические мероприятия должны продолжаться всю жизнь, от рождения (если не ранее) до глубокой старости.
- Стратегии профилактики популяционные и высокого риска должны дополнять друг друга; подход, ограниченный влиянием на лиц высокого риска будет менее эффективным; по-прежнему необходимы образовательные программы для населения.
- Имеются широкие возможности для улучшения контроля над факторами риска, даже среди лиц с очень высоким риском

## 2. Определение и классификация

**Ишемическая болезнь сердца (ИБС)** характеризуется абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий.

Современная классификация ИБС была предложена рабочей группой комитета экспертов ВОЗ в 1979 году и дополнена в 1995.

1. Внезапная коронарная смерть.
2. Стенокардия.
  - 2.1. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса).
  - 2.2. Нестабильная стенокардия.
  - 2.3. спонтанная стенокардия.
3. Инфаркт миокарда.
  - 3.1. С зубцом Q.
  - 3.2. Без зубца Q.
4. Постинфарктный кардиосклероз.
5. Нарушения ритма и проводимости.
6. Хроническая сердечная недостаточность.

## 3. Коды по МКБ-10

### **I20.0 Нестабильная стенокардия**

Стенокардия: . нарастающая . напряжения, впервые возникшая . напряжения прогрессирующая Промежуточный коронарный синдром

### **I20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом**

Стенокардия: ангиоспастическая, Принцметала, обусловленная спазмом, вариантная

## **I20.8 Другие формы стенокардии**

Стенокардия напряжения

## **I20.9 Стенокардия неуточненная**

## **I21 Острый инфаркт миокарда**

Включен: инфаркт миокарда, уточненный как острый или установленной продолжительностью 4 нед (28 дней) или менее от начала  
Исключены: некоторые текущие осложнения после острого инфаркта миокарда (I23.-) инфаркт миокарда: . перенесенный в прошлом (I25.2) . уточненный как хронический или продолжительностью более 4 нед (более 28 дней) от начала (I25.8) . последующий (I22.-) постинфарктный миокардиальный синдром (I24.1)

## **I22 Повторный инфаркт миокарда**

Включен: рецидивирующий инфаркт миокарда  
Исключен: инфаркт миокарда, уточненный как хронический или с установленной продолжительностью более 4 нед (более 28 дней) от начала (I25.8)

## **I23 Некоторые текущие осложнения острого инфаркта миокарда**

Исключены: перечисленные состояния: сопровождающие острый инфаркт миокарда (I21-I22) . не уточненные как текущие осложнения острого инфаркта миокарда (I31.-, I51.-)

## **I24 Другие формы острой ишемической болезни сердца**

Исключены: стенокардия (I20.-)

## **I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца**

### **I25.0 Атеросклеротическая сердечно-сосудистая болезнь, так описанная**

### **I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца**

Коронарная(ый) (артерии): . атерома . атеросклероз . болезнь . склероз

### **I25.2 Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда**

Излеченный инфаркт миокарда  
Перенесенный в прошлом инфаркт миокарда, диагностированный с помощью ЭКГ или другого специального исследования при отсутствии в настоящее время симптомов

### **I25.3 Аневризма сердца**

Аневризма: стенки, вентрикулярная

### **I25.4 Аневризма коронарной артерии**

Коронарная артериовенозная фистула приобретенная

### **I25.5 Ишемическая кардиомиопатия**

### **I25.6 Бессимптомная ишемия миокарда**

### **I25.8 Другие формы хронической ишемической болезни сердца**

Любое состояние, указанное в рубриках I21-I22 и I24.-, обозначенное как хроническое или установленной продолжительностью более 4 нед (более 28 дней) от начала

### **I25.9 Хроническая ишемическая болезнь сердца неуточненная**

Ишемическая болезнь сердца (хроническая) БДУ

## **4. Концепция профилактики**

Концепция ФР, разработанная в 60-х годах прошлого столетия, заложила научную основу профилактики ССЗ.

Согласно этой концепции существуют три стратегии профилактики: популяционная, стратегия высокого риска и вторичная профилактика.

1. Популяционная стратегия направлена на население в целом.

2. Стратегия высокого риска фокусируется на выявлении в популяции лиц с высоким риском ССЗ и проведение у них активных профилактических мероприятий, в том числе с помощью медицинских мер.

3. Вторичная профилактика – ранее выявление, коррекция ФР и лечение пациентов, уже имеющих ССЗ. У этой категории лиц профилактические мероприятия должны проводиться наиболее агрессивно, с целью предупреждения осложнений и смертельных случаев.

Необходимо отметить, что разделение на первичную и вторичную профилактику в достаточной мере условно. Дело в том, что прогресс визуализационных методик в последние годы позволяет диагностировать атеросклероз у лиц, которых принято считать “практически здоровыми”.

Наибольший медицинский и социально-экономический эффект достигается при сочетании применении всех трех профилактических стратегий.

Основная роль в реализации стратегии высокого риска и вторичной профилактики принадлежит медицинским работникам первичного звена здравоохранения, врачам общей практики, которые постоянно контактируют с пациентами и могут оказать влияние на ОЖ своих больных. ВОП является ключевой фигурой при инициации, координации и обеспечении долгосрочного наблюдения при ИБС.

