Стабильная ишемическая болезнь сердца

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: I20.0, I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3 · Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России, Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Автономная некоммерческая организация "Национальное общество по изучению атеросклероза"

ИБС — поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям; стабильная ИБС относится к хроническим состояниям. В большинстве случаев ее причины — анатомический атеросклеротический и/или функциональный стеноз эпикардиальных сосудов и/или микрососудистая дисфункция. Главное в рекомендации: подтвердить ишемию и/или коронарный атеросклероз, оценить риск ССО, назначить длительную вторичную профилактику и выбрать пациентов для реваскуляризации.

Главное

- Типичная стенокардия: загрудинная боль или дискомфорт 2–5 мин, обычно менее 20 мин, провоцируется нагрузкой или стрессом и проходит после прекращения нагрузки либо через 1–3 мин после нитроглицерина. Для типичной стенокардии нужны все 3 признака; для атипичной — любые 2.
- Предтестовая вероятность ИБС обязательна при первичном обращении. ПТВ <5% — очень низкая; 5–15% — низкая, но при факторах риска/типичных симптомах может требовать визуализации; >15% — умеренная и требует специфической диагностики. ЕОК I B; УУР C, УДД 5.
- Базовая лабораторная диагностика: всем — развернутый общий анализ крови, креатинин с расчетом СКФ/КК, липидный профиль; при клинических основаниях — HbA1c/глюкоза, NT-proBNP при подозрении на СН, повторное исследование тропонинов при нестабильности или подозрении на ОКС.
- Первый специфический тест при подозрении на ИБС — визуализирующий стресс-метод; МСКТ-коронарография допустима как альтернатива. Нагрузочная ЭКГ — запасной вариант, если визуализирующие методы недоступны или технически невозможны.
- Для купирования приступа используют короткие нитраты: нитроглицерин или изосорбида динитрат. Если боль не ушла, повторяют через 5 мин и еще через 5 мин; сохранение боли 15–20 мин после повторных нитратов расценивают как угрозу ИМ. ЕОК I B; УУР C, УДД 5.
- Вторичная профилактика: АСК 75–100 мг/сут всем пациентам со стабильной ИБС, при непереносимости — клопидогрел 75 мг/сут; статин до ХС ЛНП <1,4 ммоль/л и снижения на 50% от исходного. Для статинов: ЕОК/ЕОА I A; УУР B, УДД 1.
- Реваскуляризация для прогноза показана при стволе ЛКА >50%, проксимальной ПНА >50%, 2–3-сосудистом поражении со стенозами >50% и ФВ ЛЖ ≤35%, ишемии >10% ЛЖ или ФРК ≤0,80/МРК ≤0,89, стенозе >50% единственной функционирующей КА. ЕОК I A для первых трех пунктов, I B для большой ишемии/значимого ФРК/МРК, I C для единственной функционирующей КА; УУР B, УДД 1.

Диагностика

1. Сначала уточняют боль: локализацию, иррадиацию, длительность, связь с нагрузкой/стрессом, эффект прекращения нагрузки и нитратов. Дополнительно собирают факторы риска, семейный анамнез, прошлые ЭКГ/исследования, сопутствующие болезни и всю текущую терапию.
2. Проводят осмотр: АД лежа/сидя/стоя и на обеих руках, ЧСС и пульс, аускультацию сердца/легких и сосудистых зон, признаки СН, анемии, периферического атеросклероза. Измеряют рост, вес, талию, считают ИМТ; норма ИМТ 18,5–24,9 кг/м².
3. Рассчитывают ПТВ по возрасту, полу и характеру боли. При ПТВ <5% без повышающих факторов ИБС обычно исключают после первичного обследования; при 5–15% учитывают модификаторы риска; при >15% переходят к специфической диагностике.
4. Лабораторный минимум: развернутый общий анализ крови, креатинин с оценкой функции почек, общий холестерин, ХС ЛНП, ТГ, ХС ЛПВП. При повторном наблюдении эти анализы, включая глюкозу натощак, контролируют ежегодно; АСТ/АЛТ на статинах — 1 раз в 6 мес.
5. Инструментальный минимум: ЭКГ 12 отведений в покое всем и ЭКГ во время/сразу после боли, если возможно; ЭхоКГ всем для ФВ ЛЖ, локальной сократимости, диастолической функции и исключения других

причин боли. Ишемическая депрессия ST: горизонтальная/косонисходящая ≥0,1 мВ длительностью ≥0,06–0,08 с от точки J; для вазоспазма типичен транзиторный подъем ST ≥0,1 мВ в ≥2 отведениях.

