

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00080&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00080. Ішемічна хвороба серця

*Коментар експерта.* В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Стабільна ішемічна хвороба серця <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/62-stabilna-ishemichna-khvoroba-sertsia>

Автор: Helena Kervinen

Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen

Дата останнього оновлення: 2016-11-14

## Основні відомості

- Якщо є підозра на ішемічну хворобу серця (ІХС):
  - оцінити передтестову ймовірність захворювання та фактори ризику
  - провести ретельне обстеження пацієнта
  - виконати ЕКГ з 12 відведеннями і зробити необхідні лабораторні аналізи
  - оцінити необхідність інших досліджень (див. Обстеження [\[розділ|A1\]](#))
  - визначити потребу у фармакотерапії (див. Фармакотерапія [\[розділ|A2\]](#)) та невідкладність досліджень.
- Передтестова ймовірність ІХС може бути оцінена на підставі віку і статі пацієнта та типу болю в грудях (див. [\[джерело|R9\]](#)). Ймовірність розвитку ІХС/інфаркту міокарда або смерті від артеріального захворювання можна оцінити за допомогою різних калькуляторів ризику (наприклад, шкала SCORE).

- Якщо передтестова ймовірність ІХС становить < 15%, необхідно індивідуально оцінити інші можливі причини болю в грудях (див. статтю "Гострий коронарний синдром та інфаркт міокарда", табл. [\[настанова 00078 | Гострий коронарний синдр...\]](#)).
  - Надайте інструкції та рекомендації щодо встановлених факторів ризику.
  - Якщо симптоми зберігаються без виявленої причини, слід звернутися за консультацією до спеціаліста.
- Якщо на підставі симптомів існує підозра на ІХС та підвищена передтестова ймовірність захворювання (15–85%), показаний клінічний тест на толерантність до навантаження [\[настанова 00985 | Проби з дозованим фізичн...\]](#).
  - Відносно низька чутливість клінічних випробувань збільшує кількість помилкових результатів, особливо у пацієнтів з високою передтестовою ймовірністю ІХС (> 65%). Для подальших досліджень слід розглянути консультацію спеціаліста.
  - Для оцінки тяжкості захворювання, а іноді й для оцінки різних варіантів лікування і працездатності пацієнта може бути необхідним тест на толерантність до фізичного навантаження.
- Якщо передтестова ймовірність ІХС є дуже високою (> 85%), слід запропонувати коронарну ангіографію або вжити заходів в рамках місцевої системи допомоги.
- Лікування ІХС полягає в симптоматичній медикаментозній терапії та, за необхідності, інвазивних втручаннях, а також ретельному зменшенні факторів ризику.
  - Оптимальна медикаментозна терапія в поєднанні зі змінами способу життя має надзвичайно важливе значення для прогнозу.
  - Якщо незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію симптоми ІХС зберігаються, пацієнта слід направити до спеціаліста, щоб оцінити необхідність інвазивних втручань, якщо така оцінка ще не виконана, а симптоми загострились під час медикаментозної терапії.

## Причини і клінічні прояви

- Основні фактори ризику дивись в таблиці [\[табл. | T1\]](#).

- ІХС може проявлятися як стабільна ІХС або як гострий коронарний синдром [настанова 00078 |Гострий коронарний синдр...].

Таблиця Т1. Фактори ризику ІХС

Класичні фактори ризику	Інші
Висока концентрація холестерину ЛПНЩ у крові	Низька концентрація холестерину ЛПВП в крові
Куріння	Висока концентрація тригліцеридів в крові
Артеріальна гіпертензія	Інсулінорезистентність
Діабет	Ожиріння
Вік	Відсутність фізичної активності
	Генетичні фактори (сімейний анамнез)
	Психологічні чинники
	Фактори, пов'язані зі згортанням та током крові
	Харчові фактори
	Інфекційні захворювання

- Обструктивні атеросклеротичні бляшки, ендотеліальна дисфункція, мікроциркуляторна дисфункція та спазм коронарних артерій зменшують циркуляцію крові у коронарних артеріях, зменшуючи постачання кисню в міокард, що, в свою чергу, створює типовий симптом ІХС — біль в грудях (стенокардія).
- Інші симптоми включають задишку при фізичному навантаженні, втому та нудоту при навантаженні, аритмію та серцеву недостатність.
- Диференційну діагностику болю в грудях дивись у статті "Гострий коронарний синдром та інфаркт міокарда", таблиця [настанова 00078 |Гострий коронарний синдр...].

