



Деловая игра «Оказание медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом на амбулаторном этапе после выписки из стационара, критерии оценки качества»

Выполнил врач отделения неотложной кардиологии

Тумуров А.Л.



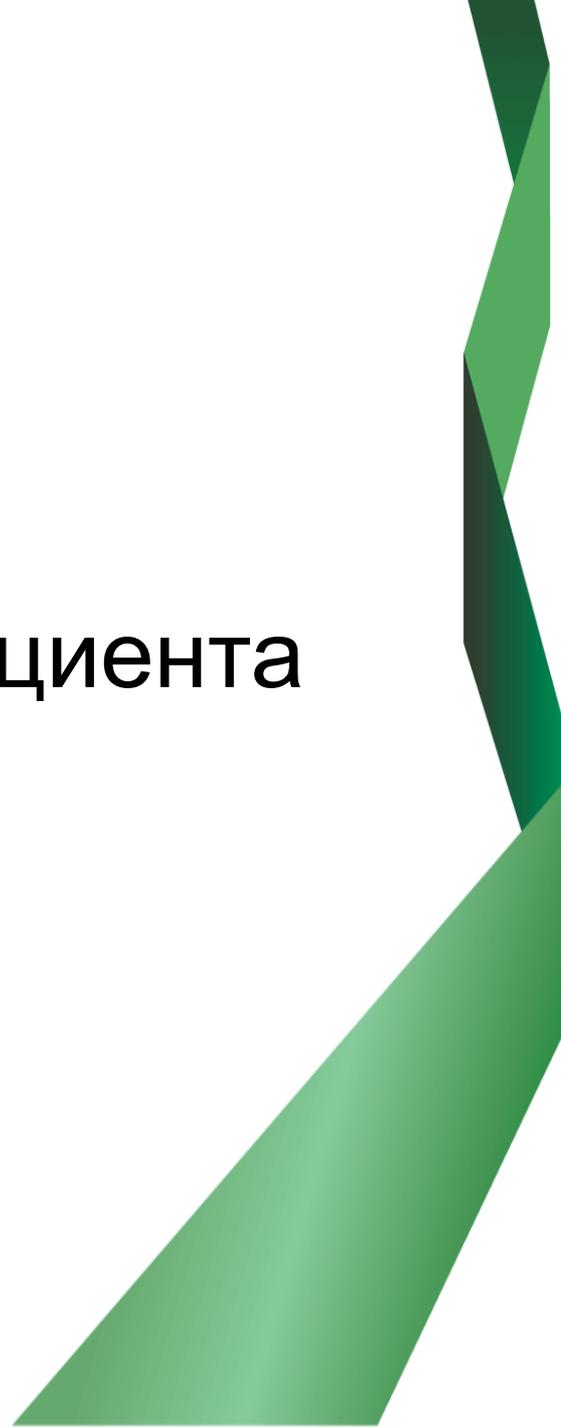
Мужчина Х. 64 года прошел курс лечения в РСЦ в течении 12 дней с ДЗ:

Основной: ИБС. Q-инфаркт миокарда передне-боковой стенки от 06.07.18г период заживления. Killip 1. Коронарная реваскуляризация ЧКВ со стентированием ПНА, ОА от 06.07.18г. Аневризма ЛЖ. Тромб ЛЖ. Постоянная форма фибрилляций предсердий EHRA 2б. CHA2Ds2VAsc 2 балла HAS-BLED 3 балла.

Осложнение: ХСН с сохранной ФВ 51% стадия 2а. ФК 3.

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь 3 стадия, АГ 1 степени, риск 4 (пол, возраст, курение, ОГ-112 см, ИМТ 32,5 кг/м², дислипидемия, СД 2 типа, СКФ 56 мл/мин, ГЛЖ, КР, инфаркт). Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c <7,5% с множественными поздними осложнениями. Диабетическая нефропатия ХБПС3аА0. Ожирение 1 степени.

Ваша тактика ведения пациента



- 1. Двойная ДАТ
- 2. Тройная ДАТ



Выбор ингибитора P2Y12

1. Клопидогрель 75 мг x 1рвд
2. Тикагрелор 90 мг x 2рвд
3. Тикагрелор 60 мг x 2рвд
4. Прасугрель 10 мг x 1 рвд

Какой антикоагулянт надо выбрать?

