

Нестеров Ю.И.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово*

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ЛЕКЦИЯ)

Лекция предназначена врачам первичного звена здравоохранения и посвящена комплексной реабилитации и диспансеризации больных после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) на поликлиническом этапе. Материал лекции основан на результатах анализа отечественной и зарубежной литературы, а также на собственном опыте.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, реабилитация, антиагреганты, статины, бета-адреноблокаторы, вторичная профилактика.

Nesterov Y.I.

*Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo*

HEART ATTACK SECONDARY PREVENTION IN PRIMARY LINK OF PUBLIC HEALTH SERVICE (LECTURE)

The lecture is intended to doctors of the primary link of public health service and is dedicated to complex rehabilitation and health survey of patients who had myocardial infarction on the polyclinic stage. The lecture material is based on the results of native and foreign literature, and on own experience.

Key words: myocardial infarction, rehabilitation, antiaggregants, statins, beta-blocker, secondary prevention.

В начале XXI века сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) из-за их широкой распространенности, тяжести последствий для жизни и здоровья остаются важнейшей медико-социальной проблемой здравоохранения всех высокоразвитых стран. В России сердечно-сосудистая смертность постоянно растет [1]. На ее долю у нас приходится 53 % от числа всех случаев смерти и 49,8 % случаев стойкой утраты трудоспособности [2]. Если рассмотреть структуру смертности от различных проявлений ССЗ, то выявляется, что более половины случаев (54 %) составляет смерть от ишемической болезни сердца (ИБС) [3, 4]. По этой причине погибает в 2 раза больше населения, чем от злокачественных новообразований всех локализаций [2].

Вызывает тревогу тот факт, что в целом значительно возросли показатели заболеваемости и смертности от ИБС среди лиц работоспособного возраста. Согласно данным ГНИЦ профилактической медици-

ны, в нашей стране в возрасте 20-60 лет 34 % мужчин и 39 % женщин умирают от болезней сердца и сосудов. По результатам исследования В.В. Гафарова и соавт. (2004), заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ) среди населения в возрасте 25-64 лет г. Новосибирска является одной из самых высоких в мире. Причем в 60-70 % случаев коронарная смерть наступает у лиц от повторного ИМ [5].

Задача вторичной профилактики после перенесенного ИМ включает предотвращение поздних осложнений, в том числе внезапной смерти, восстановление трудоспособности и улучшение качества жизни пациентов. Доказано, что эффективно проводимая вторичная профилактика приводит к достоверному снижению смертности от осложнений ИМ на 26 % [6]. В нашей стране, созданная в конце 70-х годов реабилитационная программа для больных с кардиоваскулярными заболеваниями также показала свою медико-социальную и экономическую значимость.

Больные с острым ИМ подлежат срочной госпитализации в специализированное отделение, где проводится купирование болевого синдрома, восстановление проходимости коронарных артерий (тромболизис, коронарная ангиопластика со стентированием), ле-

Корреспонденцию адресовать:

Нестеров Юрий Иванович,
тел. раб. 8 (3842) 32-31-44,
E-mail: nesterov_u@kemcity.ru

чение и предупреждение ранних осложнений ИМ. Продолжительность пребывания больных в стационаре составляет, в среднем, 12-19 дней. Затем больных переводят на санаторный этап реабилитации. Задачами этого этапа являются восстановление физического и психического здоровья больных, целенаправленная подготовка больного к бытовым нагрузкам и трудовой деятельности. На этом этапе на первый план выступает физическая и психическая фаза реабилитации и продолжается медикаментозная терапия. Если больной из стационара не направляется в санаторий, то в этих случаях второй этап реабилитации проводится в кардиологическом диспансере или в поликлинике.

После санатория начинается пожизненная вторичная профилактика ИБС, направленная на предупреждение прогрессирования и обострений болезни и профилактику поздних осложнений ИМ (сердечной недостаточности, нарушений ритма, повторных ИМ, внезапной смерти и др). К сожалению, чаще она заменяется, как показывает практика, диспансерно-поликлиническим наблюдением участковым врачом с периодической консультацией кардиологом.

КОРРЕКЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

У больных, перенесших ИМ, факторы риска атеросклероза продолжают действовать, способствуя прогрессированию заболевания и ухудшая прогноз. Как правило, у таких больных имеют место несколько факторов риска, усиливая влияние каждого в отдельности. Поэтому коррекция их должна быть составной частью тактики лечения пациентов.

Отказ от курения. Убедительно доказано, что как активное, так и пассивное курение способствует прогрессированию атеросклероза коронарных артерий и повышает риск развития повторного ИМ [7], больше окисляется холестерин (ХС) ЛПНП и снижается уровень ХС ЛПВП. Табакокурение вызывает повышение активности тромбоцитов и вязкости крови, что способствует усилению тромбообразования в коронарных сосудах. Под влиянием компонентов курения происходит активация симпатической нервной системы, что приводит к высвобождению вазопрессина и, в итоге, манифестируют повышение артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) [8]. У курильщиков достоверно чаще встречаются все формы ИБС, причем риск смерти от ИБС увеличивается по мере возрастания интенсивности курения [9]. Курение увеличивает риск инсульта, окклюзионного поражения ветвей аорты и периферических сосудов [10]. Подсчитано, что причиной 13 % всех случаев сердечно-сосудистой смерти является курение [11].

Помимо того, табачный дым может оказывать негативное влияние на эффективность и безопасность лекарственных препаратов, используемых в лечении больных ИБС. Никотин может как потенцировать эффект лекарственных препаратов, так и оказывать антагонистическое воздействие на их эффективность, а также приводить к развитию ряда побочных эффектов. При курении снижается активность антиангинальных препаратов, на 30 % больше регистрируется внекардиальных побочных эффектов при приеме β -адреноблокаторов. В то же время, данные многочисленных исследований свидетельствуют, что у пациентов, отказавшихся от курения, риск смерти снижается на 36 %, по сравнению с теми, кто продолжает курить [12].

Исходя из этих доказательств, нужно настоятельно рекомендовать пациентам полностью отказаться от курения [13]. Профилактические меры, направленные на отказ от курения, наряду с адекватным медикаментозным лечением, позволяют уменьшить или даже предотвратить прогрессирование ИБС. В стратегии отказа от курения необходимо спрашивать о курении при каждом визите к врачу, использовать специальные программы или фармакологическое вмешательство, оценить желание курильщика бросить курить, предложить консультацию или план по отказу от курения. К большому сожалению, наличие перенесенного ИМ не побуждает больных к полному отказу от вредной привычки, и более половины мужчин все равно продолжают курить.

Выбор здорового питания. Важное значение во вторичной профилактике ИБС придается соблюдению диеты, причем у пациентов, перенесших ИМ, пищевой рацион должен быть строже. Диета снижает риск обострений болезни посредством нескольких механизмов: за счет снижения массы тела, артериального давления, нормализации уровней липидов и глюкозы крови, снижения тромбообразования в коронарных сосудах. Изменение диеты заключается в уменьшении содержания в ней продуктов животного происхождения с большим содержанием холестерина и замене их продуктами растительного происхождения, не содержащими холестерин (овощи, фрукты, орехи, бобовые и рыбных блюд), а также добавление омега-3 жиров из рыбы. Но наибольшее число снижения рецидивов сердечно-сосудистых событий может быть достигнуто при соблюдении диеты и агрессивной холестеринснижающей терапии [14].

При каждом визите к врачу следует проводить контроль веса тела при его повышении, стремиться к достижению целевых показателей ИМТ не $> 25 \text{ кг/м}^2$, окружности талии $< 102 \text{ см}$ для мужчин и $< 88 \text{ см}$ для женщин.

Роль физических тренировок. Во вторичной профилактике ИБС достойное место занимает физичес-

Сведения об авторах:

Нестеров Юрий Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и общей врачебной практики ГОУ ВПО КемГМА, г. Кемерово, Россия.

