

**Внедрение алгоритмов ведения
больных с БСК на уровне ПСМП в
соответствии с Рекомендациями 2012 года
Европейского Общества
по профилактике сердечно-сосудистых
заболеваний
в клинической практике**

д.м.н. Абсеитова С.Р.

Классификация рекомендаций и уровень доказательства

Класс I	Класс IIa	Класс IIb	Класс III
<p>Польза >>> Риск</p> <p>Процедура/ Лечение Следует проводить/ назначать</p>	<p>Польза >> Риск Дополнительные исследования необходимы</p> <p>Обоснованно проводить процедуру/назначать лечение</p>	<p>Польза ≥ Риск Дополнительные исследования необходимы. Дополнительные данные будут полезны</p> <p>Процедура/Лечение Могут быть рассмотрены</p>	<p>Риск ≥ Польза Дополнительные исследования не нужны</p> <p>Процедура/лечение Не следует проводить/назначать Они могут быть вредными</p>

Уровень А: Рекомендации базируются на данных многоцентровых рандомизированных испытаниях или мета анализов

Уровень В: Рекомендации базируются на одном рандомизированном исследовании или на нерандомизированных испытаниях

Уровень С: Рекомендации основаны на мнении эксперта, случаях

Подходы в направлении профилактики ССЗ: популяционная стратегия и стратегия высокого риска.

1. Популяционная стратегия имеет целью снижение частоты ССЗ на популяционном уровне через формирование образа жизни и изменение окружающей среды и направлена на популяцию в целом.
1. При стратегии высокого риска профилактические меры имеют целью снижение уровней факторов риска (ФР).

Самый обширный профилактический эффект достигается при сочетании двух стратегий.

Стратегии и оценка риска

- У здоровых лиц сердечно-сосудистый (СС) риск чаще всего является результатом множественных ФР.
- Система оценки риска, такая как SCORE, может помочь в формировании логических решений по ведению и лечению пациентов.
- Некоторые пациенты имеют высокий СС риск без необходимости индексации риска и требуют немедленного вмешательства для всех ФР.
- У более молодых лиц низкий абсолютный риск может скрыть очень высокий относительный риск, а использование схемы относительного риска или расчет «возраста риска» может помочь при даче рекомендаций.
- Дополнительные факторы, влияющие на риск, могут быть встроены в электронные системы расчета риска, такие как HeartScore (www.heartscore.org).
- Общий подход в отношении риска гибок: при невозможности достичь совершенства с одним ФР, риск можно снизить попытками усиления воздействия на другие ФР.

Рекомендации в отношении оценки риска

Рекомендации	Класс	Уровень
Расчет общего риска с помощью множественных факторов риска (SCORE) рекомендуется у взрослых без симптомов ССЗ.	I	C
Лиц с высоким риском можно выявить на основании установленного ССЗ, сахарного диабета, заболевания почек (ХБП) от умеренной до тяжелой степени, индивидуальных факторов очень высокого риска или высокого риска по SCORE, и высокий приоритет – для интенсивных рекомендаций по всем ФР.	I	C

Влияние комбинации факторов риска на 10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний с летальным исходом по SCORE

Пол	Возраст (лет)	Холестерин (ммоль/л)	САД (мм.рт.ст.)	Курение	Риск %
Ж	60	8	120	Нет	2
Ж	60	7	140	Да	5
М	60	6	160	Нет	8
М	60	5	180	Да	21

Оценка риска

- Лица с установленным ССЗ уже находятся в группе очень высокого риска развития дальнейших явлений, и нуждаются в надлежащих мерах в отношении всех ФР.
- Риск практически здоровых лиц должен оцениваться с помощью системы SCORE.
- Рекомендуется рассматривать скрининг ФР с включением липидного профиля у мужчин >40 лет и у женщин >50 лет или в постменопаузальном периоде

Оценка общего риска должна проводиться во время консультации, если:

- Пациент просит об этом.
- Известны один и более ФР, такие как курение, избыточный вес или гиперлипидемия.
- Имеется отягощенный семейный анамнез по преждевременным ССЗ или большим ФР, таким как гиперлипидемия.
- Имеются симптомы, подозрительные на ССЗ.