Вторичная профилактика у больных с ИБС или другим проявлением атеросклероза основана на оздоровлении ОЖ и коррекции ФР, так как они продолжают действовать, способствуя прогрессированию болезни и ухудшая прогноз. Другая составляющая часть профилактики – применение лекарственных средств

## **5. Влияние на факторы риска и изменение образа жизни**

Согласно имеющимся клиническим рекомендациям, все пациенты с диагностированным ССЗ атеросклеротического генеза (то есть все пациенты с ИБС) относятся к категории больных с высоким или очень высоким кардиоваскулярным риском и нуждаются в активных мероприятиях по снижению уровней всех ФР.

### **5.1. Принципы коррекции поведенческих факторов риска – профилактическое консультирование**

Исследования свидетельствуют, что пациенты считают врачей надежным источником информации о своем здоровье и хотят получить от них квалифицированную помощь в отказе от вредных привычек и стереотипов поведения. Изменить сложившиеся годами стереотипы поведения пациента – сложная задача. Для того, чтобы ее решить необходимо придерживаться следующих принципов профилактического консультирования:

1. Установить хороший контакт с пациентом и добиться согласия на сотрудничество. Пациент должен осознать, что усилий только врача и других медработников недостаточно для достижения контроля над его заболеванием;

2. Выяснить мнение пациента о причинах его заболевания. Оно может кардинально отличаться от мнения врача. Необходимо расспросить об отношении пациента к болезни (внутренняя картина болезни), связанных с ней переживаниях и страхах, оценить исходный уровень знаний пациента о заболевании;

3. Выявить имеющиеся у пациента ФР;

4. Убедительно разъяснить пациенту связь того или иного ФР (и особенно их сочетания) с ИБС. Аргументами должны служить современные научные данные, которые могут быть представлены на понятном пациенту языке. По возможности, рекомендуется использовать профессионально подготовленные наглядные материалы. Если пациент не понимает связь между ОЖ и своим заболеванием, добиться изменения ОЖ будет крайне трудно;

5. Выяснить готовность пациента к изменению ОЖ в желательном направлении;

6. Привлекать пациента к совместному составлению реалистичных поэтапных планов модификации ОЖ.

Например, 1 шаг – отказ от курения (2 месяца), 2 шаг – снижение веса до надлежащего (6 месяцев) и т. д. При составлении плана модификации ОЖ необходимо ставить реалистичные задачи. Например, физически неактивным пациентам борьбу с гиподинамией можно начать с расширения двигательного режима в быту (отказ от пользования лифтом и пр.);

7. Если коррекция одного из ФР невозможна по каким-либо причинам, в том числе субъективным, например, пациенту не удается отказаться от курения, необходимо уделить большее внимание контролю других ФР;

8. Необходимо регулярно контролировать процесс модификации ОЖ пациента в ходе последующих визитов к врачу;

9. У пациентов с низкой степенью готовности к изменению ОЖ или неоднократными неудавшимися попытками контроля отдельных ФР (например, курения или употребления алкоголя) целесообразно использовать мультидисциплинарный подход – привлекать к консультированию психологов, психотерапевтов, диетологов и др.;

10. Лицам с ИБС рекомендуется проведение группового профилактического консультирования в Школах (например, Школе для больных АГ, Школе для больных СД, Школе для больных ИБС и др). Обучение в Школах обеспечивает эффективную модификацию ФР, улучшение психологического состояния и качества жизни пациентов, а также повышает приверженность к медикаментозному лечению и реабилитации.

11. Эффективность любых профилактических мероприятий повышается при вовлечении в них семьи пациента. Показано, что члены семьи, особенно супруги, имеют сходные поведенческие привычки. Мужчины среднего возраста редко расположены к коррекции ФР и изменению ОЖ. Как правило, более расположенными к сотрудничеству являются женщины, что целесообразно использовать для убеждения мужчин в необходимости модификации ОЖ и коррекции ФР. Кроме того, следует иметь в виду, что существуют контингенты лиц, у которых проведение профилактических мероприятий затруднительно. Среди них: социально-неблагополучные группы (лица с низким и очень низким доходом, низким уровнем образования); люди, лишенные социальной поддержки (одиноко проживающие люди, потерявшие близких и пр.); люди, находящиеся в состоянии стресса (дома или на работе), психологической дезадаптации и имеющие тревожные и/или депрессивные состояния.

## 5.2. Питание

С точки зрения профилактики ИБС питание должно препятствовать возникновению и прогрессированию таких алиментарно-зависимых ФР, как избыточная масса тела, дислипидемия, АГ, в возникновении которых с высокой степенью достоверности доказана роль нарушений принципов здорового рационального питания. Основные рекомендации, которые должны быть доведены до пациента с ИБС, приведены ниже.

1. Энергетическое равновесие означает, что энергетическая ценность рациона должна равняться энергетическим затратам.

2. Сбалансированность питания по содержанию основных пищевых веществ. Рацион считается сбалансированным, когда белками обеспечивается 10-15%, жирами 20-30%, а углеводами 55-70% (10% простыми углеводами) калорийности.

3. Низкое содержание жира с оптимальным соотношением насыщенных и ненасыщенных жиров. Общее потребление жира должно быть в пределах 20-30% от калорийности (менее 10% за счет насыщенных жирных кислот). Пищевого холестерина при ИБС должно быть менее 200 мг/сутки

4. Снижение потребления поваренной соли. Потребление поваренной соли должно составлять менее 6 г в сутки, соотношение натрия и калия в рационе должно быть практически равным

5. Ограничение в рационе простых углеводов (сахаров). Их количество не должно превышать 10% суточной калорийности.