кий аспект реабилитации. При регулярном выполнении физических упражнений улучшаются обменные процессы в сердечной мышце, активируется тканевой обмен. Физические нагрузки способствуют снижению АД при его повышении; уменьшаются размеры левого желудочка (ЛЖ) и левого предсердия, уменьшаются масса тела, частота приступов стенокардии, замедляется ЧСС. Все это способствует более экономной деятельности сердца, повышается его сократительная функция, увеличивается ударный объем сердца, снижается число серьезных сердечно-сосудистых осложнений, включая смерть и нефатальный ИМ, уменьшаются число госпитализаций и дней нетрудоспособности в связи с обострением ИБС.

Используют следующие виды аэробных динамических физических нагрузок: ходьба и лечебная физкультура. Было отмечено, что регулярные физические тренировки уменьшают смертность от ИБС на 31 % [15]. Исходя из этого, контролируемые физические упражнения должны обязательно присутствовать во вторичной профилактике у всех пациентов после перенесенного ИМ. По интенсивности они должны быть низкими и умеренными. Другим условием является их регулярность — 30 минут в день и 7 дней в неделю (минимум 5 дней в неделю). Следует помнить, что нерегулярные занятия могут привести к срыву компенсаторных возможностей сердечно-сосудистой системы.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Для вторичной профилактики больных, перенесших ИМ, используются лекарственные средства, эффективность применения которых доказана многими крупными международными исследованиями. К ним относятся: антиагреганты, статины, ингибиторы АПФ и β -адреноблокаторы.

Антиагреганты. Важным аспектом лечения ИМ после выписки из стационара (санатория) является применение дезагрегантов, из которых наиболее эффективными признаны ацетилсалициловая кислота и клопидогрел. Применение их предотвращает тромбообразование в коронарных сосудах и оказывает противовоспалительное действие. В настоящее время не вызывает сомнения ключевая роль хронического вяло текущего воспаления в патогенезе атеросклероза. Воспалительные изменения в атеросклеротической бляшке являются одной из причин ее «уязвимости», повышающей риск развития острого коронарного синдрома.

Согласно международным рекомендациям и рекомендациями ВНОК, терапия аспирином показана всем пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, при отсутствии противопоказаний. Чаще используют кишечнорастворимые формы аспирина: кардиомагнил, тромбоАСС, аспирин-кардио.

Принципы тромбоцитарной терапии (рекомендации АСС/АНА, 2007): аспирин пожизненно (75–100 мг в день) всем пациентам без аллергии на аспирин, клопидогрел (75 мг в день) всем пациентам

с противопоказаниями к аспирину. Следует отметить, что клопидогрел в несколько большей степени, чем аспирин, снижает вероятность сердечно-сосудистых осложнений у лиц, перенесших ИМ. Основным недостатком его является высокая стоимость. Начать лечение дезагрегантами следует как можно раньше, и продолжать неопределенно долго (пожизненно).

Доказано, что в течение ближайших лет применение дезагрегантов приводит к снижению риска сердечно-сосудистой смертности на 15 % и частоты несмертельных сосудистых осложнений на 30 % [16]. Однако далеко не все практические врачи в полной мере осознают значение назначения антиагрегантов в эффективной вторичной профилактике ИБС.

Статины. Из числа стратегически важных препаратов, доказавших свою достоверную эффективность средства вторичной профилактики ИБС, оказались статины [17, 18]. По сводным данным крупных длительных исследований (3–6 лет), у больных ИБС статины, снижая содержание общего ХС в крови в среднем на 20 %, и ХС ЛПНП на 30 %, достоверно уменьшают риск развития инфаркта миокарда или других коронарных событий в пределах 20–40 % и общую смертность на 10–30 % [2, 19]. Снижение риска развития фатальных и нефатальных коронарных событий тем больше, чем ниже достигнутый уровень ХС ЛПНП [19]. При снижении концентрации ХС ЛПНП на каждые 1 ммоль/л отмечено снижение смертности от осложнений ИБС на 19 %, а также значительное уменьшение случаев фатального и нефатального ИМ и потребности в проведении оперативных методов лечения.