## Симптоми та клінічний діагноз

- Стабільна стенокардія є клінічним діагнозом, який означає повторне виникнення болю в грудній клітці, спричиненого звичним для пацієнта рівнем навантаження.
- Біль полегшується в стані спокою і не має значної варіабельності протягом дня, виникає при передбачуваних рівнях фізичного навантаження, наприклад, коли добуток частоти серцевих скорочень перевищує персональний поріг пацієнта.
- Типовий біль при стенокардії

1. починається поступово при навантаженні, якщо навантаження є раптовим — швидше посилюється, якщо навантаження триває. Іноді тривале навантаження не збільшує біль, а приносить полегшення (феномен стенокардії, що минає при навантаженні — the walk-through angina phenomenon).
    - Емоційний стрес також може спровокувати біль, оскільки зростає добуток частоти серцевих скорочень.
  2. відчувається у грудях як розлитий стискаючий виражений біль, який може змусити людину сповільнити ходу або зупинитися.
  3. минає протягом кількох хвилин відпочинку або при прийомі нітрогліцерину.
    - Біль також може іррадіювати в шию, щелепу, руки, епігастральну область або між лопатками. Місця іррадіації зазвичай залишаються постійними. Біль часто посилюється холодом, їжею або курінням.
- Якщо біль відповідає всім трьом характеристикам, дуже імовірно, що пацієнт має типову стенокардію.
  - Якщо біль відповідає лише двом з вищезазначених характеристик, пацієнт має атипову стенокардію.
  - Якщо біль відповідає лише одній або не відповідає жодній з наведених вище характеристик, то пацієнт, ймовірно, має екстракардіальний біль у грудях.
    - Характеристики екстракардіального болю в грудях охоплюють:
      - толерантність пацієнта до фізичних навантажень зазвичай є нормальною
      - гострий або колючий біль в стані спокою, котрий може тривати кілька годин або навіть днів
      - локалізація болю може змінюватися, а ділянки болю іноді пальпуються
      - біль пов'язаний з рухами грудної клітки
      - нітрогліцерин не допомагає або полегшує біль через більш ніж 10 хвилин.
  - Приблизно кожний другий пацієнт з ІХС має типові симптоми.
  - Стадіювання стенокардії (ККТ, Канадське кардіологічне товариство): дивись у таблиці [табл. T2].

Таблиця Т2. Стадіювання стенокардії (Канадське кардіологічне товариство)

Ступінь	Активність проковує біль у грудях	Рівень навантаження
Ступінь 1	Лише при надмірних навантаженнях	120 Вт або більше
Ступінь 2	Швидка ходьба або ходьба вгору	80–120 Вт
Ступінь 3	Ходити в нормальному темпі на рівні	20–80 Вт
Ступінь 4	Відпочинок, розмова або одягання	Менше 20 Вт

## Опрацювати

- Огляд на первинній ланці надання медичної допомоги:
  - клінічне обстеження (статус)
  - ЕКГ з 12 відведеннями
  - лабораторні аналізи
  - рентген грудної клітки
  - клінічні тести на фізичне навантаження
    - [настанова 00985] |Проби з дозованим фізичн...
  - в залежності від регіональних алгоритмів (маршруту пацієнта), додатково ехокардіографія.
- Дослідження, що проводяться в лікарні, включають коронарну ангіографію, сканування перфузії міокарда, ехокардіографію або коронарну КТ ангіографію.

## Клінічні знахідки

- Зріст і вага
- Аускультация серця, легень та артеріальних стовбурів, пальпація пульсу на периферичних артеріях
  - Пацієнт з ІХС може мати супутнє захворювання сонних артерій та/або атеросклероз.
- Вимірювання артеріального тиску.

## Запис ЕКГ з 12 відведеннями в стані спокою

- Як правило, в стані спокою ЕКГ в нормі.
- Минуща депресія сегмента ST, яка з'являється під час болю і зникає разом зі зникненням болю, переконливо свідчить на користь ІХС.