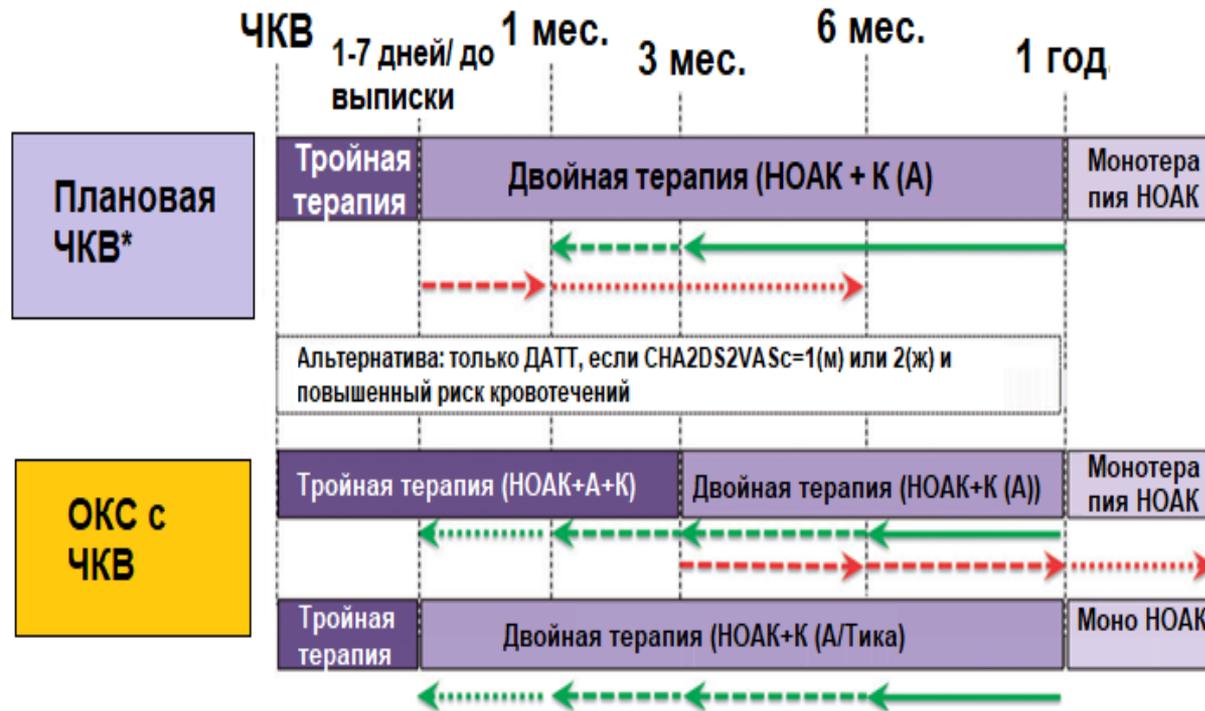
1. Варфарин 2,5 мг 2т x1рвд – под контролем МНО 1 раз в 7 дней (целевой уровень 2,0-3,0)
2. Прадакса 110 мг x2 рвд
3. Прадакса 150 мг x 2 рвд
4. Ксарелто 15 мг x1 рвд
5. Ксарелто 20 мг x 1рвд
6. Эликвис 2,5 мг x2рвд
7. Эликвис 5 мг x2рвд

Продолжительность приема аспирина?

- 1 месяц
- 3 месяца
- 6 месяцев
- 12 месяцев

Сроки двойной и тройной антитромботической терапии с НОАК и антиагрегантами после стентирования

ESC, 2016 – тройная терапия – 1 мес.
ESC, 2016 – тройная терапия при высоком риске кровотечений 1 мес., при низком – 6 мес.



Факторы укорочения комбинированной терапии

- (Некорректируемый) высокий риск кровотечений
- Низкий атеротромботический риск (REACH или SYNTAX при плановом ЧКВ; GRACE<140 при ОКС)

Факторы удлинения комбинированной терапии

- СЛП 1 поколения
- Высокий атеротромботический риск (шкалы риска, стентирование ствола ЛКА, проксимальной ПНА, проксимальной бифуркации, рецидивирующий ИМ, стент-тромбоз и т.д.) и низкий риск кровотечений

Липидснижающая терапия

- Аторвастатин 80 мг
- Аторвастатин 40 мг
- Аторвастатин 20 мг
- Розувастатин 10 мг
- Розувастатин 40 мг

Липидснижающая терапия

Рекомендуется назначать статинотерапию в максимальных дозах^с как можно раньше, если нет противопоказаний [364, 366, 368].

I

A

- Липидснижающая терапия Эффективность статинов при вторичной профилактике однозначно доказана множеством исследований [363], показавших преимущества ранней терапии максимальными дозами статинов при ОКС [364, 365].
- Мета-анализ, сравнивающий влияние разных доз статинов на снижение ЛПНП, продемонстрировал, что максимальная статинотерапия привела к большему снижению рисков сердечно-сосудистой смерти, нефатального ИМ, ишемического инсульта и коронарной реваскуляризации [366].
- Снижение ЛПНП на каждые 1,0 ммоль/л приводило к пропорциональному снижению сердечно-сосудистого риска. Поэтому статины рекомендуются всем пациентам с ОИМ, независимо от уровня холестерина при поступлении. Липидснижающую терапию в максимальных дозировках необходимо начинать как можно раньше, так как это положительно сказывается на приверженности к лечению и отдаленном прогнозе
- Исследования с высокими дозами аторвастатина и симвастатина подтверждают преимущества максимальной статинотерапии. **Класс доказательности 1А**

Через сколько рекомендуется забор повторного контроля липидного спектра

- 2-4 недели
- 4-6 недель
- 6-8 недель
- 8-10 недель

- Повторный анализ липидов необходимо выполнить через 4-6 нед. после ОКС, чтобы выяснить, были ли достигнуты целевые показатели, и оценить побочные эффекты статинов; при необходимости провести коррекцию липидснижающей терапии.

Целевой уровень ЛПНП

- <2,5 мм/л
- <1,8 мм/л
- <1,5 мм/л
- <1,2 мм/л



- Пациентам с известной непереносимостью любых доз статинов показан **эзетимиб**. В исследовании Improved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial (IMPROVE-IT) 18144 пациента, перенесшие ОКС (29% с ИМпСТ), были рандомизированы либо на эзетимиб 10 мг/симвастатин 40 мг, либо на один симвастатин 40 мг (дозу симвастатин увеличивали до 80 мг, если ЛПНП были >79 мг/дл или 2,04 ммоль/л) [376].
- В течение 7 лет комбинированная первичная конечная точка, включающая кардиальную смерть, ИМ, госпитализацию по поводу нестабильной стенокардии, коронарную реваскуляризацию и инсульт, была достоверно ниже в группе двойной терапии по сравнению с монотерапией (32,7% против 34,7%, HR 0,94, ДИ 95% 0,89-0,99).