Рекомендации в отношении других заболеваний с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний

Рекомендации	Класс	Уровень
У пациентов с хронической болезнью почек ФР должны приниматься во внимание так же, как и у пациентов с высоким риском.	I	C
Все лица с обструктивным апноэ должны подвергаться медицинской оценке, включая стратификацию риска и контроль риска.	IIa	A
Все мужчины с эректильной дисфункцией должны подвергаться медицинской оценке, включая стратификацию риска и контроль риска.	IIa	B

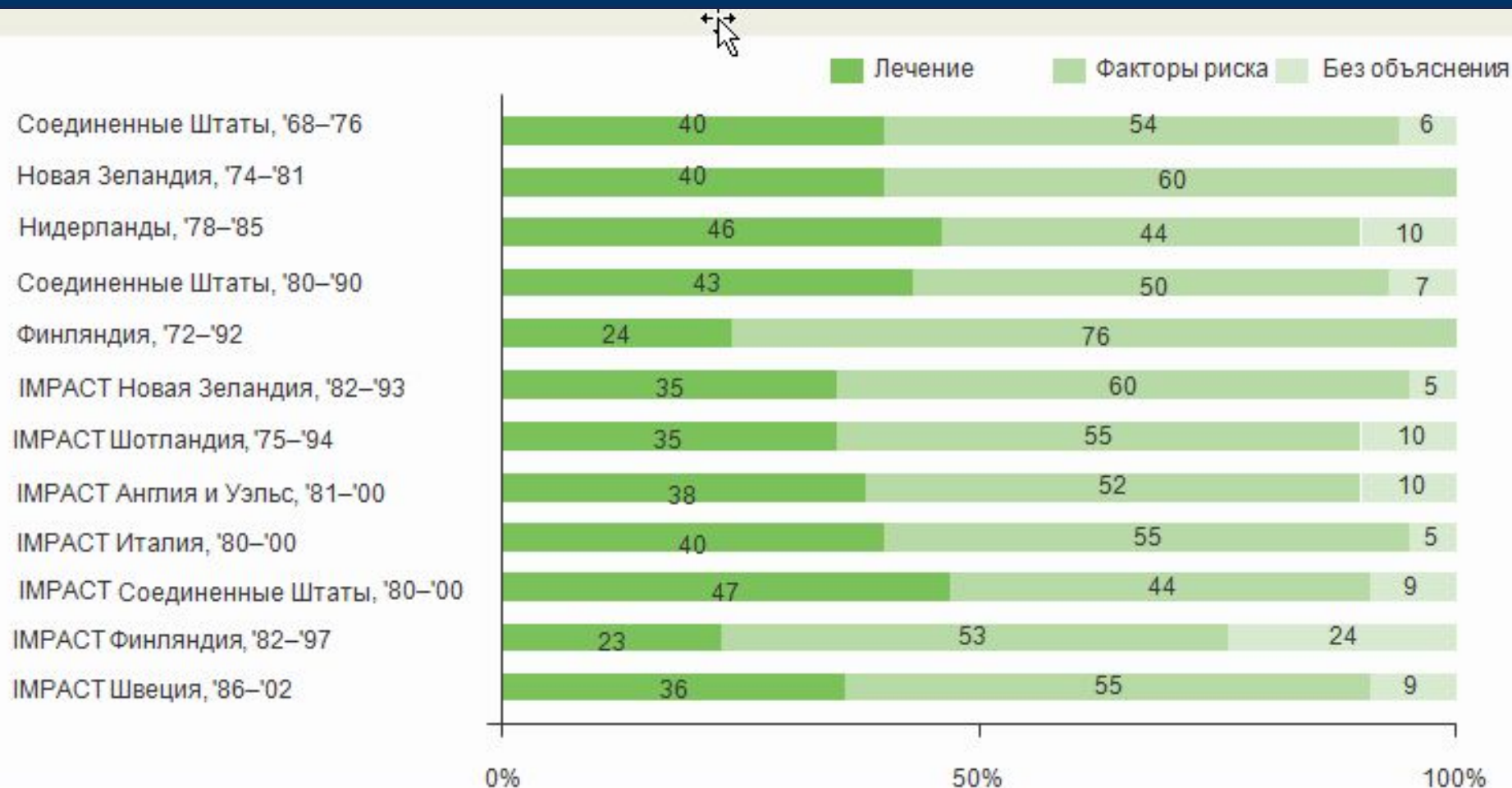
Преимущества применения схемы риска

- Простое в использовании средство.
- Учитывает мультифакториальную природу сердечно-сосудистого заболевания
- Способствует гибкости в лечении, если идеальный уровень ФР нельзя достичь; общий риск по-прежнему можно снизить путем уменьшения других ФР.
- Способствует более объективной оценке риска в течение времени.
- Устанавливает общий язык риска для клиницистов.
- Показывает, как риск возрастает с возрастом.
- Новая схема относительного риска помогает иллюстрировать то, как молодые пациенты с низким абсолютным риском могут находиться в группе существенного относительного риска.
- Расчет «возраста риска» индивидуума также можно использовать в данной ситуации.

Влияние первичной профилактики и лечения сердечно-сосудистых событий на смертность

- Потенциал профилактики, основанной на здоровом образе жизни, надлежащем лечении классических ФР и селективном использовании кардиопротективных препаратов очевиден.
- Рекомендуемые изменения образа жизни и целенаправленное ведение факторов кардиоваскулярного риска достижимы и поддаются выполнению в ежедневной клинической практике, как на первичном, так и на вторичном этапах.

Процент снижения числа смертей от ишемической болезни сердца, имеющего отношение к лечению и изменению факторов риска в различных популяциях (адаптировано от Di Chiara и соавт.)



Рекомендации по артериальному давлению

	Класс	Уровень
Меры, направленные на изменение образа жизни, такие как контроль массы тела, повышенная физическая активность, умеренный прием алкоголя, ограничения натрия и повышение потребления фруктов, овощей и низкожировых молочных продуктов рекомендуется у всех пациентов с гипертензией и лиц с нормальным АД	I	B