6. Для подтверждения ИБС выбирают стресс-ЭхоКГ, стресс-ОФЭКТ/ПЭТ, стресс-МРТ или МСКТ-КА. МСКТ-КА не используют при высоком кальциевом индексе, нерегулярном ритме, ЧСС >80/мин, выраженном ожирении или невозможности задержки дыхания; при выраженном кальцинозе по МСКТ степень стеноза не оценивают.
7. КАГ рекомендуется для стратификации риска ССО при тяжелой стабильной стенокардии III–IV ФК или клинических признаках высокого риска ССО, несмотря на медикаментозную терапию; также при длительном анамнезе ИБС при ишемии по неинвазивному стресс-тесту, нарастании стенокардии/ее эквивалентов III–IV ФК или необъяснимом снижении локальной и глобальной сократимости ЛЖ. При пограничных стенозах 50–90% без данных стресс-тестирования рекомендуется измерение ФРК/МРК; ЕОК I A, УУР A, УДД 1. Значимы ФРК ≤0,80 и МРК ≤0,89.

Лечение

- Базис лечения — длительная коррекция факторов риска: отказ от курения, снижение массы тела при избытке, регулярный контроль веса, диета до 2000 ккал/сут, холестерин пищи до 300 мг/сут, жиры ≤30% калорийности, соль до 5 г/сут при АГ, рыба 2 раза в неделю, фрукты/овощи >200–300 г/сут. ЕОК I C; УУР C, УДД 5.
- При сопутствующей АГ целевое АД: сначала <140/90 мм рт. ст.; при хорошей переносимости до 64 лет — <130/80, но не ниже 120/70; в возрасте ≥65 лет — 130–139/80 мм рт. ст. ЕОК I B; УУР B, УДД 1.
- Для приступа стенокардии: пациент садится, принимает нитроглицерин под язык или спрей под язык; при сохранении боли повторяет через 5 и еще через 5 мин. Эффект нитроглицерина в таблетках или спрее длится 15–20 мин, изосорбида динитрата в виде спрея — около 1 ч; изосорбида динитрат в таблетках под язык начинает действовать позже, чем спрей. Короткие нитраты можно использовать профилактически перед нагрузкой.
- Для профилактики приступов нужен минимум один антиангинальный препарат: ЕОК I C; УУР C, УДД 5. При I–II ФК и ЧСС >60/мин — ББ или верапамил/дилтиазем с целью ЧСС 55–60/мин: ЕОК I A; УУР A, УДД 5. При III–IV ФК без противопоказаний сразу ББ + дигидропиридиновый БКК, цель — ФК I: ЕОК I C; УУР C, УДД 5.
- Если терапия 1-й линии недостаточна, добавляют препараты 2-й линии: нитраты длительного действия, ивабрадин, триметазидин, ранолазин или никорандил — с учетом АД, ЧСС, переносимости и цели ФК I. Нитраты длительного действия рассматривают как 2-ю линию, когда начальная терапия ББ или не-ДГП-БКК противопоказана, плохо переносится или недостаточна; для них нужен ежедневный безнитратный интервал 10–14 ч. Ивабрадин при противопоказаниях к ББ или верапамилу/дилтиазему рекомендуют при синусовом ритме и ЧСС >80/мин, но не сочетают с верапамилом/дилтиаземом.
- Антитромботическая профилактика: АСК 75–100 мг/сут; при непереносимости АСК — клопидогрел 75 мг/сут. После планового ЧКВ: АСК 75–100 мг/сут постоянно, клопидогрел 75 мг/сут на 6 мес; если клопидогрел принимался менее 5 дней — нагрузочная доза 600 мг. При высоком риске кровотечения клопидогрел можно сократить до 3 мес, при очень высоком — до 1 мес.
- Липидснижающая терапия нужна всем пациентам с хронической ИБС: статин сразу после диагноза до ХС ЛНП <1,4 ммоль/л и снижения на 50% от исходного; если цель не достигнута — добавить эзетимиб, затем алирокумаб, эволокумаб или инклисиран. Цель по ТГ — <1,7 ммоль/л; при ТГ 1,7–2,3 на статине добавляют омега-3 кислот этиловые эфиры 90 до 2 г 2 раза/сут, при ТГ >2,3 — фенофибрат или омега-3.
- При вазоспастической стенокардии для профилактики приступов препараты выбора — БКК или нитраты длительного действия; при сохраняющихся симптомах можно рассмотреть высокие дозы БКК: верапамил 240–480 мг или дилтиазем 90–180 мг 2 раза/сут, либо два БКК — дилтиазем и амлодипин. ББ могут провоцировать приступы; неселективные ББ противопоказаны, селективные допустимы только в особых ситуациях в сочетании с ДГП-БКК и/или нитратами длительного действия.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренная госпитализация нужна при подозрении на впервые возникшую стенокардию или обострение хронической ИБС с подозрением на ОКС; предпочтителен стационар с возможностью инвазивного лечения. На догоспитальном этапе не задерживают транспортировку исследованиями, кроме жалоб/анамнеза, осмотра и ЭКГ.