- Данные недавних исследований (фазы I-III) демонстрируют, что ингибиторы пропротеина конвертазы **субтилизин/кексин типа 9 (PCSK9)** снижают ЛПНП до 60% либо в виде монотерапии, либо в дополнение к статинам, а также оказывают положительное влияние на триглицериды и ЛПВП [377-380].
- Мета-анализ исследований с более чем 10000 пациентов указывает на достоверную эффективность в отношении смертности (ОШ 0,45, ДИ 95% 0,23-0,86), однако результаты основаны на относительно небольшом числе конечных точек [378, 381].
- В исследовании Further Cardiovascular Outcomes Research with PCSK9 Inhibition in Subjects with Elevated Risk (FOURIER), включившем 27564 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями, дополнительными факторами риска и ЛПНП ≥ 70 мг/дл (1,8 ммоль/л), которые уже получали терапию статинами, инъекции эволокумаба по сравнению с плацебо снижали первичную комбинированную конечную точку (кардиальная смерть, ИМ, инсульт, госпитализация с нестабильной стенокардией и коронарная реваскуляризация) на 15% по относительным и на 1,5% по абсолютным показателям.

И-АПФ

- Каптоприл
- Лизиноприл
- Фозиноприл

• Рамиприл

• Периндоприл

• Эналаприл



иАПФ/БРА

Рекомендуется назначать иАПФ, начиная с первых 24 ч ИМпСТ, у пациентов с СН, систолической дисфункцией ЛЖ, с диабетом или передним инфарктом [383].

БРА, предпочтительно валсартан, являются альтернативой иАПФ у пациентов с СН и/или систолической дисфункцией ЛЖ, особенно у тех, кто не переносит иАПФ [396, 407].

ИАПФ рекомендуются всем пациентам при отсутствии противопоказаний [394, 395].

I

A

I

B

IIa

A

Следует ли назначать АМК

- Да
- нет

АМК

АМК рекомендуется пациентам с ФВЛЖ $\leq 40\%$, СН или диабетом, которые уже получают иАПФ и бета-блокаторы при условии, что нет почечной недостаточности или гиперкалиемии [397].

I

B

- Терапия антагонистами минералокортикоидных рецепторов (АМР) рекомендуется у пациентов с дисфункцией ЛЖ (ФВЛЖ $\leq 40\%$) и СН после ИМпСТ [397-400].
- Эплеренон, селективный антагонист рецептора альдостерона, снижает уровень заболеваемости и смертности у этих пациентов. В исследовании Eplerenone Post-AMI Heart failure Efficacy and SURvival Study (EPHESUS) 6642 пациента после ИМ с дисфункцией ЛЖ (ФВЛЖ

Два последних исследования показали эффективность раннего назначения АМР при ИМпСТ без СН.

- В исследовании Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial Evaluating The Safety And Efficacy Of Early Treatment With Eplerenone In Patients With Acute Myocardial Infarction (REMINDER) 1012 пациентов с острым ИМпСТ без СН были рандомизированы с назначением эплеренона или плацебо в течение 24 ч после начала симптомов.

Рекомендации	Класс ^a	Уровень ^b
Бета-блокаторы		
Оральные бета-блокаторы показаны пациентам с СН и/или ФВЛЖ $\leq 40\%$, если нет противопоказаний [357-361].	I	A
Внутривенные бета-блокаторы показаны во время поступления пациентов, подвергающихся первичному ЧКВ, если нет противопоказаний, без признаков ОСН и с САД >120 мм рт.ст. [346-348, 350, 403].	IIa	A
Рутинное назначение бета-блокаторов рекомендовано во время пребывания в больнице и необходимо продолжить после выписки у всех пациентов без противопоказаний [344, 354-356, 404, 405].	IIa	B
Следует избегать внутривенных бета-блокаторов у пациентов с гипотонией, ОСН, АВ-блокадой или брадикардией [344].	III	B

Б-блокаторы

- Метопролол-сукцинат
- Бисопролол
- Карведилол
- Небиволол

Бета-блокаторы		
Оральные бета-блокаторы показаны пациентам с СН и/или ФВЛЖ $\leq 40\%$, если нет противопоказаний [357-361].	I	A
Внутривенные бета-блокаторы показаны во время поступления пациентов, подвергающихся первичному ЧКВ, если нет противопоказаний, без признаков ОСН и с САД >120 мм рт.ст. [346-348, 350, 403].	IIa	A
Рутинное назначение бета-блокаторов рекомендовано во время пребывания в больнице и необходимо продолжить после выписки у всех пациентов без противопоказаний [344, 354-356, 404, 405].	IIa	B
Следует избегать внутривенных бета-блокаторов у пациентов с гипотонией, ОСН, АВ-блокадой или брадикардией [344].	III	B

Через сколько необходим контроль ЭХО-КГ

- 1 неделя
- 3 недели
- 4 недели
- 6 недель

После выписки		
У пациентов с ФВЛЖ $\leq 40\%$, рекомендуется повторная ЭхоКГ через 6-12 нед. после полной реваскуляризации и оптимальной медицинской терапии для оценки показаний к имплантации ИКД [3, 296].	I	C
Если ЭхоКГ субоптимальна/неинформативна, следует рассмотреть альтернативный метод визуализации (предпочтительно МРТ) для оценки функции ЛЖ.	Ia	C

Изменения образа жизни и контроль факторов риска

- Отказ от курения
- Диета, алкоголь и контроль веса
- Контроль АД
- Кардиореабилитация
- Возвращение к труду
- Приверженность к лечению





