

*ПФ ГМУ г. Семей*

*Кафедра специальных дисциплин*

*Дисциплина: Организация работы врача общей практики (основы менеджмента работы врачебной амбулатории)*

**СРИ**

***«Программа профилактики  
заболевания и ведения больных с ИБС»***

- \* ***Выполнила: врач – интерн  
группы Айчанова Айгерим 640 гр***
- \* ***Проверила: Лепесова С. Ж.***

***Павлодар, 2017 год***

# Введение

- \* **ИБС-** Ишемическая болезнь сердца - заболевание, обусловленное несоответствием между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой.
- \* Основной причиной развития ИБС является атеросклероз коронарных артерий.

# Ведение больных с ИБС



оценка и мониторинг  
болезни

сокращение факторов  
риска



ведение стабильных ИБС

ведение обострений  
(ОКС)

# Факторы Риска ИБС

## Неустраняемые (немодифицируемые):

- \* 1. Возраст (мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет).
- \* 2. Пол (мужчины болеют чаще, чем женщины).
- \* 3. Наследственность.

## Устраняемые (модифицируемые):

- \* 1. Нарушение липидного обмена.
- \* 2. Артериальная гипертензия.
- \* 3. Сахарный диабет.  
Нарушение толерантности к глюкозе.
- \* 4. Ожирение.
- \* 5. Малая физическая активность.
- \* 6. Курение.

Все перечисленные факторы риска ИБС влияют на липидный обмен и состояние сосудистой стенки в сторону прогрессирования атеросклероза.

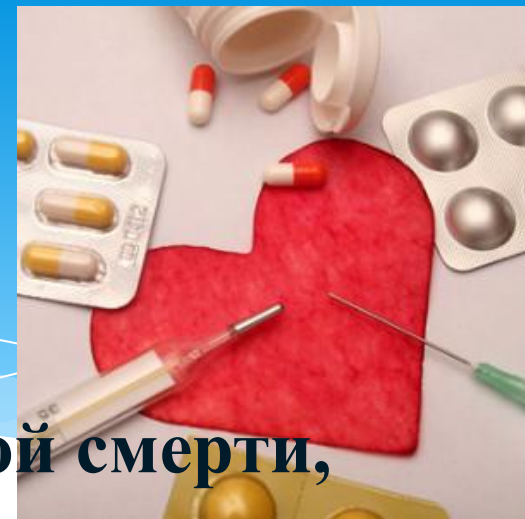
## Целями эффективного ведения ИБС являются:

- \* предотвращение развития болезни;
- \* облегчение симптомов;
- \* повышение переносимости физических упражнений;
- \* улучшение состояния здоровья;
- \* профилактика и лечение осложнений;
- \* профилактика и лечение обострений;
- \* снижение смертности.

# Профилактика ИБС

**К ним относятся:**

- \* предотвращение преждевременной смерти,
- \* торможение прогрессирования и достижение частичного регресса атеросклероза коронарных артерий,
- \* предупреждение клинических осложнений и обострений болезни,
- \* уменьшение количества и сроков госпитализации, особенно срочной.



# профилактика ИБС



## Медикаментозный компонент

- \* применение ацетилсалициловой кислоты (АСК) или других антиагрегантов,
- \*  $\beta$ -блокаторов,
- \* ингибиторов АПФ,
- \* гиполипидемических препаратов (статинов)

## Реваскуляризация миокарда

## Немедикаментозный компонент

- \* здоровое питание,
- \* прекращение курения,
- \* повышение физической активности (применение тренирующих физических упражнений по 30–40 мин 2–3 раза в неделю),
- \* нормализация веса,
- \* снижение АД,
- \* снижение уровня общего холестерина (ХС) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП),
- \* оптимизация сахара в крови.