- Госпитализируют при сохраняющейся стенокардии III–IV ФК несмотря на полноценное медикаментозное лечение — для инвазивной диагностики и/или реваскуляризации. ЕОК I C; УУР C, УДД 5.
- Госпитализация также показана при декомпенсации СН, не контролируемой амбулаторно, и при значимых или жизнеугрожающих нарушениях ритма/проводимости. ЕОК I C; УУР C, УДД 5.
- Стабильную хроническую ИБС вне обострения ведут амбулаторно у терапевта или кардиолога; контрольные осмотры — не реже 2 раз в год. Кардиолог наблюдает осложненные формы, а после ИМ, ЧКВ или КШ — первые 12 месяцев.
- На медико-социальную экспертизу направляют трудоспособных пациентов с впервые установленной стабильной ИБС, чья профессиональная деятельность связана с тяжелым физическим трудом и потенциальным общественным риском, а также пациентов со стенокардией III–IV ФК. ЕОК I C; УУР C, УДД 5.

Частые вопросы

Какие признаки делают боль типичной стенокардией?

Нужны все 3 признака: загрудинная боль или дискомфорт 2–5 мин, связь с нагрузкой или выраженным стрессом, быстрое исчезновение после прекращения нагрузки или через 1–3 мин после нитроглицерина. Если есть только 2 признака — это атипичная стенокардия.

Когда при подозрении на стабильную ИБС нужны дополнительные тесты?

При ПТВ <5% без факторов, повышающих вероятность ИБС, обычно достаточно первичного обследования. При ПТВ 5–15% тесты нужны при типичных симптомах или повышающих факторах, а при ПТВ >15% выполняют специфическую неинвазивную визуализацию.

Что делать, если приступ стенокардии не проходит после нитроглицерина?

Нитроглицерин или изосорбида динитрат можно повторить через 5 мин и еще через 5 мин. Если боль сохраняется 15–20 мин, в том числе после повторного приема нитроглицерина или изосорбида динитрата, возникает угроза развития ИМ.

Какие препараты первой линии при стабильной стенокардии?

При I–II ФК и ЧСС >60/мин используют БАБ или недигидропиридиновые БКК — верапамил или дилтиазем, с целью ЧСС 55–60/мин. При III–IV ФК без противопоказаний начинают с комбинации БАБ и дигидропиридинового БКК.

Когда реваскуляризация при стабильной ИБС улучшает прогноз?

Основные ситуации: ствол ЛКА >50%, проксимальная ПНА >50%, 2–3-сосудистое поражение со стенозами >50% и ФВ ЛЖ ≤35%, ишемия >10% ЛЖ, ФРК ≤0,80 или МРК ≤0,89, стеноз >50% единственной функционирующей КА. При промежуточных стенозах 50–90% без ишемии и при ФРК >0,80/МРК >0,89 рутинная реваскуляризация не нужна.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/155-stabilnaya-ishemicheskaya-bolezn-serdca. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/155_2