Все основные классы антигипертензивных препаратов (т.е. диуретики, ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, антагонисты рецепторов ангиотензина и бета-блокаторы) достоверно не отличаются по снижающей уровень АД эффективности, и, следовательно, должны рекомендоваться для начала и поддержания антигипертензивной терапии.	I	A
Бета-блокаторы и тиазидные диуретики не рекомендуются у пациентов с гипертензией и множественными факторами метаболического риска начала диабета.	III	A
У пациентов с диабетом рекомендуются ингибитор АПФ или блокатор рецепторов ангиотензина.	I	A
<u>У каждого пациента с гипертензией минимальным требованием является стратификация риска по схемам риска SCORE.</u>	I	B
Однако, так как имеются доказательства, что субклиническое повреждение органов является предиктором кардиоваскулярной смерти независимо от SCORE, следует стимулировать поиск субклинического поражения органов, в частности, у лиц с низким или умеренным риском (SCORE 1–4%).	IIa	B
Надлежащим образом начатая лекарственная терапия рекомендуется у пациентов с гипертензией 3 стадии, а также у пациентов с гипертензией 1 или 2 стадии с высоким или очень высоким общим кардиоваскулярным риском.	I	C
У пациентов с гипертензией 1 или 2 степени и умеренным общим кардиоваскулярным риском лекарственная терапия может быть отсрочена на несколько недель, а у пациентов с гипертензией 1 степени без каких либо других факторов риска – на несколько месяцев при использовании мер, направленных на образ жизни.	IIb	C
Систолическое АД следует снизить до <140 мм.рт.ст. (а диастолическое АД до <90 мм.рт.ст.) у всех пациентов с гипертензией.	IIa	A
У всех пациентов с гипертензией с установленным сердечно-сосудистым заболеванием или диабетом 2 типа или с расчетным 10-летним риском кардиоваскулярной смерти ≥5% (на основании схемы SCORE) следует рассматривать терапию статинами.	IIa	B
Антитромбоцитарная терапия, в частности, низкие дозы аспирина, рекомендуются у пациентов с гипертензией и кардиоваскулярными событиями.	I	A
Антитромбоцитарную терапию можно рассматривать у пациентов с гипертензией без наличия в анамнезе сердечно-сосудистого заболевания, но со сниженной функцией почек или высоким кардиоваскулярным риском.	IIb	A