Помимо того, статины улучшают функцию эндотелия, восстанавливают вазодилатирующий компонент артерий, способствуют усилению антитромбогенного потенциала, подавляют воспаление в атероматозной бляшке, стабилизируют нестабильную атерому [20]. Применение статинов может приводить к замедлению прогрессирования или обратному развитию атеросклероза коронарных сосудов и клиническому улучшению течения коронарной болезни сердца [21]. Поэтому они считаются средствами номер один для эффективной вторичной профилактики ИБС [19]. Однако, если в странах Западной Европы лечатся статинами от 40 до 78 % нуждающихся в этом виде терапии, то, по данным ГНИЦ профилактической медицины, в России их используют 5,3 % из числа нуждающихся [10].

Средняя терапевтическая доза статинов колеблется от 10 до 40 мг в сутки. Доза статинов подбирается индивидуально для каждого пациента. Принимать их следует в вечернее время по той причине, что именно в ночное время идет наиболее интенсивный синтез ХС. Важно, чтобы при лечении статинами уровень общего ХС был постоянно $< 4,5$ ммоль/л, уровень ТГ $< 1,7$ ммоль/л, ЛПНП $< 2,6$ ммоль/л, ЛПВП $> 1,0$ для мужчин и $> 1,2$ для женщин.

Ингибиторы АПФ. После перенесенного ИМ неизбежно наступает процесс патологического ремо-

делирования миокарда, проявляющийся в начале гипертрофией оставшейся части миокарда, затем дилатацией ЛЖ, истончением его стенки и развитием митральной недостаточности. В конечном итоге, происходит ухудшение систолической дисфункции с последующей трансформацией в клинически выраженную хроническую сердечную недостаточность (СН) [22, 23]. Одновременно развивается электрическое ремоделирование миокарда, а значит возникновение опасных желудочковых аритмий с трансформацией в фибрилляцию желудочков [24]. Пусковым механизмом патологического ремоделирования является активация ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпато-адреналовой систем, концентрация которых при СН повышается в десятки раз.

Роль ингибиторов АПФ в этом процессе заключается в ослаблении активности вазоконстрикторного звена нейрогормонов и усилении вазодилатирующего компонента, то есть в профилактике патологического ремоделирования миокарда и прогрессирования СН после ИМ [18]. Кроме того, ингибиторы АПФ улучшают сердечную гемодинамику и потребление энергии миокардом посредством коронарной и периферической вазодилатации при отсутствии рефлексной тахикардии. Ингибиторы АПФ оказывают положительное влияние на эндотелиальную дисфункцию, снижают пред- и постнагрузку на сердце, урежают ЧСС, увеличивают сократительную способность миокарда и сердечный выброс, улучшают диастолическое наполнение ЛЖ, предотвращают электролитный дисбаланс [24]. Реализуется это снижением общей смертности больных с постинфарктной дисфункцией ЛЖ в среднем на 23-25 %, риска развития повторного ИМ — на 16 % и госпитализации в связи с СН — на 27 % [25].

Использовать можно любые препараты этого класса, однако предпочтение следует отдавать лекарствам с большим сроком полувыведения, которые можно принимать 1-2 раза в сутки. К ним относятся: спираприл (квадраприл), эналаприл (энап), периндоприл (престариум), квинаприл (аккупро), лизиноприл (диротон), цилазаприл (инхибейс), фозиноприл (моноприл) и др. Лечение начинают с приема малых доз препарата с постепенным повышением дозы каждые 7-10 дней до средней терапевтической или максимально переносимой. При появлении кашля следует заменить ингибиторы АПФ на блокаторы ангиотензиновых рецепторов.

β-Адреноблокаторы. Что же касается β-адреноблокаторов, то, в соответствии с современными рекомендациями, при отсутствии противопоказаний, эта группа препаратов должна назначаться всем пациентам, перенесшим ИМ или острый коронарный синдром.

β-Адреноблокаторы уменьшают потребность миокарда в кислороде, повышают порог возбудимости для развития фибрилляции желудочков, снижают активность симпатoadреналовой системы, уменьшают накопление ионов кальция в сердечных клетках (снижая возбудимость миокарда) и повышают сердечный выброс. В постинфарктном периоде это ре-

ализуется снижением риска внезапной смерти, связанной с фатальными желудочковыми аритмиями, в среднем на 25 % [26].