6. Повышенное потребление овощей и фруктов. В сутки должно быть не менее 500 г (более 5 порций), без учета картофеля.

7. Использование цельнозерновых продуктов.

8. Потребление алкоголя в дозах, не превышающих безопасные. Однако на данный момент нет оснований рекомендовать ранее не употреблявшим алкоголь людям начать потребление малых и умеренных доз алкогольных напитков с целью кардиоваскулярной



профилактики. Напротив, учитывая специфические проблемы российского общества, связанные с высокой распространенностью злоупотребления алкоголем и связанных с этим медико-социальных проблем, особое внимание должно уделяться распространению информации о границах безопасного потребления алкоголя как среди пациентов с ССЗ, так и в здоровой популяции.

### 5.3. Отказ от курения

Риск смерти от ССЗ, в частности, от ИБС, зависит от длительности курения и количества выкуриваемых сигарет. Показано, что риск выше у тех, кто курит в настоящее время, по сравнению теми, кто никогда не курил или курил в прошлом, и этот риск тем больше, чем больше количество выкуриваемых сигарет. Пассивное курение также повышает риск развития ССЗ.

При каждом визите пациента в поликлинику, поступлении или выписке из стационара, врач обязан (рисунок ):

- опрашивать каждого пациента в отношении курения (Курит ли пациент?) и, если пациент "не курит", то поощрять его поведение, а если – "курит" то, оценивать особенности курения (степень/тяжесть курения) и готовность бросить курить;
- рекомендовать бросить курить (аргументируя необходимость отказа от курения научно-обоснованными фактами о вреде курения с учетом истории болезни и настоящего состояния пациента). Твердый и аргументированный совет врача – важный фактор в деле прекращения курения пациентом;
- определять стратегию по прекращению курения: совет/беседа по изменению поведения, психотерапия, никотин-заместительная или другая лекарственная терапия, особенно для тех, кто выкуривает 10 и более сигарет в день;
- регистрировать и обновлять данные пациента по курению в медицинской карте при каждом визите

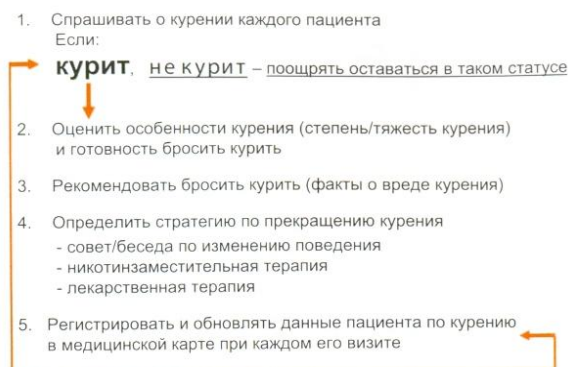


Рисунок 1. Алгоритм контроля курения среди амбулаторных пациентов

### 5.4. Физическая активность

ФА определяется как любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое приводит к расходу энергии сверх уровня состояния покоя. Регулярная ФА уменьшает общую и сердечнососудистую смертность более чем на 30 %. Аэробная умеренная ФА в течение 150 минут (2 часа 30 минут) в неделю снижает риск преждевременной смерти, а также риск развития ИБС, инсульта, АГ, СД 2 типа и депрессии, а ФА от 150 до 300 минут (5 часов) в неделю приносит дополнительную пользу для здоровья: снижается риск появления избыточной массы тела, а также рака толстой кишки и рака молочной железы. Показано, что даже одна тренировка в неделю или активное проведение досуга может снизить смертность пациентов ИБС.

Врачебное консультирование по ФА – одна из сфер, в которой ВОП может благотворно влиять на изменение ОЖ своих пациентов. Прежде чем рекомендовать те или иные виды занятий ФА, врач должен убедить пациента в том, что лично для него существуют конкретные причины для занятий ФА. Рекомендации умеренной ФА являются безопасными и оказывают положительное влияние на здоровье и качество жизни пациентов. Большинству пациентов нет необходимости заниматься интенсивной ФА, польза будет от занятий низкой и средней интенсивности.

#### Основные принципы построения занятий ФА.

Необходимо учитывать состояние здоровья пациента в настоящий момент, его ОЖ, все компоненты физической тренированности, такие как тренированность ССС и дыхательной систем, гибкость, мышечная сила и выносливость, а также желаемые цели при занятиях ФА. Рекомендуемая частота занятий – 3–5 раз в неделю, лучше ежедневно. Общая продолжительность разминку (разогрев), активный период и период остывания

Планирование занятий ФА пациента должно происходить в форме обсуждения (но никак не диктата!). Для снижения массы тела полезно рекомендовать занятия низкой интенсивности, но большей продолжительности, не менее 30 минут/занятие. Пациентам, ведущим малоподвижный ОЖ, необходимо начинать с 5–10-минутных занятий. На пике нагрузки предпочтительно увеличение ЧСС на 60–75 % от максимальной, которую определяют по формуле:  $\text{максимальная ЧСС} = 220 - \text{возраст}$ .

Удобный способ управлять интенсивностью ФА: если физическая нагрузка позволяет участникам занятия комфортно беседовать, то такая нагрузка является умеренной.

– Начинать необходимо медленно и постепенно. Начало занятий не должно быть слишком резким.

– Наиболее подходящий уровень – умеренная ФА.

– Постепенно наращивать длительность занятий, добавляя несколько минут в день, до тех пор, пока не будет достигнут рекомендуемый минимум ФА.