курение

- Курение оказывает сильный протромботический эффект, поэтому отказ от курения является наиболее эффективным (в т.ч. по стоимости) из всех мер вторичной профилактики [301]. Отказ от курения должен начинаться в стационаре, где курение запрещено [302, 303].
- Благоприятный эффект отказа от курения у пациентов с ИБС, включая ИМ, был продемонстрирован в метаанализе (20 наблюдательных исследований, включивших 12603 пациентов), в котором сообщается о 36% снижении смертности у курильщи- ков [304].
- Большинство пациентов с ИБС продолжает, либо возобновляет курение, демонстрируя привыкание [305]. Изменения поведенческих привычек в сочетании с фармакотерапией, включающей никотин-заместительную терапию, бупропион и варениклин, имеет обширную доказательную базу [305, 306]. Имеются данные двух объединенных рандомизированных клинических исследований (662 пациента), в которых показано, что электронные сигареты с никотином более эффективны при отказе от курения по сравнению с плацебо [307].

ТЕСТ ФАГЕРСТРЕМА

Вопросы	Ответы	Баллы
Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете первую сигарету?	В течение первых 5 мин	3
	В течение 6-30 мин	2
	От 31 до 60 минут	1
	Более часа	0
Сложно ли Вам воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да	1
	Нет	0
От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первой (утром)	1
	Всех остальных	0
Сколько сигарет вы выкуриваете в день?	10 или менее	0
	11 – 12	1
	21 – 30	2
	31 и более	3
Чаще Вы курите утром, в первые часы после пробуждения, а не в течение последующего дня?	Да	1
	Нет	0
Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да	1
	Нет	0

Общее количество баллов:

0-3 балла. Если Ваш пациент набрал менее 4 баллов, ему вероятно удастся бросить курить не прибегая к медикаментозным средствам. Побудите его сделать этот шаг!

4-6 баллов. Если Ваш пациент набрал от 4 до 7 баллов, его зависимость от никотина можно оценить как среднюю. Собрав всю свою силу воли, пациент вполне способен бросить курить.

7-10 баллов. Если Ваш пациент набрал более 7 баллов, у него высокая степень зависимости от никотина. Следует подумать об использовании медицинских средств для того, чтобы

- Возможно более тесное сотрудничество с наркологическим центром?
- Создание алгоритма направления на консультацию к наркологу для специализированной помощи с занесением результата лечения в амбулаторную карту?



Диета, алкоголь и контроль веса

- Актуальные рекомендации по профилактике включают:
 - (1) диету, схожую со средиземноморской, которая включает в себя максимум 10% от общего потребления насыщенных жиров, заменив их полиненасыщенными жирными кислотами, и как можно меньше жирных кислот;
 - (2) потребление соли <5 г в день;
 - (3) 30-45 г клетчатки в день;
 - (4) 200 г фруктов и 200 г овощей в день;
 - (5) рыба 1-2 раза в неделю (особенно масляные сорта);
 - (6) ежедневно 30 г несоленых орехов;
 - (7) ограничение алкоголя (максимум 2 бокала (20 г алкоголя) ежедневно для мужчин и 1 для женщин);
 - (8) отказ от сахаросодержащих напитков

Умеренное потребление алкоголя непьющими пациентами не рекомендуется.

Избыточный вес и ожирение (индекс массы тела (ИМТ) ≥ 25 кг/м²) ассоциированы с повышением смертности от всех причин по сравнению с нормальным весом (ИМТ 20-25 кг/м²). Абдоминальный жир особенно вреден, поэтому снижение веса оказывает благоприятное влияние на риск сердечно-сосудистых заболеваний. Следовательно, поддержание оптимального веса рекомендуется для всех [308], включая пациентов с ИМпST. Однако не установлено, что именно снижение веса влияет на смертность.

- Консультация диетолога для составления диеты?
- Инструктор ЛФК при поликлинике – разработка программы упражнений для снижения веса?
- школа диабета при эндоцентре*

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Средние величины основного обмена взрослого населения России (ккал/сутки)

Мужчины (основной обмен)					Женщины (основной обмен)				
Масса тела, кг	18-29 лет	30-39 лет	40-59 лет	Старше 60 лет	Масса тела, кг	18-29 лет	30-39 лет	40-59 лет	Старше 60 лет
50	1450	1370	1280	1180	40	1080	1050	1020	960
55	1520	1430	1350	1240	45	1150	1120	1080	1030
60	1590	1500	1410	1300	50	1230	1190	1160	1100
65	1670	1570	1480	1360	55	1300	1260	1220	1160
70	1750	1650	1550	1430	60	1380	1340	1300	1230
75	1830	1720	1620	1500	65	1450	1410	1370	1290
80	1920	1810	1700	1570	70	1530	1490	1440	1360
85	2010	1900	1780	1640	75	1600	1550	1510	1430
90	2110	1990	1870	1720	80	1680	1630	1580	1500

Н О Р М Ы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 18 декабря 2008 года.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Содержание белка в основных пищевых продуктах