Следует отметить, что благоприятное влияние на прогноз больных в постинфарктном периоде оказывают только липофильные кардиоселективные β-адреноблокаторы пролонгированного действия без внутренней симпатомиметической активности. К ним относятся метопролол (беталок ЗОК) и бисопролол, а также неселективный карведилол с вазодилатирующим действием [17].

Дополнительным показанием к применению β-адреноблокаторов у пациентов с ИБС является хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Лечение больных ХСН препаратами этого класса приводит к достоверному увеличению выживаемости и уменьшению вероятности госпитализаций [18]. Положительное влияние β-адреноблокаторов на инотропную функцию сердца при ХСН обусловлено увеличением времени диастолического наполнения и коронарной перфузии в связи со снижением ЧСС, ослаблением токсического влияния катехоламинов на миокард, повышением плотности β-адренорецепторов. Анализ результатов лечения данной категории пациентов показал, что применение β-адреноблокаторов сопровождается снижением смертности от сердечно-сосудистых причин на 30-50 %, что в 1,5 раза превосходит эффект ингибиторов АПФ. Рекомендации АСС/АНА (2007): β-адреноблокаторы показаны всем пациентам после острого коронарного синдрома, дисфункции ЛЖ с или без симптомов СН на неопределенно долгий срок при отсутствии противопоказаний.

Нитропрепараты. Эта группа препаратов используется при сохраняющихся у больного приступах стенокардии или немой ишемии миокарда. Из органических нитратов в настоящее время используют изосорбида динитрат и изосорбида-5-мононитрат. Эти группы препаратов различаются по периоду полувыведения и биодоступности. По этим параметрам изосорбида-5-мононитрат значительно превосходит изосорбида динитрат. Наиболее предпочтительны: эфокс 20 — продолжительность антиишемического действия до 8 часов; эфокс-лонг 50 мг — до 12 часов, мономак 20 и 40 мг — до 8 часов, монокинкве 40 и 50 мг и оликард 40 и 60 мг — продолжительность действия до 8 и 12 часов, соответственно.

Главный принцип терапии нитратами — назначать их только тем больным, которые реально нуждаются в их приеме. При стенокардии ФК I и II нитропрепараты назначают только перед физической нагрузкой, при стенокардии ФК III и IV требуется постоянный прием.

Контроль АД. У пациентов с сопутствующей АГ целевые уровни АД должны быть < 140/90 мм рт. ст. и < 130/80 мм рт. ст. для больных сахарным диабетом или хронической болезни почек. Медикаментозная терапия артериальной гипертензии (АГ) должна начинаться с β-адреноблокаторов и/или ингибиторов АПФ с последующим добавлением, при необходимости, препаратов других групп, например, тиазидоподобных диуретиков.

Хирургические методы лечения. Какими бы значительными ни были современные успехи консервативной терапии больных с ИБС, инвазивные (интракоронарные) вмешательства все чаще используются в повседневной практике лечения ИБС. В результате кардиохирургического вмешательства восстанавливается коронарный кровоток, устраняются основные клинические проявления ИБС, повышается физическая работоспособность, улучшается качество жизни больных, снижаются риск возникновения сосудистых катастроф и смертность.

Среди методов прямой реваскуляризации миокарда успешно используют операцию АКШ (аортокоронарного шунтирования), чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику. В настоящее время аорто-коронарное шунтирование проводится на работающем сердце без искусственного кровообращения, что позволяет уменьшить частоту осложнений от оперативного вмешательства.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ РЕАБИЛИТАЦИИ

Инфаркт миокарда является для подавляющего большинства пациентов мощным психотравмирующим фактором, сопровождается сильными эмоциональными переживаниями и может привести к состоянию психологической дезадаптации.

По данным исследований, проведенных ГНИЦ профилактической медицины, нарушения психики, проявляющиеся в виде депрессии, встречаются у 82 % больных в постинфарктном периоде. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что депрессия является мощным независимым предиктором смертности у больных с установленной ИБС. Доказано, что уровень смертности среди больных, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3-6 раз выше, чем среди таких же больных, не имеющих признаков депрессии, а частота развития новых случаев ИМ в течение 5 лет также оказалась значительно выше среди лиц с повышенными показателями депрессивности. Пациенты с депрессией чаще жалуются на приступы стенокардии, у них достоверно ниже толерантность к физической нагрузке, они нерегулярно принимают рекомендованные препараты, не соблюдают рекомендованную диету, продолжают курить, неохотно участвуют в мероприятиях по реабилитации и вторичной профилактике.