- Зубець Q, що вказує на попередній інфаркт міокарда (IM), свідчить на користь ІХС. Критерії зубця Q дивись в статті «Гострий коронарний синдром та інфаркт міокарда», табл. **[настанова 00078 | Гострий коронарний синдр...]**.
- Зміни ST-T є чутливими, але не специфічними знахідками.
- Блокади (ЛАНВ — БПГЛНПГ (блокада передньої гілки ніжки пучка Гіса), RBBB — БПНПГ та LBBB — БЛНПГ) частіше зустрічаються у пацієнтів з ураженням багатьох судин при ІХС, але ці знахідки не є специфічними.

## Лабораторні аналізи

- Базовий аналіз крові з кількістю тромбоцитів, натрію, калію, креатиніну
- Холестерин, ЛПВЩ, ЛПНЩ, тригліцериди
- Глюкоза в крові натще та глікозильований гемоглобін 1с
  - Необхідно провести 2-годинний пероральний тест на толерантність до глюкози, якщо нормі не відповідає будь-який з наведених показників.
- Печінкові проби до початку прийому статинів
- Промозковий натрійуретичний пептид за підозри на серцеву недостатність

## Тест на фізичне навантаження **[доказ В]**

- Тест на фізичне навантаження для постановки діагнозу та визначення тяжкості захворювання.
- Детально дивись **[настанова 00085 | Проби з дозованим фізичн...]**.

## Візуальні дослідження

- Рентген грудної клітки
  - Розмір серця, застій крові в легенях, ознаки серцевої недостатності, кальцифікація клапанів та інші причини болю в грудях
- Ехокардіографія **[настанова 00054 | Ехокардіографія як метод...]**
  - Проводиться для дослідження систолічної (фракція викиду) та діастолічної функції лівого шлуночка та наявності будь-яких порушень руху міжшлуночкової перетинки.

- Результати часто відповідають нормі, але обстеження дає більше інформації про функцію серця, включно з клапанами (шуми).

## Показання для додаткових досліджень

- На додаток до фармакотерапії слід розглянути доцільність інвазивних досліджень (коронарографії), якщо
  - толерантність пацієнта до навантажень та якість життя зменшуються через біль у грудях, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію
  - під час тесту на фізичне навантаження при низькому тренувальному навантаженні (< 100 Вт) або низькому пульсі (< 120 ударів/хв) виявляються ознаки ішемії міокарда або
  - є ознаки дисфункції лівого шлуночка.
- Ангіографія, див. [настанова 00082 | Діагностична коронарогра...]
- Сканування перфузії міокарда
  - Чутливість вище, ніж при тесті на фізичне навантаження, але специфіка приблизно однакова.
  - Може виконуватись з використанням фізичного або фармакологічного стресу.
  - Може проводитися, якщо
    - тест з навантаженням не підтвердив діагнозу, але ІХС все ще дуже ймовірна
    - пацієнт є фізично недієздатним
    - аномалії на ЕКГ (БЛНПГ, гіпертрофія лівого шлуночка, синдром Вольфа-Паркінсона-Вайта (WPW), штучно створений шлуночковий ритм) перешкоджають інтерпретації тесту на навантаження.
- Ехокардіографія з навантаженням
  - Ішемія індукує порушення руху стінки міокарда, які можна виявити за допомогою ехокардіографії під час фізичних навантажень та порівняти з результатом ехокардіографії в стані спокою.
  - Тест є більш чутливим і точним, ніж тест на фізичне навантаження, але вимагає досвідченого оператора.
  - Слід розглянути доцільність проведення, коли аномалії ЕКГ перешкоджають інтерпретації тесту на навантаження.
- Коронарна КТ-ангіографія

- Неінвазивне дослідження дає уявлення про стан коронарних артерій.
- Коронарна КТ-ангіографія повинна бути зарезервована для пацієнтів, ймовірність наявності ІХС у яких невелика, і в зв'язку з цим показання до дослідження є більш обмеженими, ніж ті, що застосовуються для звичайної ангіографії.