ПРОДУКТЫ	Белок, г/100 г Съедобной части	ПРОДУКТЫ	Белок, г/100 г Съедобной части
Говядина	18,9-20,2	Грибы сушеные (белые)	27,6
Баранина	16,3-20,8	Ядро ореха фундук	16,1
Свинина мясная	14,6	Мука пшеничная 1 сорт	10,6
Печень говяжья	17,4	Мука ржаная сеянная	6,9
Куры	18,2-20,8	Крупа манная	11,3
Утки	15,8-17,2	Крупа гречневая	12,6
Яйца куриные	12,7	Крупа рисовая	7,0
Колбаса вареная	12,2	Хлеб пшеничный	7,6-8,1
Сервелат	28,2	Хлеб ржаной	4,7-6,5
Сардельки свиные	10,1	Макаронные изделия в/с	10,4
Судак	19,0	Капуста белокочанная	1,8
Треска	17,5	Морковь	1,3
Навага	15,1-17,0	Свекла	1,7
Икра осетровых	36,0	Томаты	0,6
Молоко коровье	2,8	Картофель	2,0
Творог нежирный	18,0	Апельсины	0,9
Сыры (твердые)	19,0-31,0	Яблоки, груши	0,4
Соя	34,9	Смородина черная	1,0
Горох	23,0	Масло сливочное	0,6
Фасоль	22,3		

* Таблицы химического состава и калорийности российских продуктов питания. Составители: Скурихин И.М., Тутельян В.А. 2007; 276с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Жиры: рекомендуемые нормы, типы, источники, эффективность в профилактике риска ССЗ

Тип	Рекомендуемая норма	Основные источники	Влияние на факторы риска ССЗ
Жиры Все	20-30%	Животные и растительные продукты	Избыток жира увеличивает риск возникновения алиментарно-зависимых ФР ССЗ – избыточной МТ, ДЛ, АГ
Насыщенные жирные кислоты (НЖК)	≤ 10%	Животные жиры мясных, молочных продуктов, сливочное масло, растительные масла: пальмовое и кокосовое	Увеличивают общий ХС и ХС ЛНП
Мононенасыщенные жирные кислоты (МНЖК)	10-13%	Оливковое, рапсовое, соевое масло Орехи, семечки, Авокадо	Уменьшает общий ХС и ХС ЛНП Благоприятно влияет на ХС ЛВП Меньше, чем ПНЖК влияет на перекисное окисление липидов
Полиненасыщенные жирные кислоты - ω-6	≤ 7%	Кукурузное, подсолнечное, льняное, конопляное масла	Уменьшает общий ХС и ХС ЛНП Увеличивает процессы перекисного окисления липидов
Полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК)- ω-3	1- 2%	Рыба Льняное масло	Снижает ХС крови. В больших дозах снижает ТГ. Антитромботический, антиаритмогенный, противовоспалительные эффекты
Транс - жирные кислоты (ТЖК)	≤ 1%	Твердые сорта маргаринов Глубокая жарка Кексы, бисквиты, чипсы	Увеличивают общий ХС и ХС ЛНП, снижают ХС ЛВП

Гликемический индекс		Продукты
Высокий	70-100	Сахар, мед, конфеты, белый хлеб, попкорн, кукурузные, овсяные, пшеничные хлопья, белый рис, картофельное пюре, картофель-фри, сладкие газированные напитки, мороженое, сладости, кондитерские изделия
Средний	50-69	Сухофрукты, бананы, арбуз, свекла, каши с фруктами без сахара, коричневый рис, макароны, картофель отварной, хлеб ржаной и из муки грубого помола, цельнозерновой
Низкий	до 50	Остальные овощи и фрукты, молочные продукты, орехи, бобовые, шоколад

ПРИЛОЖЕНИЕ 8. Категории массы тела и рекомендации

Категория массы тела	ИМТ, кг/м ²	Риск заболеваний, ассоциированных с ожирением	Рекомендации
Нормальная масса тела	18,5-24,9	средний	не увеличивать МТ придерживаться здорового образа жизни
Избыточная масса тела	25,0-29,9	умеренный мужчины с ОТ<102 см и женщины с ОТ<88 см	не увеличивать МТ придерживаться здорового образа жизни увеличение двигательной и физической активности
		высокий мужчины с ОТ≥102 см и женщины с ОТ≥88 см	редукция МТ модификация рациона питания увеличение двигательной и физической активности поведенческая терапия фармакотерапия
Ожирение I	30,0-34,9	высокий мужчины с ОТ<102 см и женщины с ОТ<88 см	редукция МТ модификация рациона питания увеличение двигательной и физической активности поведенческая терапия фармакотерапия
		очень высокий мужчины с ОТ≥102 см и женщины с ОТ≥88 см	редукция МТ модификация рациона питания увеличение двигательной и физической активности поведенческая терапия фармакотерапия
Ожирение II	35,0-39,9	очень высокий	редукция МТ модификация рациона питания увеличение двигательной и физической активности поведенческая терапия фармакотерапия хирургическое лечение
Ожирение III	≥40,0	чрезвычайно высокий	редукция МТ модификация рациона питания увеличение двигательной и физической активности поведенческая терапия фармакотерапия хирургическое лечение

Опросник для пациентов для выявления риска предиабета или сахарного диабета 2 типа

(FINDRISC)

Инструкция

- Ответьте на все 8 вопросов опросника.
- Для каждого вопроса выберите 1 правильный ответ и отметьте его в соответствующем квадратике.
- Сложите все баллы, соответствующие Вашим ответам на вопросы.
- Используйте Ваш суммарный балл для определения Вашего риска развития сахарного диабета или предиабета.
- Передайте заполненный опросник Вашему врачу/медсестре и попросите их объяснить Вам результаты опросника.