Диагностика депрессии. У пациентов после ИМ нередко наблюдаются скрытые, маскированные депрессии, поэтому они могут даже не предъявлять собственно депрессивных жалоб. В клинической картине такой депрессии преобладают различные виды нарушений сна, нарушение аппетита, изменение массы тела, повышенная утомляемость или раздражительность, снижена физическая активность, а также имеет место болевой синдром разной локализации (кардиалгии, головные боли, боли в спине). Все это сопровождается вегетативными расстройствами в виде приступов сердцебиения, одышки, головокруже-

ния, а также различными нарушениями в сексуальной сфере. В других случаях преобладают симптомы тревоги: беспокойство, ожидание худшего, эмоциональная лабильность, раздражительность, постоянный страх «за сердце» и за состояние здоровья в целом. Следует отметить, что многие симптомы депрессии являются общими с основным заболеванием и иногда их бывает трудно различить.

У пациентов, перенесших ИМ, различают следующие виды психических нарушений: тревожно-депрессивный синдром, встречается у 52 % больных; кардиофобический и депрессивно-ипохондрический синдромы — по 12 %.

Для тревожно-депрессивного синдрома характерно изменение поведения пациента в виде подавленности настроения, апатии, безнадежности и пессимистической оценки болезни в перспективе. Больные, как правило, постоянно тревожны и взволнованы.

Кардиофобический синдром характеризуется чрезмерным страхом смерти, страхом за свое сердце, боязнью любых физических нагрузок, что накладывает определенный отпечаток на поведение больного. Больной боится один далеко уходить от дома, нередко развиваются приступы кардиофобических реакций, проявляющиеся бледностью кожных покровов, потливостью, сердцебиениями, ощущением нехватки воздуха, дрожью тела.

Депрессивно-ипохондрическая реакция характеризуется полиморфизмом жалоб и их несоответствием данным объективного обследования. Чрезмерная фиксация пациента на состоянии своего здоровья сопровождается постоянным контролем пульса, АД, ЭКГ и других признаков.

Лечение депрессии. В настоящее время депрессию легкой и средней степени тяжести успешно могут лечить кардиологи или участковые врачи. Назначение неселективных трициклических антидепрессантов (амитриптилин, тизерцин) постинфарктным больным нежелательно вследствие их негативного влияния на сердечно-сосудистую систему. Антидепрессанты нового поколения обладают селективностью и, в связи с этим, они лишены многих побочных эффектов, присущих для трициклических антидепрессантов. В то же время, по антидепрессивной эффективности они им не уступают.

При лечении депрессии используют следующие препараты: циталопрам (ципрамил) в дозе 10-20 мг/сут (обычная доза 20 мг/сут), миансерин (леривон) в дозе 30-60 мг/сут, сертралин (золофт) в дозе 25-200 мг/сут (обычная доза 100 мг/сут в 2 приема), ксанакс в дозе 0,75 мг/сут в 3 приема, флуоксетин в дозе 10-20 мг/сут однократно утром (обычная доза 20 мг/сут), флувоксамин (феварин) в дозе 25-100 мг/сут (обычная доза 100 мг/сут), пароксетин (паксил) в дозе 10-60 мг/сут (обычная доза 20 мг/сут), тианептин (коаксил) в дозе 75 мг/сут в 3 приема (обычная доза 37,5 мг/сут), у больных старше 70 лет используется в дозе 50 мг/сут в 2 приема. Эти дозы являются терапевтическими при депрессиях легкой и средней тяжести, и в большинстве случаев титрование дозы не требуется.

При их применении необходимо учитывать, что антидепрессивный эффект этих препаратов нарастает постепенно и становится значимым только к концу первых двух недель терапии, поэтому желательно проинформировать об этом больного. При недостаточной эффективности, указанные выше дозы могут быть увеличены. Необходимо также соблюдать определенную длительность курсового приема — не менее 1,5 месяцев, при необходимости длительность лечения может быть увеличена до 4–6 месяцев и более, в зависимости от состояния пациента.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Диагноз постинфарктного кардиосклероза устанавливается пациенту через 2 месяца с момента развития ИМ. Именно в эти сроки заканчивается формирование рубцовой соединительной ткани в месте некроза сердечной мышцы.