## Особливості діагностики ІХС у жінок

- У жінок ІХС діагностується в середньому на 5–10 років пізніше, ніж у чоловіків.
  - Частота ІХС помітно зростає після менопаузи.
  - До віку 70–79 років гендерні відмінності як захворюваності, так і смертності від ІХС вирівнюються.
- Фактори ризику ІХС однакові для обох статей.
  - Жінки, у яких ІХС розвивається до менопаузи, мають більше факторів ризику, ніж жінки, у яких захворювання розвивається пізніше.
  - Якщо ІХС розвивається у жінки середнього віку, вона може мати кілька факторів ризику: куріння, дисліпідемію, діабет 2 типу, гіпертензію.
- Діагностувати ІХС у жінок складніше, ніж у чоловіків.
  - У жінок біль у грудях частіше атипичний, і хвороба може проявлятися лише у вигляді задишки, виснаження, нездужання або нудоти при навантаженні.
  - Дуже важливо уважно вивчити симптом, навіть якщо це займає більше часу.
  - Після менопаузи діагностична цінність симптомів зростає. У жінок віком старше 65–70 років діагностична цінність болю в грудях подібна до симптоматики, що спостерігається у чоловіків.
  - Прогностичне значення тесту на навантаження настанова 00985 [Проби з дозованим фізичн...] нижче у жінок. Це пов'язано з більшою кількістю хибнопозитивних результатів тестів у жінок передменопаузального періоду.
- У жінок з ІХС уражені артерії часто менш (< 50%) звужені, ніж у чоловіків, і функція лівого шлуночка збережена краще.



- У жінок з ІХС є більше симптомів і за їхнім болем у грудях можуть бути приховані й інші механізми (порушення мікроциркуляції).
- Вочевидь, жінки з неконстриктивною ІХС і болем у грудях мають вищий ризик серцево-судинної події, ніж жінки без симптомів.

## Усунення факторів ризику ІХС [доказ|B] [00769] [доказ|C] [01996] [доказ|A] [02533] [доказ|D] [04651]

[доказ|B] [06863] [доказ|C] [06883] [доказ|C] [03703] [доказ|D] [06995] [доказ|C] [07153] [доказ|D] [07221] [доказ|D] [06064] [доказ|C] [06714] [доказ|C] [06396] [доказ|C] [06638]

[доказ|C] [07406]

- Зменшення до мінімуму всіх факторів ризику помітно впливає на прогноз, оскільки уповільнює розвиток атеросклерозу та запобігає розвитку ІМ.
- Відмова від куріння дуже важлива. Ризик ІМ у курців в 3 рази вищий, і особливо вищий у жінок.
- Крім того, слід зменшити надмірне споживання алкоголю.
- Гіпертензію слід лікувати.
  - Завжди слід досягати цільового рівня нижче 140/85 мм рт.ст., але нижчий терапевтичний рівень (130–139/80–85 мм рт.ст.) повинен бути метою пацієнтів з цукровим діабетом. Пацієнти із захворюваннями нирок мають прагнути досягти рівня нижче 130/80 мм рт.ст.
  - Див. статтю «Дослідження та початок лікування гіпертензії > Терапевтична мета» [настанова|00069] [Гіпертензія: обстеження ...].
- Ведення пацієнтів з гіперліпідеміями
  - Статини не тільки зменшують концентрацію ліпідів в крові, але також впливають на коронарну ендотеліальну функцію, запальні реакції та згортання крові.
  - Рекомендації
    - Холестерин ЛПНЩ < 1,8 ммоль/л або зменшення на > 50% від базового значення. Відповідно до сучасних наукових знань, медикаментозну терапію можна вважати обґрунтованою.
    - Необхідно також враховувати інші цілі: холестерин < 4,0–4,5 ммоль/л, холестерин/ЛПВЩ < 4,0, ЛПВЩ > 1,0 ммоль/л, тригліцериди < 2 ммоль/л.