# профилактика ИМ

Отказ от курения	Полное прекращение курения. Избегать пассивного курения.
Нормализация АД	АД должно быть <130/80 мм рт.ст. Для медикаментозной коррекции АД предпочтительны $\beta$ -блокаторы и/или иАПФ
Нормализация МТ	ИМТ 18,5–24,9 кг/м <sup>2</sup> . Окружность талии: для женщин <80-88 см, для мужчин <94-102 см
Контролируемые ФН	При отсутствии противопоказаний – аэробная физическая активность умеренной интенсивности, по крайней мере, в течение 30 мин не менее 5 дней в неделю.
Нормализация липидного обмена	Снижение ХС ЛНП <100 мг/дл (2,6 ммоль/л) [оптимально <70 мг/дл (1,8 ммоль/л)] или ХС не-ЛВП <130 мг/дл (оптимально <100 мг/дл) у больных с уровнем ТГ $\geq$ 200 мг/дл (2,28 ммоль/л). Препаратами выбора для снижения уровня ХС являются статины, которые следует использовать неопределенно долго.
Лечение СД	Уровень HbA1c $\leq$ 6,5 %.(гликозилированный гемоглобин)
Антиагреганты	АСК 75-100 мг 1 раз в сутки неопределенно долго. Клопидогрел 75 мг 1 раз в сутки до года в сочетании с АСК или неопределенно долго в качестве монотерапии при невозможности применения АСК из-за аллергии или выраженных желудочно-кишечных расстройств в ответ на прием препарата).
Блокаторы В-адренергических рецепторов	Следует использовать неопределенно долго у всех больных, перенесших ИМ и не имеющих противопоказаний к $\beta$ -блокаторам. Предпочтение отдается препаратам селективного действия.
иАПФ	Следует использовать неопределенно долго у всех больных, перенесших ИМпСТ и не имеющих противопоказаний к иАПФ. Препараты этой группы особенно эффективны при сниженной сократительной функции ЛЖ (ФВ $\leq$ 40 %), АГ, СД, хронических заболеваниях почек, а также в случаях, когда недостаточно хорошо контролируются сердечно-сосудистые ФР.



# Задачи врача

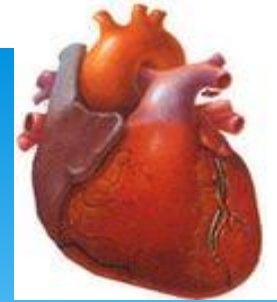
## Основные задачи врача:

1. Разъяснить сущность заболевания.
2. Рекомендовать соблюдения диеты с низким содержанием насыщенных жиров, поваренной соли; ограничить прием алкоголя; отказаться от курения.
3. Обучить элементарным методам контроля уровня физической нагрузки.
4. Дать письменные рекомендации по приему назначенных лекарственных средств, указать их назначения и дозы.
5. Предупредить о необходимости сообщать о побочных эффектах лекарственных препаратов.
6. Научить отличать ангинозный приступ от других.

# Задачи врача

7. Предупредить о необходимости обращения к врачу при изменении привычного течения стенокардии: появления боли другого характера, появления иных ощущений (резкой слабости, обмороков, сердцебиения).
8. Дать четкие указания о том, в каких случаях необходим вызов врача скорой медицинской помощи.
9. Разработать индивидуальную программу экстренной самопомощи.
10. Указать на необходимость иметь под рукой средства самопомощи, а также запах лекарственных препаратов для плановой терапии.
11. Объяснить, в каких ситуациях необходим дополнительный профилактический прием лекарственных средств.

# Ацетилсалициловая кислота



Согласно современным международным рекомендациям **все больные ИБС** при отсутствии противопоказаний должны принимать АСК, независимо от наличия кардиальных симптомов. Большинству больных ИБС АСК следует принимать в течение всей жизни.

Для **вторичной** профилактики ИБС АСК назначается в малых дозах (75–150 мг/сут.), при повышенном риске тромбоза ее доза увеличивается до 325 мг/сут.

При дозировках ниже 75 мг в сутки эффективность профилактического действия АСК уменьшается, при дозировках свыше 325 мг – возрастает частота кровотечений, особенно желудочно–кишечных.

Противопоказана АСК при язвенной болезни, геморрагических диатезах, индивидуальной непереносимости, почечно–печеночной недостаточности, в некоторых случаях при бронхиальной астме.



# Ацетилсалициловая кислота



у больных стабильной стенокардией снижает риск развития ССЗ на 33–50%

регулярное и длительное лечение в дозах 75–325 мг в сутки снижает риск развития повторного ИМ на 20–40%

при назначении в раннем периоде после операции коронарного шунтирования снижает частоту тромбоза шунтов на 50%

# Клопидогрель.



- \* Является важнейшей составной частью лечения больных ИБС при проведении эндоваскулярных вмешательств (ангиопластики и стентирования коронарных артерий) с целью профилактики тромбоза стентов. Больному после ангиопластики и стентирования следует продолжать лечение антиагрегантами еще не менее полугода.
- \* Выявлены преимущества длительного приема клопидогреля перед АСК у тяжелых категорий больных – с инфарктом миокарда, инсультом в анамнезе, с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей, с сахарным диабетом.
- \* Более эффективен в снижении комбинированного риска ишемического инсульта, острого инфаркта миокарда и сердечно–сосудистой смерти.
- \* Количество кровотечений из желудочно–кишечного тракта меньше, чем при лечении АСК.