В период амбулаторного лечения пациент должен посещать врача не реже одного раза каждые 7–10 дней вплоть до выписки на работу, затем после 1-й, 2-й недели и в конце первого месяца работы, далее 2 раза в месяц в первые полгода, в последующие полгода — ежемесячно. Второй год — один раз в квартал. При каждом посещении больного регистрируется ЭКГ.

Проба с физической нагрузкой (тредмил, ВЭМ) проводится в конце первого месяца после развития ИМ, затем перед выпиской на работу и/или при направлении на МСЭК, далее — не реже 1 раза в год. ЭхоКГ: по окончании лечения в кардиологическом санатории, перед выпиской на работу и далее при Q-образующем ИМ 1 раз в 6 месяцев.

Холтеровское мониторирование ЭКГ: после приезда из санатория, перед выпиской на работу и при направлении на МСЭК, далее — 1 раз в 6 месяцев.

Общий анализ крови, мочи, глюкоза крови исследуются перед выпиской на работу и/или при направлении на МСЭК, далее — 1 раз в 6 месяцев в 1-й год, в последующем не реже 1 раза в год, аспарагиновая и аланиновая трансаминаза — 2 раза в год (если принимает статины). Исследование липидного профиля — через 3 месяца после начала противосклеротической терапии, далее — каждые 6 мес. Другие исследования проводятся по показаниям. При необходимости возможно внеочередное посещение врача, в том числе консультации по телефону.

Санаторно-курортное лечение. После перенесенного ИМ давностью более 1 года без приступов стенокардии или с редкими приступами без нарушений ритма и признаков СН не более 1 ФК возможно лечение как в местных кардиологических санаториях, так и на дальних климатических курортах, исключая горные. При более высоком ФК стенокардии и СН показано лечение только в местных санаториях.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Оганов, Р.Г. Современная стратегия первичной профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний /Оганов Р.Г., Погосова Г.В. //Кардиология. — 2007. — № 12. — С. 4–9.
2. Чазов, Е.И. Сегодня и завтра кардиологии /Чазов Е.И. //Тер. архив. — 2003. — № 9. — С. 11–18.
3. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии /под ред. Ю.Н. Беленького, Р.Г. Оганова. — М.: Гэотар-Медиа, 2007. — 400 с.
4. British Heart Foundation. 2006 Coronary heart disease statistics //www.heartstats.org/data-page.asp?id=6799.
5. Гафаров, В.В. Программа ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда»: 25-летие эпидемиологического исследования инфаркта миокарда в России (1977–2001) /Гафаров В.В., Гафарова А.В., Благина М.Ю. //Кардиология. — 2005. — № 8. — С. 48–50.
6. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: review and metaanalysis of randomized controlled trials /Taylor R.S. et al. //Am. J. Med. — 2005. — V. 352(13). — P. 1293–1304.
7. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Национальный проект «Здоровье» Сердце 2007: 1 (33): 4–24.
8. 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 1. Pathogenesis of coronary disease: biologic role of risk factors /Fuster V., Gotto A.M., Libby P. et al. //J. Am. Coll. Cardiol. — 1996. — V. 27. — P. 964–976.
9. Wilhelmsen, L. Coronary heart disease: Epidemiology of smoking and inter venation of smoking /Wilhelmsen L. //Am. Heart. J. — 1998. — V. 115. — P. 242–249.
10. Чазов, Е.И. Пути снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний /Чазов Е.И. //Тер. архив. — 2008. — № 8. — С. 11–16.
11. Fox, K. Management of angina pectoris (reprinted from The ESC textbook of cardiovascular medicine edited by A John Camm et al.) /Fox K., Peqquer J., Wijns W. — Blackwell Publishing. P. 1–2.