– Когда минимальный уровень ФА достигнут и становится привычным, постепенно наращивать длительность занятий или их интенсивность или то и другое.

Пожилые. При работе с этой группой пациентов важно подчеркивать, что:

– ФА способствует увеличению независимости в ежедневных делах и развивает гибкость, снижает вероятность травм, падений;

– ФА может замедлять процесс старения. С помощью ФА люди старшего возраста могут достигнуть уровня тренированности людей, которые моложе их на 15–20 лет;

– Начинать занятия надо с разминки. Когда пациенты начинают занятия ФА, 5–10 минутная разминка может составлять целое занятие;

– Надо постепенно увеличивать занятия до 30 минут в день. Если до этого пациенты вели малоподвижный ОЖ, этот период должен продолжаться минимум три недели

– Следует направлять пожилых пациентов на занятия в группы здоровья.

Лицам с ожирением рекомендуется ФА низкой и умеренной интенсивности: ходьба, езда на велосипеде, гребля, плавание и др. Большинство людей с ожирением, как и другие люди, ранее ведущие неподвижный ОЖ, получают удовольствие от ходьбы. Если снижение веса является основной целью программы, следует поощрять ежедневную аэробную активность: утилизация 3500 калорий сжигает примерно 450 граммов жира. Длительные занятия (более 30 минут) приводят к использованию жира как источника энергии. Таким образом, акцент делается на увеличение продолжительности занятий, а не на интенсивности.

Курящие. Занятия ФА помогают отказаться от курения курильщикам, которые до этого вели малоподвижный ОЖ, а также способствует поддержанию массы тела при отказе от курения.

Люди с низким материальным доходом. Клубам здоровья существуют дешевые альтернативы. Заниматься ФА можно в парках, группах здоровья для взрослых или центрах здоровья, можно использовать программы телевидения или записи видеокассет.

## 5.5. Избыточная масса тела и ожирение

Соответствие массы тела надлежащей чаще всего оценивают с помощью индекса массы тела (ИМТ).

$$ИМТ = \text{Масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$$

С увеличением ИМТ возрастает риск развития и риск осложнений, особенно сердечно-сосудистых и метаболических. Это зависит не только от степени ожирения, но и от его вида (локализации жировых отложений). Наиболее неблагоприятным для здоровья является абдоминальное ожирение, при котором жир откладывается между внутренними органами в области талии. Существует простой и достаточно точный способ оценки характера распределения жира – измерение окружности талии (ОТ). ОТ измеряется в положении стоя, на середине расстояния между нижним краем грудной клетки и гребнем подвздошной кости по средней подмышечной линии (не по максимальному размеру и не на уровне пупка). Тест объективизирован и коррелирует со степенью накопления жира в интра и экстраабдоминальном пространстве по данным магнитно-резонансной томографии.

Если  $ОТ \geq 94$  см у мужчин и  $\geq 80$  см у женщин, диагностируют абдоминально ожирение, которое является независимым ФР ССЗ. Лицам с АО рекомендуется активное снижение массы тела.

## 5.6. Артериальная гипертензия

АГ - важнейший ФР ССЗ, в том числе и ИБС. При наличии АГ рекомендуется изменение ОЖ (ФА, снижение массы тела, уменьшение потребления поваренной соли, отказ от алкоголя и курения).

При лечении больных АГ важно достигать целевого уровня АД менее 140/90 мм рт.ст. У пациентов с ИБС необходимо снизить АД до 140/90 мм рт.ст. и менее, в течение 4 недель. В дальнейшем, при условии хорошей переносимости, рекомендуется снижение АД до 130/80 мм рт.ст. и менее. При достижении целевых уровней АД необходимо учитывать нижнюю границу снижения САД до 110 мм рт.ст. и ДАД до 70 мм рт.ст., а также следить за тем, чтобы в процессе лечения не происходило увеличения пульсового АД у пожилых пациентов, главным образом за счет снижения ДАД.

У больных с установленным диагнозом ИБС, перенесших МИ, страдающих СД и почечной патологией рекомендуется, при возможности, снижать АД до уровня 130/80 мм рт.ст. (Класс показаний I. Уровень доказательности В).

У пациентов с АГ и ИБС, которые всегда относятся к группе высокого и очень высокого риска, стартовая терапия АГ должна включать в себя комбинацию двух препаратов в малых дозах. При необходимости могут быть использованы комбинации из трех и более препаратов. В каждой конкретной клинической ситуации необходимо учитывать особенности действия различных антигипертензивных препаратов. В частности, больным, перенесшим инфаркт миокарда, обязательным является назначение кардиоселективных липофильных БАБ. Лечение АГ должно проводиться неопределенно долго. В реальной клинической практике только 21,5 % больных достигает целевого уровня АД. Повышение приверженности антигипертензивной терапии и достижение контроля АД у большинства пациентов является основной задачей в работе ВОП.