Рекомендации по сахарному диабету

	Класс	Уровень
Рекомендуется достигать уровень HbA1c для профилактики ССЗ при диабете <7,0% (<53 ммоль/моль).	I	A
Статины рекомендуются для снижения сердечно-сосудистого риска при диабете.	I	A
Следует избегать гипогликемии и избыточного веса и может быть необходим индивидуальный подход (в зависимости от цели и выбора средства) у больных с осложнениями заболевания.	I	B
Следует использовать метформин в качестве первой терапии, в случае его переносимости и отсутствия противопоказаний	IIa	B
Возможно дальнейшее снижение HbA1c до целевой величины <6,5% (<48 ммоль/моль) (наименьшая вероятная безопасная величина HbA1c) при диагнозе. Данная целевая величина может снижать риск микрососудистых исходов у больных с длительным сроком диабета.	IIb	B
Рекомендуется задавать целевые величины <140/80 мм рт.с.т.	I	A
Целевая величина холестерина ЛПНП <2,5 ммоль/л, для больных без атеросклеротического заболевания общий холестерин может быть <4,5 ммоль/л, с более низкой целевой величиной холестерина ЛПНП <1,8 ммоль/л (с использованием более высоких доз статинов) для диабетиков с очень высоким риском ССЗ.	IIb	B
Антитромбоцитарная аспиринотерапия не рекомендуется диабетикам, которые не имеют клинического подтверждения атеросклероза.	III	A

Рекомендации по управлению гиперлипидемией

	Класс	Уровень
Рекомендованные целевые уровни составляют <5 ммоль/л (менее ~190 мг/дл) для общего уровня холестерина в плазме и <3 ммоль/л (менее ~115 мг/дл) для Х-ЛПНП у субъектов с низким или умеренным риском	I	A
У больных с высокой степенью риска ССЗ рекомендованное целевое значение Х-ЛПНП составляет <2,5 ммоль/л (менее ~100 мг/дл).	I	A
<u>У больных с очень высокой степенью риска ССЗ, рекомендованное целевое значение Х-ЛПНП составляет <1,8 ммоль/л (менее ~70 мг/дл) или снижение Х-ЛПНП на ≥50% при невозможности достигнуть целевого уровня.</u>	I	A
Все больные с наследственной гиперхолестеринемией должны рассматриваться как больные с высокой степенью риска и подвергаться лечению липидснижающей терапией.	I	A
<u>У больных ОКС следует начинать лечение высокими дозами статинов, пока они находятся в больнице.</u>	I	A
Профилактика негеморрагического инсульта: нужно начинать лечение статинами у всех пациентов с установленной атеросклеротической болезнью сердца и у пациентов с высокой степенью риска развития ССЗ. Следует начинать лечение статинами у пациентов с некардиоэмболическим ишемическим инсультом в анамнезе.	I	A
Окклюзионная артериальная болезнь нижних конечностей и стеноз сонной артерии приводят к риску КБС, поэтому рекомендуется липид-снижающая терапия	I	A
Необходимо использовать статины в качестве средств первой линии у больных после трансплантации с дислипидемией.	IIa	B
Хроническая почечная недостаточность (стадии 2–5, т.е. СКФ <90 мл/мин/1.73 м ²) приводит к риску КБС, поэтому следует приводить целевое значение Х-ЛПНП у этих больных в соответствие со степенью почечной недостаточности.	IIa	C

ОКС= острый коронарный синдром; КБС= коронарная болезнь сердца; ССЗ = сердечнососудистое заболевание; СКФ= скорость клубочковой фильтрации; ЛПНП= липопротеин низкой плотности.