12. Critchley, J.A. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review / Critchley J.A., Capewell S. // JAMA. – 2003. – V. 290. – P. 86-97.
13. Систематический подход к отказу от курения: Матер. семинара. // Амер. междунар. союз здравоохранения. Агентство США по междунар. развитию при технич. поддержке центров по контролю над заболеваниями и профилактике. – США, М., 2002.
14. Combined intense and pharmacologic lipid treatment further reduce coronary events and myocardial perfusion abnormalities compared with usual-care cholesterol-lowering drugs in coronary artery disease / Sdringola S., Nakagawa K. et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2003. – V. 41. – P. 263-272.
15. Exercise – based rehabilitation for coronary heart disease / Jolliffe J.A., Rees K., Taylor R.S. et al. // Cochrane Database Syst. Rev. – 2001. – V. 1. – CD001800.
16. Джаиани, Н.А. Вторичная профилактика инфаркта миокарда: фармакотерапевтические аспекты / Джаиани Н.А., Терещенко С.Н. // Справочник поликлинического врача. – 2007. – № 2. – С. 19-23.
17. Faergeman, O. Evolution of statin therapy: an ongoing story / Faergeman O. // Eur. Heart. J. – 2004. – V. 6(suppl. A). – P. A3-A7.
18. Fox, K.A. Chronic stable coronary disease / In: Textbook of cardiovascular medicine. Ed. by E.J. Topol. – 3-d edition. – Philadelphia, 2007. 2270250.
19. Зофеноприл – кардиоселективный ингибитор ангиотензопревращающего фермента: клиническая фармакология и исследование при лечении сердечно-сосудистых заболеваний / Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Патарая С.А. и др. // Болезни сердца и сосудов. – 2007. – № 4. – С. 57-67.
20. Как предупредить трагическое развитие событий у кардиологического больного / Гогин Е.Е., Бубнова М.Г., Ткачева О.Н., Верткин А.Л. // Лечащий врач. – 2007. – № 3. – С. 65-70.
21. Crouse, J.R. Thematic review series: patient-oriented research; imaging atherosclerosis: state of the art / Crouse J.R. // Lipid Res. – 2006. – V. 47. – P. 1677-1699.
22. Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностика и лечения / Агеев Ф.Т., Дониелан М.О., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. // Сердечная недостаточность. – 2004. – № 1. – С. 4-7.
23. Волкова, С.Ю. Прогностическая ценность определения уровня в плазме нейроморальных медиаторов в подостром периоде инфаркта миокарда с зубцом Q / Волкова С.Ю. // Кардиология. – 2008. – № 10. – С. 24-27.
24. Маколкин, В.И. Оптимизация лечения стабильной стенокардии. / Маколкин В.И. // Consilium Medicum. – 2007. – № 5(9). – С. 44-48.
25. A clinical trial of the angiotensin converting enzyme inhibitor trandolapril in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction / Koher I., Torp-Pedersen C., Carlsen J.E. et al. // New Engl. J. Med. – 1995. – V. 333. – P. 1670-1676.
26. Role of beta-blocker therapy in heart failure and atrial fibrillation / Fung J.W., Yu C.M., Kum C.L. et al. // Card Electrophysiol Rev. – 2003. – V. 7(3). – P. 236-242.



БРИТАНСКИЕ ВРАЧИ СОЗДАЛИ ВЕЧНУЮ ВАКЦИНУ ОТ ГРИППА

Супер-вакцина, которая сможет навсегда защитить от всех видов гриппа, разрабатывается британскими врачами.

Единоразовая вакцина могла бы избавить от необходимости ежегодной ревакцинации, таково мнение исследователей в Оксфордском университете.

Если медицинские исследования окажутся успешными, новая вакцина сможет стать ключевым средством борьбы с пандемией гриппа.

Официальные оценки воздействия таких пандемий в Великобритании говорят о 750000 смертей, также заболевают более 6 миллионов детей в возрасте младше пяти лет.

Ведущий исследователь доктор Сара Гилберт заявила, что вакцина может войти в обиход в течение пяти лет. Она сказала, что универсальная вакцина радикально изменит течение гриппа и развитие его штаммов. «Нам приходится производить новые вакцины ежегодно, теперь же это может измениться», – сказала она.

Источник: MIGnews.com