Выберите один из вариантов ответов справа и просуммируйте полученные баллы		Оценка суммарного риска	
1. Возраст, лет	0 баллов до 45 2 балла 45–54 3 балла 55–64 4 балла старше 64	7. Выявляли ли у вас когда-либо повышенный уровень глюкозы в крови (например, при диспансерном обследовании, во время болезни, в период беременности)?	0 баллов Нет 5 баллов Да
2. ИМТ (описание показателя должно быть приведено на обороте формы), кг/м ²	0 баллов менее 25 1 балл 25–30 3 балла более 30	8. Страдает ли кто-либо из членов вашей семьи или ближайших родственников СД 1-го или 2-го типа?	0 баллов Нет 3 балла Да: дед, бабушка, тетя, дядя или кузаны (но не родители, братья, сестры или дети) 5 баллов Да: родители, братья, сестры или дети
3. Окружность талии, измеренная ниже ребер (обычно на уровне пупка), см	Мужчины Женщины 0 баллов <94 <80 3 балла 94–102 80–88 4 балла >102 >88	Оценка суммарного риска Риск развития СД 2-го типа в течение последующих 10 лет:	
4. Уделяете ли вы ежедневно как минимум 30 мин физической активности на работе и во время досуга (включая обычную повседневную активность)?	0 баллов Да 2 балла Нет	Сумма баллов	Ожидаемый риск
5. Как часто вы употребляете в пищу овощи, фрукты или ягоды?	0 баллов Ежедневно 1 балл Не каждый день	<7	Низкий: развитие СД возможно в 1 случае из 100
6. Принимали ли вы когда-либо регулярно антигипертензивные средства?	0 баллов Нет 2 балла Да	7–11	Незначительно повышен: развитие СД возможно в 1 случае из 25
		12–14	Умеренный: развитие СД возможно в 1 случае из 6
		15–20	Высокий: развитие СД возможно в каждом третьем случае
		>20	Очень высокий: развитие СД возможно в каждом втором случае

- Если Вы набрали менее 12 баллов: у Вас хорошее здоровье и Вы должны продолжать вести здоровый образ жизни.
- Если Вы набрали 12 – 14 баллов: возможно, у вас предиабет. Вы должны посоветоваться со своим врачом, как Вам следует изменить образ жизни.
- Если Вы набрали 15 – 20 баллов: возможно, у Вас предиабет или сахарный диабет 2 типа. Вам желательно проверить уровень глюкозы (сахара) в крови. Вы должны изменить свой образ жизни. Не исключено, что Вам понадобятся и лекарства для снижения уровня глюкозы (сахара) в крови.
- Если Вы набрали более 20 баллов: по всей вероятности, у Вас есть сахарный диабет 2 типа. Вы должны проверить уровень глюкозы (сахара) в крови и постараться его нормализовать. Вы должны изменить свой образ жизни и Вам понадобятся и лекарства для контроля за уровнем глюкозы (сахара) в крови.

. Контроль АД

- Гипертония является распространенным фактором риска у пациентов, госпитализированных с ИМпСТ, и, следовательно, АД должно обязательно контролироваться. В дополнение к изменению образа жизни, включающее снижение потребления соли, повышение физической активности и снижение веса, следует проводить фармакотерапию с целью контроля систолического АД (САД)
- Открыть Дневники контроля АД (с дозами и названиями препаратов)

Кардиореабилитация

- Все пациенты с ОИМ должны участвовать в программе кардиореабилитации [309], учитывающей их возраст, исходный уровень активности и физические ограничения. Программа кардиологической реабилитации прежде всего включает в себя тренировки, управление факторами риска, обучение, борьбу со стрессом и психологическую поддержку [309].
- По результатам большого метаанализа физические упражнения в рамках программы кардиореабилитации снижали уровень смертности у пациентов с ИБС на 22% [309].
- Эффективность кардиореабилитации, по-видимому, заключается в прямом физиологическом влиянии физических упражнений на контроль факторов риска, образ жизни и настроение пациентов [310].
- Дополнительным преимуществом в условиях краткосрочного пребывания в больнице для пациентов с ИМпСТ является врачебное наблюдение и контроль оптимального лечения.
- В настоящее время реабилитация в большинстве случаев предлагается на амбулаторном этапе продолжительностью 8-24 нед

- 23.1. Альтернативные модели кардиореабилитации
- Ключевое положение • Реабилитация **в домашних условиях посредством телемониторинга** и без него увеличивает приверженность пациентов к рекомендациям медицинских работников и контроль ФР.
- Кардиореабилитация осуществляется в специализированных центрах, которые по большей части не находятся в шаговой доступности от пациентов, что ограничивает их участие, особенно это касается пожилых, недостаточно мобильных, и, наоборот, активно работающих пациентов.
- Реабилитация в домашних условиях может служить приемлемой альтернативой. Сопоставимые результаты домашних и стационарных программ реабилитации в отношении контроля ФР были установлены в 3-х систематических обзорах и мета-анализах, проведенных в 2006-2010 гг. [853-856].
- **Домашние программы реабилитации имеют преимущества в плане меньшей стоимости** [857].
- По данным систематического обзора 12 исследований (1978 пациентов) между программой домашней реабилитации и программой, проводимой в лечебном учреждении, не было различий по клиническим исходам, приверженности к лечению и стоимости, причем как при краткосрочном наблюдении, так и к концу 2-летнего наблюдения [855].
- **Таким образом, реабилитация в домашних условиях может стать определенной альтернативой кардиореабилитации для некоторых пациентов (желательно их предварительное обучение в лечебном учреждении), хотя в реальной клинической практике таких программ относительно мало** [847].