**Европейские рекомендации по профилактике
сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (версия 2012 г.)
Рекомендации по антитромбоцитарной терапии**

	Класс	Уровень
При ОКС в течение последующих 12 месяцев рекомендуется двойная антитромбоцитарная терапия ингибитором P2Y ₁₂ в дополнение к аспирину при отсутствии противопоказаний из-за повышенного риска кровотечений.	I	B
Клопидогрель (ударная доза - 600 мг, суточная доза - 75 мг) рекомендуется больным, не получающим тикагрелор или прасугрель.	I	A
При хронической фазе (более 12 месяцев) после инфаркта миокарда, рекомендуется принимать аспирин для вторичной профилактики.	I	A
У больных с некардиоэмболическим преходящим ишемическим нарушением или ишемическим инсультом рекомендуется применять вторичную профилактику дипиридамола с аспирином или клопидогрель .	I	A
В случае непереносимости дипиридамола (головная боль) или клопидогреля, рекомендуется прописывать один аспирин.	I	A
У больных с некардиоэмболическими церебральными ишемическими событиями антикоагуляция не лучше аспирина и поэтому не рекомендуется.	III	B
Нельзя рекомендовать аспирин или клопидогрель людям без сердечнососудистых или цереброваскулярных заболеваний из-за повышенного риска сильных кровотечений.	III	B

Причина несоблюдения лекарственной терапии в соответствии с требованиями Всемирной Организации Здравоохранения

Категория несоблюдения	Пример
Система здравоохранения	<u>Плохая связь между поставщиком и пациентом; скудные знания о лекарственной терапии и/или плохое понимание руководства; недостаточная коммуникация (например: ограниченные, сложные или неясные рекомендации); отсутствие доступа к медицинскому учреждению; отсутствие непрерывности оказания медицинской помощи</u>
Состояние	Бессимптомное хроническое заболевание (недостаток признаков); сопутствующее нарушение психического здоровья (например, депрессия).
Пациент	<u>Физические нарушения (например: проблемы со зрением или нарушение подвижности); интеллектуальное расстройство; психологические/поведенческие факторы (например, недостаток мотивации, низкая самооценочность, импульсивность); молодой возраст.</u>
Терапия	Сложный режим терапии; побочные эффекты
Социально-экономическая	Низкая грамотность; высокие расходы на лекарственную терапию; плохая социальная поддержка.

Рекомендации по соблюдению пациентами лечения

Класс

Уровень

Врачи должны оценивать соблюдение лекарственной терапии и определять причины ее несоблюдения, чтобы подобрать дальнейшее вмешательство в зависимости от индивидуальных особенностей пациента или человека со степенью риска.

I

A

В клинической практике рекомендуется снижение дозировки до предельно допустимого низкого уровня. Кроме того, следует проводить повторный контроль и поддерживать обратную связь с пациентами.

При возможности следует назначать многокомпонентную или комбинированную терапию в случае постоянного несоблюдения.

IIa

A

Рекомендации по обеспечению соблюдения лекарственной терапии

- Предоставлять четкие рекомендации по преимуществам и возможным побочным эффектам терапии, а также продолжительности лечения и интервалам между дозировками.
- Учитывать привычки и предпочтения пациентов.
- Снижать потребность дозировки до предельно низкого уровня.
- Спрашивать ненавязчиво у пациентов о действии на них терапии, и обсуждать возможные причины несоблюдения терапии (например: побочные эффекты, беспокойства).
- Проводить повторный контроль и обратную связь.
- В случае нехватки времени, прибегать к помощи обученных сестер, если это необходимо и целесообразно.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в общей практике

- Врач общей практики является ключевым лицом, которое должно инициировать, координировать и обеспечивать долгосрочное отслеживание состояния пациента для предотвращения сердечнососудистых заболеваний.
- Скрининг факторов риска, включая уровень липидов, может учитываться у взрослых мужчин старше 40 лет и у женщин старше 50 лет или после менопаузы.