Более подробно различные аспекты лечения и профилактики АГ представлены в Национальных рекомендациях «Диагностика и лечение артериальной гипертензии»

## 5.7. Частота сердечных сокращений

ЧСС является одним из ключевых факторов, определяющих потребность миокарда в кислороде, а укорочение диастолы при тахикардии приводит к уменьшению времени, в течение которого происходит кровотока в коронарных артериях, что сопровождается ухудшением перфузии, развитием ишемии миокарда и повышением риска повреждения атеросклеротической бляшки. Выявлена тесная связь между высокой ЧСС и внезапной сердечно-сосудистой смертью у мужчин, причем независимо от других ФР. Урежение на каждые 10 уд/мин исход-

ной ЧСС > 70 уд/мин уменьшает летальность на 20 %. Уровень ЧСС достоверно коррелирует с размерами ИМ, летальностью и частотой повторных ИМ. У больных ИБС ЧСС более 70 уд/мин является независимым предиктором ИМ и ССО. ЧСС обладает большей прогностической значимостью в отношении смерти мужчин, нежели женщин. При ИБС высокая ЧСС должна стать одной из терапевтических мишеней вторичной профилактики.

### **5.8. Липиды плазмы крови**

Эпидемиологические исследования показали, что нарушения спектра липидов плазмы крови, с повышением уровней ХС-ЛНП и ТГ (ХС-ЛОНП) и снижением ХС-ЛВП – дислипидемии или дислипидопротеидемии (ДЛП), входят в число трех наиболее мощных ФР ССЗ, в том числе и ИБС. Достижение целевых уровней общего ХС и ХС-ЛНП продолжает оставаться ключевой задачей, поскольку обширная доказательная база свидетельствует о том, что снижение уровней общего ХС и ХС-ЛНП может предотвратить как развитие ССЗ так и их осложнений.

Сегодня основной акцент делается на достижении целевых уровней ХС-ЛНП.

Целевой уровень ХС-ЛНП при ИБС <1,8 ммоль/л (<70 мг/ дл) и/или  $\geq 50$  % снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут (класс рекомендаций I, уровень доказанности A).

При вторичной профилактике у пациентов с ИБС и/или СД медикаментозное лечение ДЛП следует назначать сразу, независимо от уровня ХС, и сочетать его с мерами по оздоровлению ОЖ, уделяя особое внимание липидснижающей диетотерапии. В последние десятилетия в практику диетотерапии вошло использование так называемых “функциональных” продуктов, обогащенных растительными станолами и/или стеринами, которые способствуют снижению всасывания ХС в кишечнике, что сопряжено со снижением ОХС и ХС-ЛНП примерно на 10 %. Терапию липидснижающими препаратами, в первую очередь, статинами, рекомендуется продолжать в течение длительного времени – многих лет, хотя уже через несколько месяцев, благодаря их антиатерогенным и антитромбогенным плейотропным эффектам, происходят благоприятные изменения в структуре артериальной стенки.

Необходимо разъяснять пациентам, зачем они принимают статины, иначе, не чувствуя изменения симптоматики, они прекращают прием. Повышение приверженности пациентов к приему статинов играет ключевую роль в достижении целевых уровней липидов.

### **5.9. Сахарный диабет**

СД является социально значимым заболеванием, имеющим тяжелые последствия для больных и их родственников.

Методы профилактики и лечения при СД включают: коррекцию ОЖ, питания, увеличение ФА, сокращение потребления алкоголя и отказ от курения играют важную роль. Пациентам, с нарушенной толерантностью к глюкозе или повышенными уровнями глюкозы натощак, показано снижение избыточной массы тела. Снижение МТ достигается диетой и физическими нагрузками (см. главы «Питание», «Физическая активность»).

Снижение уровня гликозилированного гемоглобина до 6,5 % и менее позволяет существенно уменьшить риск развития диабетической нейропатии и микрососудистых осложнений.

Целевой уровень глюкозы крови натощак менее 6,0 ммоль/л, постпрандиальный уровень гликемии менее 7,5 ммоль/л.

Целевым уровнем АД у больных СД является менее 130/80 мм рт. .ст. Препаратами первой линии для лечения АД у этих больных считают иАПФ или АРА.

Целевой уровень ХС-ЛНП <1,8 ммоль/л (<70 мг/ дл) и/или  $\geq 50$  % снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут (класс рекомендаций I, уровень доказанности A).

## **6. Кардиопротективная медикаментозная терапия**

При ИБС для вторичной профилактики терапия должна проводиться длительно. И на врача, в том числе ВОП, лежит большая ответственность по выбору лекарственных препаратов. Необходимо отметить, что практика решения этих вопросов может значительно отличаться в разных ситуациях и разных странах. Например, FDA (Food and Drug Administration) решает этот вопрос весьма строго, исходя из данных контролируемых исследований с конкретным лекарственным препаратом, не экстраполируя их на другие препараты этого же класса и другие лекарственные формы этого же препарата. Такой подход наиболее полно соответствует общим принципам доказательной медицины.

Делая выбор между лекарственными препаратами, врач в первую очередь должен отдавать предпочтение тем из них, для которых доказано влияние на прогноз заболевания. Выбирая лекарства внутри того или иного класса препаратов, врач обязан следовать тому же принципу: учитывать доказательную базу конкретного препарата во влиянии на исходы болезни и ни в коем случае не переносить свойства одного препарата на другой. Следует помнить, что на получение эффекта (в отношении улучшения прогноза заболевания) можно, как правило, рассчитывать только в тех случаях, когда лекарственный препарат используется в тех же дозах, в которых он использовался в крупных рандомизированных исследованиях. В свою очередь выбор воспроизведенного препарата (дженерика) должен быть обоснован доступными данными о его фармацевтической эквивалентности и биоэквивалентности, аналогичными показаниями к назначению, производством по стандартам GMP, а также данными соответствия по эффективности и безопасности оригинальному препарату, полученными на основании методически грамотно проведенных клинических исследований по изучению терапевтической эквивалентности.