- Телереабилитация – использование электронных коммуникаций и информационных технологий для обеспечения дистанционной клинической помощи пациентам после острого события признана более эффективной, чем обычная медицинская помощь, в отношении изменения образа жизни и поведения пациента. Показана ее сопоставимая эффективность с кардиореабилитационными программами

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

Шкала субъективной оценки физической нагрузки (Шкала Борга¹)

Уровень нагрузки		Ощущения
6	Вообще без усилия	Очень просто Без усилия Нормальное дыхание Нет чувства усилия в руках или ногах
7	Крайне легко (7,5)	
8		
9	Легко	Небольшое усилие Дыхание глубже Возникает ощущение, что мышцы работают
10		
11	Трудновато	Среднее усилие Дыхание учащено и углублено
12		
13	Трудно	Чувствуется мышечная работа Можно слегка вспотеть Немного трудно говорить из-за частого дыхания
14		
15	Тяжело	Тяжелая работа, одышка еще позволяет говорить Чувствуется, как сильно бьется сердце Потоотделение ++
16		
17	Очень тяжело	Очень тяжелая работа Очень трудно говорить Сильная одышка Мышцы болят
18		
19	Крайне тяжело	Чувство напряжения в груди Потоотделение +++
20	Максимальное усиление	

**Госпитальная шкала тревоги и депрессии
(Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS)**

Данный вопросник поможет нам оценить Ваше состояние. Внимательно прочитав каждое утверждение, отметьте на бланке тот ответ, который наиболее соответствует Вашему состоянию в течение последней недели. Не задумывайтесь долго над ответом: обычно первая реакция является наиболее верной.

<p>Т Я ИСПЫТЫВАЮ НАПРЯЖЕННОСТЬ, МНЕ НЕ ПО СЕБЕ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Все время 2 <input type="checkbox"/> Часто 1 <input type="checkbox"/> Время от времени 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю</p>	<p>Д МНЕ КАЖЕТСЯ, ЧТО Я СТАЛ ВСЕ ДЕЛАТЬ ОЧЕНЬ МЕДЛЕННО</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Практически все время 2 <input type="checkbox"/> Часто 1 <input type="checkbox"/> Иногда 0 <input type="checkbox"/> Совсем нет</p>
<p>Т Я ИСПЫТЫВАЮ ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ ИЛИ ДРОЖЬ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Очень часто 2 <input type="checkbox"/> Часто 1 <input type="checkbox"/> Иногда 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю</p>	<p>Д ТО, ЧТО ПРИНОСИЛО МНЕ БОЛЬШОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ, И СЕЙЧАС ВЫЗЫВАЕТ У МЕНЯ ТАКОЕ ЖЕ ЧУВСТВО</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Это совсем не так 2 <input type="checkbox"/> Лишь в очень малой степени это так 1 <input type="checkbox"/> Наверное, это так 0 <input type="checkbox"/> Определенно это так</p>
<p>Т Я ИСПЫТЫВАЮ СТРАХ, КАЖЕТСЯ, БУДТО ЧТО-ТО УЖАСНОЕ МОЖЕТ ВОТ-ВОТ СЛУЧИТЬСЯ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Определенно это так, и страх очень сильный 2 <input type="checkbox"/> Да, это так, но страх не очень сильный 1 <input type="checkbox"/> Иногда, но это меня не беспокоит 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю</p>	<p>Д Я НЕ СЛЕЖУ ЗА СВОЕЙ ВНЕШНОСТЬЮ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Определенно это так 2 <input type="checkbox"/> Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 <input type="checkbox"/> Может быть, я стал меньше уделять этому внимания 0 <input type="checkbox"/> Я слежу за собой так же, как и раньше</p>
<p>Т Я ИСПЫТЫВАЮ НЕУСИДЧИВОСТЬ, СЛОВНО МНЕ ПОСТОЯННО НУЖНО ДВИГАТЬСЯ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Определенно это так 2 <input type="checkbox"/> Наверное, это так 1 <input type="checkbox"/> Лишь в некоторой степени это так 0 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю</p>	<p>Д Я СПОСОБЕН РАССМЕЯТЬСЯ И УВИДЕТЬ В ТОМ ИЛИ ИНОМ СОБЫТИИ СМЕШНОЕ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Совсем не способен 2 <input type="checkbox"/> Лишь в очень малой степени это так 1 <input type="checkbox"/> Наверное, это так 0 <input type="checkbox"/> Определенно это так</p>
<p>Т БЕСПОКОЙНЫЕ МЫСЛИ КРУТЯТСЯ У МЕНЯ В ГОЛОВЕ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Постоянно 2 <input type="checkbox"/> Большую часть времени 1 <input type="checkbox"/> Время от времени и не так часто 0 <input type="checkbox"/> Только иногда</p>	<p>Д Я СЧИТАЮ, ЧТО МОИ ДЕЛА (ЗАНЯТИЯ, УВЛЕЧЕНИЯ) МОГУТ ПРИНЕСТИ МНЕ ЧУВСТВО УДОВОЛЕТВОРЕНИЯ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Совсем так не считаю 2 <input type="checkbox"/> Значительно меньше, чем обычно 1 <input type="checkbox"/> Да, но не в той степени, как раньше 0 <input type="checkbox"/> Точно также, как и обычно</p>
<p>Т У МЕНЯ БЫВАЕТ ВНЕЗАПНОЕ ЧУВСТВО ПАНИКИ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Очень часто 2 <input type="checkbox"/> Довольно часто 1 <input type="checkbox"/> Не так уж часто 0 <input type="checkbox"/> Совсем не бывает</p>	<p>Д Я ИСПЫТЫВАЮ БОДРОСТЬ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Совсем не испытываю 2 <input type="checkbox"/> Очень редко 1 <input type="checkbox"/> Иногда 0 <input type="checkbox"/> Практически все время</p>
<p>Т Я ЛЕГКО МОГУ СЕСТЬ И РАССЛАБИТЬСЯ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Совсем не могу 2 <input type="checkbox"/> Лишь изредка это так 1 <input type="checkbox"/> Наверное, это так 0 <input type="checkbox"/> Определенно это так</p>	<p>Д Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ ОТ ХОРОШЕЙ КНИГИ, РАДИО-ИЛИ ТЕЛЕПРОГРАММЫ</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Очень редко 2 <input type="checkbox"/> Редко 1 <input type="checkbox"/> Иногда 0 <input type="checkbox"/> Часто</p>

- Реабилитолог
- Инструктор ЛФК
- Врач физиотерапевт
- Диетолог
- Психолог



-возможно создание амбулаторного посещения при стационарах?