Кардиолог в общей практике:

- Кардиологи, работающие вне больницы, несут важную роль в предотвращении ССЗ.
- Практикующий кардиолог играет основную роль в оценке пациентов с сердечно-сосудистыми проблемами, установленными лечащим врачом.
- Полная экспертиза практикующим кардиологом зачастую должна включать оценку способности к выполнению физических нагрузок, выявление приобретенных повреждений головного мозга, оценку структуры сердца и функционирования сердца с помощью эхокардиографии, и оценку доклинического атеросклероза ультразвуковым обследованием.

Улучшение медицинской помощи с использованием электронных записей

- Увеличение использования электронной медицинской документации может оказать положительное влияние на предотвращение ССЗ на уровне кардиолога-практика.
- Способность систематически идентифицировать всех пациентов с ФР, рассматривать и регистрировать их барьеры в лечении, и контролировать степень выполнения программы по снижению риска в определенных интервалах должна привести к лучшим результатам.

Необходимо рассмотреть возможность специального обучения кардиологов-практиков по использованию электронной медицинской документации для осуществления и поддержания долгосрочных профилактических стратегий лечения.

Кардиологическая реабилитация

- считается рентабельным вмешательством после острого коронарного синдрома; она улучшает прогноз, сокращая количество текущих госпитализаций и расходов здравоохранения, продлевая пациенту жизнь.
- после кардиальных событий или вмешательств в специализированном центре помогает поддерживать долгосрочное соблюдение программы оптимального лечения, обучая пациента и неоднократно подчеркивая важность поддержания предписанного лечения и рекомендованного образа жизни.
- кардиологическая реабилитация после кардиального случая – является рекомендацией Класса I от ESC, АНА, и Американской Кардиологической Коллегии.

Длительная медикаментозная терапия

Аспирин постоянно (75-100 мг/день)	для всех пациентов, если нет аллергической реакции на введение (I A)
Клопидогрель (75 мг/день) на протяжении 12 месяцев или Тикагрелор (90 мг дважды в сутки)	независимо от проводившегося лечения в остром периоде (I A), (в зависимости от наличия того или иного препарата).
Пероральные антикоагулянты под контролем МНО	рекомендованы пациентам при клинических показаниях (фибрилляции предсердий, тромбозе ЛЖ, наличии искусственных клапанов сердца).
Бета-блокаторы всем больным в первые 24 ч, если нет артериальной гипотонии, брадикардии или кардиогенного шока	В дальнейшем перорально всем пациентам, которые чувствительны к этой группе препаратов и не имеют противопоказаний независимо от уровня АД и функции ЛЖ, поскольку они улучшают долгосрочный прогноз (I A).
ИАПФ внутрь в первые 24 ч	всем пациентам без артериальной гипотонии, острой почечной недостаточности и др. противопоказаний независимо от уровня АД и функции ЛЖ (IIa A). Особенно показано у пациентов с высоким риском (I A).
БРА	всем пациентам при нечувствительности к терапии ИАПФ при отсутствии противопоказаний.
Статины	всем пациентам при отсутствии противопоказаний независимо от уровня холестерина. Лечение начинают как можно раньше, уровень ХЛНП < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/мл).