- Фармакотерапію гіперліпідемій та спеціальні компенсації антигіперліпідемічних препаратів див. в статті «Лікування дисліпідемій»  
[Настанова 00525] [Лікування дисліпідемій]
- Лікування ожиріння [доказ] [В] [04969]
  - Якщо ІМТ пацієнта вище 28, а об'єм талії  $\geq 100$  см у чоловіків або  $\geq 90$  см у жінок, показано зниження ваги.
  - Мета полягає в досягненні ІМТ  $\leq 25$  та окружності талії  $\leq 94$  см у чоловіків і  $\leq 80$  см у жінок.
  - Абдомінальне ожиріння (високе співвідношення окружності талії до стегон) свідчить про особливо високий ризик [доказ] [В] [04969].
- Часто пацієнти, які мали ІМ, мають трохи підвищену концентрацію глюкози в крові натще, порушення толерантності до глюкози або діабет.
  - Якщо 2-годинний пероральний тест на толерантність до глюкози в нормі, рівень глюкози натще слід перевіряти при щорічних контрольних візитах.
  - Якщо результат тесту на толерантність до глюкози не відповідає нормі, пацієнт потребує порад щодо фізичних вправ та харчування, а також, можливо, додатково — медичних препаратів та більш частих візитів для спостереження.
  - Якщо діагностовано діабет, необхідно вжити заходів відповідно до регіональної системи допомоги.
- Фізичні вправи [доказ] [С] [01799] [доказ] [В] [00939] [доказ] [С] [00796]
  - Регулярні вправи покращують не тільки відчуття фізичного благополуччя, а й прогноз, зменшуючи фактори ризику. Фізична активність також відіграє певну роль у первинній профілактиці.
  - Необхідно уникати раптової та надмірної фізичної активності.
- Відповідно до сучасних наукових знань, замісна терапія естрогенами не рекомендується для первинної чи вторинної профілактики. Вже призначена гормональна терапія може бути продовжена на основі індивідуальної оцінки.

## Фармакотерапія: мета і механізми дії

[доказ 05929] [C] [доказ 06076] [B]

[доказ 07024] [B↑↑] [доказ 07303] [C]

- При виникненні підозри на ІХС, слід з першого візиту призначити аспірин, статини та продукти гліцерину тринітрат для усунення симптомів, а також додатково бета-блокатор, якщо були проведені потрібні лабораторні аналізи.

### Препарати, що поліпшують прогноз

- Ефективна вторинна профілактика передбачає аспірин, бета-блокатор, статин та інгібітор АПФ.
- Аспірин зменшує агрегацію тромбоцитів і тим самим зменшує ризик гострих коронарних подій. За відсутності протипоказань аспірин рекомендований для всіх хворих на ІХС у дозі 100–250 мг на добу постійно від моменту появи перших симптомів. Пацієнти з алергією на аспірин можуть приймати клопідогрель.
- Блокатори АДФ (аденозиндифосфат) — рецепторів (клопідогрель, тикагрелор, прасугрел) також знижують агрегацію тромбоцитів. Оскільки вони гальмують функцію тромбоцитів через інші поверхневі рецептори, ніж аспірин, їх використання в комбінації з аспірином має додатковий ефект.
  - Блокатори АДФ рецепторів застосовують при лікуванні гострого коронарного синдрому [настанова 00078] [Гострий коронарний синдр...] як в лікарні, так і при тривалому лікуванні (12 місяців) після гострої події.
  - Після постановки коронарного стенту блокатори АДФ-рецепторів значно зменшують частоту тромбозу стенту і повинні бути включені в медикаментозне лікування. Період лікування коротший, коли стентування проводиться з приводу оклюзії, яка спричиняє лише стабільну стенокардію.
- До медикаментозної терапії пацієнтів, які перенесли ІМ або мають систолічну недостатність у лівому шлуночку чи діабет, слід включити інгібітор АПФ. Інгібітор АПФ також рекомендується для пацієнтів з ІХС або іншим атеросклеротичним судинним захворюванням.
  - Інгібітори АПФ зменшують симптоми та серцеві події, пов'язані з ішемічною серцевою недостатністю.
  - Було висловлено думку, що інгібітори АПФ можуть деяким чином уповільнювати прогресування атеросклерозу в стінках артерій.

- Необхідно використовувати рекомендовані підтримувальні дози (раміприл 10 мг/добу, еналаприл 20[–40] мг/добу, лізіноприл 20[–40] мг/добу) або найвищі допустимі дози (побічні ефекти, гіпотензія).
- Статини знижують синтез холестерину в печінці, концентрацію холестерину ЛПНЩ у крові та накопичення холестерину ЛПНЩ на стінках судин. Крім того, статини поліпшують функціонування ендотелію артерій, пригнічують згортання крові та перешкоджають запальним та імунним реакціям. У пацієнтів з ІХС статини зменшують шанс як реінфаркту, так і смерті.