Возвращение к труду

- Возвращение к труду после ОИМ представляет собой важный показатель восстановления. Молодые женщины, в частности, реже возвращаются на работу, что свидетельствует о худшем восстановлении после ИМ, по сравнению с мужчинами аналогичного возраста [313].
- Решение должно приниматься индивидуально на основе функции ЛЖ, полноты реваскуляризации, наличия нарушения ритма и характере работы. В длительном больничном листе нет необходимости, а легкая и умеренная физическая активность после выписки приветствуется.

- Сексуальная активность может быть возобновлена, если нет ограничений к физическим нагрузкам.



Безопасно ли летать самолетом?

- Да
- Нет



- Безопасность авиаперелётов, включая возвращение домой пациентов, перенесших ИМ за границей, имеет ограниченные данные. Клиническое состояние пациента, а также продолжительность перелета, независимо от того, сопровождается ли полет чувством беспокойства и плохой переносимостью, играют определяющую роль.
- Для неосложненного ИМ после полной реваскуляризации с ФВЛЖ >40% риск перелета низкий, и путешествие считается безопасным после выписки из больницы (начиная с 3-го дня).
- При осложненном ИМпST, включая пациентов с СН, ФВЛЖ до стабилизации состояния пациента

Профилактика ССЗ с помощью вакцинации

- Имеется ассоциация между острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) и острым ИМ, особенно в сезонные периоды повышения заболеваемости гриппом и ОРВИ.
- Грипп и ОРВИ ассоциированы с транзиторным повышением риска сосудистых осложнений, особенно в первые 3 дня заболевания [809]. Согласно текущим рекомендациям ЕОК ежегодную вакцинацию против гриппа следует рассмотреть у всех пациентов с подтвержденными ССЗ (класс рекомендаций IIb, уровень доказательности C) [809-812].
- При этом ряд американских [813-815] и российских КР [816, 817] присваивают ежегодной вакцинации против гриппа более высокие классы рекомендаций и уровни доказательности: вакцинация против гриппа у пациентов с ССЗ с целью профилактики МИ имеет класс показаний IIa, уровень доказательности B, а вакцинация пациентов, особенно пожилых, со стабильной ИБС, с целью профилактики ИМ, **имеет класс показаний I, уровень доказательности B-C** [813-817].
- Грипп может стать пусковым механизмом, провоцирующим развитие сердечно-сосудистых событий [818-821].
- В ряде исследований показано нарастание частоты развития острого ИМ в сезонные периоды повышения заболеваемости гриппом/ОРВИ [809-813]. **Риск развития острого ИМ или МИ после ОРВИ возрастает более чем в 4 раза, причем в наибольшей степени – в первые 3 суток** [809-813].
- Согласно последнему Кохрановскому обзору [822], который был опубликован в 2015 г., вакцинация от гриппа у пациентов с ССЗ более чем наполовину снижает сердечно-сосудистую смертность (отношение рисков 0,45, 95% ДИ 0,26–0,76; $p=0,003$), а также комбинированные сердечно-сосудистые конечные точки.
- Возможность предотвращения осложнений ССЗ с помощью вакцинации от гриппа была продемонстрирована и в российских работах при использовании отечественных вакцин [820, 821]. Кроме того, имеются данные о снижении частоты развития ФП у вакцинированных лиц (ОШ 0,88, 95% ДИ 0,84-0,93; 188 р

Недостатки доказательной базы

- При оценке целесообразности вакцинации необходимо уточнение класса показаний и уровня доказательности для отдельных категорий больных ССЗ (лица с сочетанием двух и более ССЗ, с сочетанием ССЗ и болезней органов дыхания). •
- Современного уровня знаний недостаточно, чтобы оценить роль вакцинации в первичной профилактике ССЗ.

Пути улучшения приверженности

- Считается, что наилучшим в плане приверженности является режим: «одна таблетка один раз в день». С этой целью предложен так называемый "полипил" – несколько препаратов, обладающих доказанным влиянием на исходы болезни, заключенных в одну таблетку [803].
- Однако применение полипила сопряжено с целым рядом проблем – технологических (производство лекарства), организационных и клинических (назначение всем больным одинакового лекарства противоречит принципу индивидуализации терапии).
- Кроме того, из-за высокой коморбидности заболеваний у большинства пациентов такой режим лечения трудно реализуем.
- Для повышения приверженности больных к назначенному лечению предложены различные напоминания: создание специальных упаковок лекарственных препаратов с указанием времени приема, рассылка смс-сообщений, телефонные звонки больным и др. [804].
- Показано, что осознание больным опасности заболевания, объяснение целей назначенного лечения и особенностей действия конкретных препаратов способно улучшить приверженность к назначенной терапии [805].
- Показана эффективность профилактического консультирования для повышения приверженности больных к лечению АГ и ИБС [788, 806-808].

Шкала комплаентности Мориски – Грин?
Электронный подсчет шкал рисков?





**THANK
YOU!**