### **6.1. Гиполипидемические препараты**

Современные клинические рекомендации считают необходимым назначение статинов всем больным ИБС, независимо от уровня холестерина в крови (класс рекомендаций I, уровень доказательств A). При этом необходимо помнить, что целевой уровень ХС-ЛНП при ИБС  $<1,8$  ммоль/л ( $<70$  мг/дл) и/или  $\geq 50\%$  снижение от исходного уровня, когда целевой уровень не может быть достигнут (класс рекомендаций I, уровень доказанности A).

Цель терапии статинами: предотвращение СС осложнений, снижение потребности в первичных/повторных реконструктивных операциях на сердце и сосудах, уменьшение общей и СС смертности, увеличение продолжительности жизни.

Продолжительность терапии статинами должна быть неопределенно долгой.

Сравнение доказательных баз оригинальных аторвастатина и розувастатина позволяет констатировать выраженный гиполипидемический эффект у обоих препаратов. Однако, учитывая данные проведенных исследований, доказал свою эффективность и безопасность во вторичной профилактике аторвастатин и симвастатин (могут быть применены и для первичной профилактики). Оригинальный розувастатин не имеет зарегистрированного показания к применению – вторичная профилактика ССЗ.

Более подробно различные аспекты лечения ДЛП представлены в Национальных рекомендациях «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» V пересмотра (2012 год).

### **6.2. Бета-адреноблокаторы**

В настоящее время имеются доказательства того, что назначение БАБ обеспечивает отчетливое положительное влияние на прогноз у отдельных категорий пациентов ИБС.

Перенесенный инфаркт миокарда. При приеме БАБ после ИМ снижается общая смертность, смертность от ИБС и частота повторных ИМ. В этой связи все пациенты после ИМ должны при отсутствии противопоказаний получать БАБ (Класс показаний I. Уровень доказательности A).

Сердечная недостаточность. Пациенты с фракцией выброса левого желудочка  $\leq 40\%$  при наличии клинически выраженной сердечной недостаточности II-IV ФК по NYHA или бес-

симптомной дисфункции левого желудочка, принимающие иАПФ/АРА в оптимальных дозах должны получать БАБ с доказанной эффективностью при сердечной недостаточности – бисопролол, карведилол, метопролола сукцинат (небивалол– для пациентов в возрасте 70 лет и более) (Класс показаний I. Уровень доказательности А). Терапию БАБ рекомендуется начинать у стабильных пациентов сердечной недостаточностью. После недавней декомпенсации лечение БАБ начинают осторожно и только в стационаре. При декомпенсации сердечной недостаточности может потребоваться временное снижение дозы или отмена БАБ, однако их прием следует возобновить, как только это позволит состояние пациента (вновь с малых доз с последующим титрованием).

Стабильная стенокардия. БАБ обеспечивают устранение симптомов ишемии миокарда и повышение переносимости физических нагрузок.

Некардиальные хирургические вмешательства. У пациентов, подвергающихся оперативным вмешательствам, как правило, отмечается повышенная выработка катехоламинов, приводящая к повышению ЧСС, сократимости миокарда и, следовательно, потребности миокарда в кислороде, что может быть небезопасным для больных ИБС, в связи с чем БАБ должны использоваться в периоперационном периоде у больных с установленным диагнозом ИБС или признаками ишемии миокарда по данным стресс-теста до операции (Класс показаний I. Уровень доказательности В); у большинства пациентов сердечной недостаточностью (Класс показаний IIa. Уровень доказательности С), а также у больных, которым планируются хирургические вмешательства высокого риска. (Класс показаний I. Уровень доказательности В) или промежуточного риска (Класс показаний IIa. Уровень доказательности С) и больных, ранее получавших БАБ (по поводу ИБС, нарушений ритма или АГ) (Класс показаний I. Уровень доказательности С).

### **6.3. Антитромбоцитарные препараты**

Антитромбоцитарные препараты снижают общую и СС смертность, частоту нефатального повторного ИМ и нефатального МИ у пациентов с нестабильной стенокардией, острым ИМ, МИ, транзиторными ишемическими атаками и клинически выраженным атеросклерозом других локализаций.

При отсутствии клинически выраженного атеросклероза АСК рекомендуется пациентам высокого СС риска, т.е. пациентам ИБС, после достижения целевого уровня АД. При стабильном течении ИБС препаратом выбора у подавляющего большинства пациентов является АСК (Класс показаний I. Уровень доказательности А). Анализ эффективности препарата в диапазоне доз 75–325 мг/сутки показал, что с увеличением дозы эффективность препарата не возрастает, а риск побочных эффектов, в первую очередь со стороны ЖКТ, увеличивается. Больным ИБС рекомендуется пожизненная терапия АСК в низких дозах (75–150 мг/сутки). Другие антитромбоцитарные препараты, в частности, клопидогрел, назначается только в случае истинной непереносимости АСК, рекомендуемая доза 75 мг/сутки (Класс показаний IIa. Уровень доказательности В). Двойная антитромбоцитарная терапия (АСК+клопидогрел) не показана. Замена АСК на дипиридамол не рекомендуется из-за его низкой антиагрегантной эффективности и возможного развития синдрома “обкрадывания”.