Ведение пациентов после диагноза ОКС

Полное клиническое и объективное обследование пациента	I	C
Электрокардиографию	I	B
Лабораторное обследование	I	B
Определение концентрации гликозилированного гемоглобина (HbA _{1c})	I	A
Оценка уровня физической активности (по данным анамнеза и нагрузочным тестам)	I	B
Эхокардиография (непосредственно перед выполнением АКШ и после него)	I	C
Эхокардиографию следует проводить непосредственно перед выполнением ЧКВ и после него	IIa	C
При предоставлении консультаций относительно применяемых физических нагрузок необходимо предусмотреть ежедневное выполнение аэробных нагрузок умеренной интенсивности в течение не менее 30-60 минут в день	I	A
Применение диеты и проведение тщательного контроля за массой тела необходимо, чтобы достичь и поддерживать следующие целевые значения показателей: индекс массы тела < 25 кг/м ² ; окружность талии – < 94 см у мужчин и < 80 см у женщин	I	B
Рекомендован следующий целевой уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛ-ЛПНП) < 100 мг/дл (2.5 ммоль/л)	I	A
У пациентов высокого риска рекомендовано достижение следующего целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХЛ-ЛПНП) < 70 мг/дл (2.0 ммоль/л)	I	B
Рекомендовано внести такие изменения в образ жизни пациента и применять фармакотерапевтические средства, с достижением целевого уровня АД < 130/80 мм рт. ст.	I	A
В ходе каждого визита пациента следует оценивать его отношение к табакокурению; настаивать на том, чтобы пациент бросил курить; также следует советовать ему избегать пассивного курения	I	B
Показано проведение психологического скрининга на наличие стресса	I	C

ПРОБЛЕМЫ

1. Поздняя обращаемость пациентов

2. Низкая образованность

специалистов

в области доказательной
медицины

3. Отсутствие оборудования

4. Отсутствие медикаментов

5. Не разработаны внутренние
протоколы

6. Не разработаны протоколы
взаимодействия и алгоритмы
транспортировки пациентов с

ОКС



1. отсутствует постоянная информация населения о признаках ОКС, факторах риска и мерах помощи

2. Не проводятся обучающие семинары и тренинги на рабочих местах

3. 1. Нет лечебно-диагностического оборудования: Эхокардиографы, 12-канальный мониторинг ЭКГ, неинвазивный и инвазивный контроль гемодинамических показателей, внутриаортальный баллонный контрпульсатор

3.2. Нет лабораторного оборудования для количественного определения маркеров некроза, контроля антикоагулянтной терапии, ранней диагностики сердечной недостаточности

4. Отсутствуют препараты морфин, метопролол тартарат тикагрелор**, клопидогрел, бивалирудин*, эптифибатид*, фондапаринукс, эноксапарин, левосимендан***, добутамин*, норадреналин*

* не зарегистрированы

** не внесены в ЛФ список ЖВЛ

*** не внесены в список КЗГ

ПУТИ РЕШЕНИЯ

1. Поздняя обращаемость пациентов
2. Низкая образованность специалистов в области доказательной медицины
3. Отсутствие оборудования
4. Отсутствие медикаментов
5. Не разработаны внутренние протоколы
6. Не разработаны протоколы взаимодействия и алгоритмы транспортировки пациентов с ОКС



- 1.1. Постоянная информация населения о признаках ОКС и мерах помощи (ЗОЖ и другие источники массовой информации)
- 1.2. Разработать алгоритмы по ведению пациентов на амбулаторном этапе. Обеспечить мероприятия по первичной и вторичной профилактике в соответствии с Рекомендациями ЕОК, 2012
- 2.1. Организовать постоянную систему обучения (тренинги) сотрудников на рабочих местах на всех этапах медицинской помощи в регионе (на основе доказательной медицины)
3. Оснащение лечебно-диагностическим оборудованием в соответствии с утвержденным Экспертным советом МЗ РК Алгоритмом лечения ОКС (протокол №8 от 17.04.12г.)
4. Оснащение медикаментами в соответствии с утвержденным Экспертным советом МЗ РК Алгоритмом лечения ОКС (протокол №8 от 17.04.12г.)
5. В каждой лечебной организации разработать внутренний протокол диагностики и лечения ОКС на основании утвержденного Экспертным советом МЗ РК Алгоритма лечения ОКС (протокол №8 от 17.04.12г.) и Рекомендаций ЕОК (2010-2012)
6. Во всех регионах между лечебными организациями разработать протоколы взаимодействия и алгоритмы транспортировки при ОКС на основании утвержденного Экспертным советом МЗ РК Алгоритма лечения ОКС (протокол №8 от 17.04.12г.)

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