# Непрямые антикоагулянты.



Назначение варфарина как в виде монотерапии, так и в комбинации с АСК оправдано у больных с высоким риском сосудистых осложнений: при наличии внутрисердечного тромбоза, эпизодов тромбоэмболических осложнений в анамнезе, мерцательной аритмии, тромбоза глубоких вен, т.е. когда можно предполагать, что назначение только АСК как средства вторичной профилактики будет недостаточно.

При этом необходим тщательный контроль уровня нормализованного отношения (МНО), что требует повторных лабораторных исследований.

# **β-блокаторы**



**Считаются обязательным компонентом терапии всех форм ИБС исходя из их эффективности у больных, перенесших инфаркт миокарда.**

**Отмечено 25%–ное снижение повторных инфарктов миокарда и смертности у больных ИБС на фоне применения β-блокаторов.**

**Эти средства эффективны в таких дозах: бисопролол – 5–10 мг однократно, пропранолол – 40–120 мг 3 раза в сутки, метопролол – 50–200 мг 2 раза в сутки, атенолол – 50–200 мг 1 раз в сутки, карведилол – 25–50 мг 2 раза в сутки, небиволол – 5 мг 1 раз в сутки.**

# Гиполипидемические средства



Должны входить в комбинированную терапию больных ИБС у большинства лиц с гиперлипидемией, в том числе и у лиц, перенесших инфаркт миокарда. Прием гиполипидемических препаратов улучшает отдаленный прогноз жизни больного ИБС.

К препаратам, преимущественно снижающим уровень ХС ЛПНП и общего ХС, относятся статины и секвестранты желчных кислот. Эти средства используются в основном для коррекции гиперлипидемии (ГЛП) IIa типа, особенно при семейной гиперхолестеринемии, нередко в комбинации с препаратами других классов.

К препаратам, снижающим преимущественно уровень липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и триглицеридов, относятся никотиновая кислота, фибраты и компоненты рыбьего жира. Они применяются в лечении ГЛП IIb, III, IV типов. Их часто сочетают с препаратами, преимущественно снижающими уровень ЛПНП и общий ХС.



# Гиполипидемические средства



гиполипидемическое действие

стабилизация атеросклеротических бляшек, уменьшением их склонности к разрыву

улучшение функции сосудистого эндотелия, торможение пролиферации гладкомышечных клеток сосудистой стенки, улучшение фибринолиза

противовоспалительное действие

антиишемическое действие, уменьшение склонности коронарных артерий к спастическим реакциям

антитромбоцитарное действие, положительное влияние на вязкость крови, агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, концентрацию фибриногена

# Диета

Является обязательной составляющей комплексной терапии гиперлипидемий.

Рекомендуемый состав пищи: белки – 15  
углеводы – 55 %, жиры – 30 % суточной калорийности.

- \* обязательное ограничение потребления насыщенных жирных кислот (до 7–10%), входящих в состав жиров животного происхождения;
- \* увеличение в рационе продуктов, содержащих растительные масла, рыбий жир и морепродукты, богатые мононенасыщенными и полиненасыщенными жирными кислотами;
- \* потребление ХС с пищей не более 200–300 мг в сутки;
- \* увеличение потребления овощей и фруктов, содержащих витамины, естественные антиоксиданты, клетчатку и растворимые пищевые волокна;
- \* сочетание диеты с медикаментозной коррекцией холестерина ЛПНП (максимальный эффект хорошо подобранной диеты - снижение уровня ХС в крови на 10% - явно недостаточен).



# Комплекс мероприятий по профилактике



1. Мероприятия, направленные на своевременное выявление ИБС и снижение риска развития осложнений (диспансеризация отдельных групп взрослого населения, проведение углубленных профилактических осмотров, школ пациентов);
2. Организация работы передвижных медицинских комплексов,
3. Организация выездной работы врачей-специалистов,
4. Организация выездной работы специализированных бригад регионального сосудистого центра,
5. Организация и проведение телемедицинских консультаций,
6. Проведение семинаров, конференций по вопросам рациональной и современной лекарственной терапии и использования других методов лечения АГ, ИБС и их осложнений,
7. Повышение эффективности диспансерного наблюдения и ведения больных, перенесших острый коронарный синдром (снижение риска повторного острого коронарного синдрома, увеличение приема статинов среди больных ИБС до 40 %).



\* Спасибо за внимание!)