Профилактика осложнений со стороны ЖКТ. Применение АСК даже в низких дозах повышает риск осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ в 2–4 раза, при этом использование кишечнорастворимых и других специальных форм риск кровотечений не снижает. Замена АСК на клопидогрел не считается оптимальной стратегией профилактики кровотечений у пациентов с высоким риском кровотечений. С целью профилактики язвенных и геморрагических осложнений со стороны ЖКТ при применении антиагрегантов следует придерживаться следующих принципов:

- назначать минимально эффективные дозы препаратов (АСК не более 75 мг/сутки);
- на фоне приема антитромбоцитарных средств очень взвешенно подходить к назначению препаратов, также повышающих риск кровотечений из верхних

отделов ЖКТ, таких как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и антикоагулянты (нефракционированный и низкомолекулярные гепарины, варфарин). При необходимости одновременного приема АСК, клопидогрела и варфарина ориентироваться на более низкие целевые уровни МНО (2–2,5);

- пациентам с высоким риском кровотечений назначать гастропротекторы. В настоящее время препаратами выбора для лечения и профилактики индуцированных АСК и другими НПВП поражений ЖКТ являются ингибиторы протонной помпы;

- перед началом длительной антиагрегантной терапии рекомендуется проведение обследования на *Helicobacter pylori* и, при необходимости, его эрадикация.

#### Острые коронарные синдромы (ОКС).

Золотым стандартом сегодня считается двойная антиагрегантная терапия: комбинация АСК и клопидогрела. При отсутствии истинной непереносимости, всем больным, перенесшим ОКС, следует назначать АСК в дозе 75–150 мг/сутки (Класс показаний I. Уровень доказательности A) и клопидогрел в дозе 75 мг/сутки в течение 12 месяцев (при отсутствии высокого риска кровотечений). (Класс показаний I. Уровень доказательности A (после ОКС без подъема сегмента ST). Класс показаний IIa. Уровень доказательности C (после ОКС с подъемом сегмента ST). У больных с противопоказаниями к приему АСК следует назначать клопидогрел (Класс показаний I. Уровень доказательности B). При необходимости проведения аортокоронарного шунтирования больным, перенесшим ОКС, клопидогрел следует по возможности отменять за 5 дней до операции. (Класс показаний IIa. Уровень доказательности C).

Пациенты, перенесшие чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). Все больные, перенесшие ЧКВ, должны получать двойную антиагрегантную терапию. После ЧКВ больные должны получать 75–325 мг АСК в течение 1 месяца после имплантации простого металлического стента; 3 месяцев после имплантации стента, покрытого сиролимусом, и 6 месяцев после имплантации стента, покрытого паклитакселом. В последующем поддерживающая доза АСК составляет 75–162 мг/сутки. (Класс показаний I. Уровень доказательности B). У больных с повышенным риском кровотечений в начальном периоде после имплантации стента может применяться более низкая доза АСК (75–162 мг/сутки) (Класс показаний IIa. Уровень доказательности C). Все больные после имплантации стентов с лекарственным покрытием должны получать клопидогрел (75 мг/сутки) в течение не менее 12 месяцев. После имплантации простых металлических стентов клопидогрел должен назначаться в течение 1 месяца, оптимально – до 12 месяцев (в случае повышенного риска кровотечений продолжительность двойной антиагрегантной терапии может быть сокращена до 2 недель) (Класс показаний I. Уровень доказательности B). После имплантации стентов с лекарственным покрытием двойная антиагрегантная терапия может продолжаться более 1 года (Класс показаний IIb. Уровень доказательности C). Оптимальная продолжительность такой терапии после истечения 1 года не изучена. Решение должно приниматься на основании индивидуального соотношения риск/польза для данного пациента.

Атеросклероз периферических артерий. Пациентам с периферическим атеросклерозом антитромбоцитарная терапия показана как в случае бессимптомного поражения (Класс показаний I. Уровень доказательности C), так и клинически выраженного атеросклероза (Класс показаний I. Уровень доказательности A). Рекомендуемая суточная доза АСК 75–325 мг. (Класс показаний I. Уровень доказательности A). Клопидогрел назначается в случае непереносимости АСК в дозе 75 мг/сутки. (Класс показаний I. Уровень доказательности B).

Инсульт/Транзиторная ишемическая атака (ТИА). Всем больным, перенесшим ишемический инсульт или ТИА и не имеющим показаний к приему непрямых антикоагулянтов, показана терапия антиагрегантами. (Класс показаний I. Уровень доказательности A). При возможности следует отдавать предпочтение комбинации АСК с дипиридамолом замедленного высвобождения (Класс показаний I. Уровень доказательности B). Альтернативой может быть монотерапия АСК (Класс показаний I. Уровень доказательности A). По данным ряда исследований монотерапия клопидогрелом (75 мг/сутки) может быть более предпочтительной по сравнению с монотерапией АСК. (Класс показаний IIb. Уровень доказательности B). Клопи-

догрел показан пациентам с непереносимостью АСК (Класс показаний IIa. Уровень доказательности B). Двойная антиагрегантная терапия данной категории больных не показана.

#### **6.4. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/антагонисты рецепторов ангиотензина II**

Доказано, что иАПФ и АРА улучшают прогноз при ряде клинических состояний.

СД в сочетании с АГ и/или нефропатией. Больные СД при наличии АГ и/или нефропатии должны получать иАПФ или АРА (Класс показаний I. Уровень доказательности A).

Перенесенный ИМ. Назначение иАПФ или АРА снижает риск смерти после острого ИМ. иАПФ, рекомендованные к применению в более отдаленные сроки заболевания: каптоприл, рамиприл, трандалаприл, эналаприл.

Стабильная стенокардия. Результаты исследований свидетельствуют, что добавление некоторых иАПФ (рамиприла и периндоприла) к стандартной терапии улучшает прогноз.

Сердечная недостаточность и бессимптомная дисфункция ЛЖ. Все пациенты с фракцией выброса левого желудочка ниже 40 % при отсутствии противопоказаний должны получать иАПФ, независимо от наличия или отсутствия клинической симптоматики. При их непереносимости должны быть назначены АРА (Класс показаний I. Уровень доказательности A). Конкретные рекомендации по режимам титрования доз различных иАПФ/АРА у пациентов с ХСН содержатся в соответствующих рекомендациях.

#### **6.5.Сезонная вакцинация от гриппа**

Заболевание гриппом сопровождается выраженной системной воспалительной реакцией, которая может провоцировать развитие кардиоваскулярных катастроф, и этот риск может быть снижен при проведении специфической профилактики.

Все пациенты с ССЗ (в том числе и ИБС) должны при отсутствии противопоказаний ежегодно вакцинироваться от гриппа с использованием инактивированных противогриппозных вакцин (Класс показаний I. Уровень доказательности B).

### **7. Роль кардиолога**

Кардиолог выступает в роли консультанта для ВОП, терапевта. Он играет ключевую роль в оценке пациентов с ИБС, направленных к нему после приема терапевта.

Несмотря на это, выявление и лечение основных ФР, а также рекомендации по изменению образа жизни являются основной задачей врача общей практики или терапевта, но в случае возникновения сомнений по назначению терапии или необходимости изменения схемы лечения, врач кардиолог выступает в качестве непосредственного консультанта (например, никотиновая зависимость, устойчивое ожирение, побочные эффекты, или недостаточная эффективность препаратов).

Консультации кардиолога необходимы в следующих случаях.

- При подборе антиагрегантных препаратов пациентам, перенесшим чрекожные коронарные вмешательства.
- При назначении пероральных антикоагулянтов (например, при хронической фибрилляции предсердий или у пациентов, перенесших протезирование клапана).
- При планируемой заместительной гормональной терапии при наличии симптомов ССЗ, в том числе и ИБС, и наличии высокого уровня риска.

Врач-кардиолог, исходя из существующих руководств, изучает вместе с пациентом, перенесшим неблагоприятное сердечно-сосудистое событие или вмешательство, рекомендации, данные ему после выписки из больницы, и определяет дальнейшую тактику лечения. Кардиолог также помогает пациенту следовать указанным рекомендациям, предоставляя ему дополнительную письменную информацию и контролируя их выполнение в заданные периоды времени. Подобный подход в работе оказывает значимое влияние на формирование промежуточного прогноза.



## 8. Показания к консультации других специалистов

Больных с предположительным или верифицированным диагнозом ИБС желательно проконсультировать у кардиолога.

Если у врача есть основания проводить дифференциальную диагностику с заболеваниями, которые могут имитировать стенокардию или усугублять ее течение, необходимы консультации соответствующих специалистов: невролога, эндокринолога, пульмонолога, гастроэнтеролога, гематолога и т.д.

Если у пациента есть признаки декомпенсации углеводного обмена, необходима консультация эндокринолога

## 9. Показания к госпитализации

Подозрение на острый коронарный синдром (немедленная госпитализация!)

При неясном диагнозе, если невозможно провести соответствующее обследование на амбулаторном этапе

При неэффективности медикаментозной терапии.

Для определения или уточнения показаний к хирургическому лечению.

Появление новых симптомов, свидетельствующих о прогрессировании хронической сердечной недостаточности (появление/нарастание отеков, присоединения признаков застоя по второму кругу кровообращения)

## 10. Заключение

Современные методы лечения ИБС, особенно на ранних стадиях, дают хороший эффект и заметно продлевают жизни пациентов. В то же время у большинства пациентов уровни ФР остаются высокими, что ведет к прогрессированию заболеваний, появлению осложнений и преждевременной смерти. Поэтому задачей врачей первичного звена здравоохранения, в первую очередь врачей общей практики, являются, не только лечебно-диагностические мероприятия, но и коррекция ФР, как до появления симптомов ИБС (с целью их предупреждения), так и после появления клинических признаков. В этих случаях контроль ФР приобретает особую важность и направлен на предупреждение прогрессирования заболевания. Ранняя диагностика, своевременное лечение и достижение эффективного контроля АД, гиперхолестеринемии, других ФР могут снизить смертность от ИБС. Внедрение в клиническую практику основных положений национальных российских рекомендаций является важным шагом на этом пути

## 11. Список литературы

1. Глезер М.Г., Киселева И.В., Новикова М.В., Шокина Т.В. Стабильная стенокардия. Пособие для врачей общей практики. – М.:ООО «Медиком», 2010. – 120 с.

2. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика: внутренние болезни-интернология. Практическое руководство – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – С. 179-182.

3. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2012 г.) // Российский кардиологический журнал , №4 (96), 2012. Приложение 2.

Национальные рекомендации по эффективности и безопасности лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, 2011

4. Оганов Р.Г., Калинина А.М., Поздняков Ю.М. Профилактическая медицина (руководство для врачей). – М.: Media77, 2007. – 214 с.

5. Руководство по амбулаторно-клинической кардиологии/ Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 399 с.

6 . Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина.  
– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. -464 с.