### Препарати, що полегшують симптоми

- Бета-блокатори знижують частоту серцевих скорочень і артеріальний тиск, тим самим зменшуючи споживання кисню міокардом під час фізичних вправ і зменшують біль у грудях.
  - Після ІМ бета-блокатори значно знижують ризик повторного інфаркту та смерті.
  - Оскільки бета-блокатори зменшують біль у грудях, їх застосування часто виправдовують полегшенням симптомів в монотерапії.
  - Пацієнти з безсимптомною стабільною ІХС та нормальною функцією лівого шлуночка можуть не отримати користь від тривалого застосування бета-блокаторів. Поточні наукові докази базуються на ретроспективних даних реєстру пацієнтів, а не на рандомізованих клінічних дослідженнях.
  - Адекватна бета-блокада є досягнутою, коли частота серцевих скорочень зменшилась до 50–60 ударів на хвилину у спокої.
  - Бета-блокатори також є ефективними антиаритмічними препаратами у пацієнтів з ІХС.
- Блокатори кальцієвих каналів
  - Верапаміл і дилтіазем можуть використовуватися для полегшення болю в грудях, особливо якщо бета-блокатори не придатні. Ці препарати протипоказані пацієнтам із систолічною недостатністю лівого шлуночка або дефектом провідності.
  - З похідних дигідропіридину ніфедипін тривалої дії в поєднанні з бета-блокатором або амлодипіном, лерканідипіном або фелодипіном окремо або в комбінації з бета-блокатором придатні для лікування як синдрому болю в грудях, так і гіпертензії.

- Нітрат тривалої дії може бути включений в режим лікування при частих болях в грудях.
  - Нітрат слід вводити вдень, коли симптоми виникають найчастіше, а це часто відбувається в денний час. Звичайна доза становить 20–40(–60) мг/добу.
  - Нітратний пластир можна використовувати для лікування нічної стенокардії. Пластир слід зняти на ранок, щоб уникнути розвитку толерантності до нітратів. З цієї ж причини в режим введення нітратів тривалої дії повинна бути включена пауза, наприклад, ввечері або вночі.
  - Нітрати — це лише симптоматична терапія і вони не потрібні, якщо хвороба має безсимптомний перебіг. Вони покращують толерантність до навантажень, але немає переконливих доказів щодо їх впливу на прогноз.
- Гліцерилтринітрат короткої дії (ГТН) у вигляді сублінгвальних таблеток або аерозолю є класичною терапією для гострих епізодів. Пам'ятайте також про профілактичне застосування.

## Реваскуляризація (ЧТКП та АКШ) [доказ 05745 | C] [доказ 06191 | A] [доказ 07024 | B↑↑]

[доказ 02658 | C] [доказ 02290 | C] [доказ 03066 | A] [доказ 00457 | C]

- Реваскуляризація коронарних артерій може бути виконана або за допомогою аортальної ангіопластики (черезшкірна транслюмінальна коронарна ангіопластика, ЧТКА) з подальшим встановленням металевого стенту в коронарну артерію (черезшкірне коронарне втручання, ЧКВ) або аорткоронарним шунтуванням (АКШ).
  - Прокідність коронарних артерій краще підтримується при стентуванні, ніж коли виконується тільки ЧТКП [доказ 00581 | B]. Стентування знизило потребу в коронарній операції.
  - Стенти з медикаментозним покриттям просочують інгібітором клітинного росту, який повільно вивільняється в навколишні тканини протягом декількох місяців. Стенти з медикаментозним покриттям явно зменшили частоту рестенозу та серцево-судинних подій у порівнянні з металевими стентами або лише ЧТКА, але такі стенти можуть бути пов'язані з пізнім тромбозом.
  - Балон з медикаментозним покриттям вивільняє інгібітор росту клітин під час балонної ангіопластики оклюзованої коронарної артерії.

- Рішення щодо необхідності реваскуляризації та оптимального методу (ЧКВ/АКШ) базується не тільки на тяжкості, розташуванні та кількості коронарних оклюзій, а також на оцінці функції лівого шлуночка, потенційних клапанних захворювань, тяжкості симптомів та супутньої патології (діабет, захворювання нирок) та ризиків, пов'язаних з операцією.
- Переваги ЧКВ включають короткий строк лікування, короткий період відновлення і швидше повернення до роботи. Більш часта потреба в подальшій реваскуляризації порівняно з АКШ може вважатися недоліком.
- В амбулаторній допомозі після реваскуляризації найважливішим є моніторинг стану та факторів ризику пацієнта і використання фармакологічного лікування, яке покращує прогноз, відповідно до впроваджених клінічних настанов. Терапія, спрямована на полегшення симптомів, часто може бути, принаймні, скорочена.

## Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00072 | Coronary heart disease –...\]](#)
- Інші огляди доказових даних [\[пов'язані 00072 | Coronary heart disease –...\]](#)
- Клінічні настанови [\[пов'язані 00072 | Coronary heart disease –...\]](#)
- Література [\[пов'язані 00072 | Coronary heart disease –...\]](#)

## Джерела інформації

R8. Sharma K, Gulati M. Coronary artery disease in women: a 2013 update. *Glob Heart* 2013;8(2):105-12. [\[PubMedID|25690374\]](#)

R9. Task Force Members., Montalescot G, Sechtem U et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013;34(38):2949-3003. [\[PubMedID|23996286\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00078](#). Гострий коронарний синдром та інфаркт міокарда.
- [Настанова 00985](#). Проби з дозованим фізичним навантаженням.
- [Настанова 00054](#). Ехокардіографія як метод діагностики амбулаторних пацієнтів.
- [Настанова 00082](#). Діагностична коронарографія.

- [Настанова 00069](#). Гіпертензія: обстеження та стартове лікування.
- [Настанова 00525](#). Лікування дисліпідемій.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 04977](#). Dyspnea at cardiac stress testing as predictor of death.  
Дата оновлення: 2006-03-14  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Self-reported dyspnea at cardiac stress testing appears to be an independent predictor of the risk of death from cardiac or any causes.
- [Доказовий огляд 00769](#). Effect of dietary interventions on diet and cardiovascular risk factors.  
Дата оновлення: 2014-09-23  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Dietary advice from health personnel appears to be effective in reducing blood lipid levels, blood pressure and dietary fat intake, and increasing fruit and vegetable intake.
- [Доказовий огляд 01996](#). Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease.  
Дата оновлення: 2011-02-16  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Interventions using counselling and education aimed at behaviour change may not reduce total or coronary heart disease mortality or clinical events in general populations but may be effective in reducing mortality in high-risk hypertensive and diabetic populations.
- [Доказовий огляд 02533](#). Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: The addition of psychosocial treatments to standard cardiac rehabilitation reduces mortality and morbidity, psychological distress and some biological risk factors.
- [Доказовий огляд 04651](#). Low glycaemic index diets for cardiovascular disease.  
Дата оновлення: 2018-01-29  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence on the effect of low glycaemic index (GI) diets on cardiovascular disease events and on blood lipids or blood pressure parameters.
- [Доказовий огляд 06863](#). Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease.  
Дата оновлення: 2015-09-09  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Reducing saturated fat and replacing it with polyunsaturated fats appears to reduce risk of cardiovascular events but not total or cardiovascular mortality.
- [Доказовий огляд 06883](#). Psychological interventions for coronary heart disease.  
Дата оновлення: 2011-08-29  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Psychological interventions may produce small to moderate reductions in depression and anxiety in coronary heart disease patients.

- [Доказовий огляд 03703](#). Plasma homocysteine level as a risk factor for major coronary events.  
Дата оновлення: 2004-02-16  
Рівень доказовості: C  
Резюме: A high concentration of serum homocysteine is probably not a risk factor for coronary events in a population free of heart disease. However, mild hyperhomocystinemia predicts secondary coronary events in men with heart disease, possibly as a consequence of atherosclerotic changes.
- [Доказовий огляд 06995](#). Patient education in the management of coronary heart disease.  
Дата оновлення: 2017-09-06  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Patient education of coronary heart disease patients might possibly be beneficial compared to control but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 07153](#). Selenium supplementation for the primary prevention of cardiovascular disease.  
Дата оновлення: 2013-04-15  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Selenium supplements may not be beneficial for primary prevention of cardiovascular disease, especially in those individuals and populations with adequate-to-high selenium status.
- [Доказовий огляд 07221](#). Mediterranean dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease.  
Дата оновлення: 2013-11-22  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Dietary advice to follow a Mediterranean-style dietary pattern might possibly be effective for the primary prevention of cardiovascular disease but the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 06064](#). The effects of ginseng on cardiovascular risk factors.  
Дата оновлення: 2008-06-17  
Рівень доказовості: D  
Резюме: Use of ginseng might possibly not have effect on cardiovascular risk factors, although the evidence is insufficient.
- [Доказовий огляд 06714](#). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation.  
Дата оновлення: 2017-09-02  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Interventions involving motivational communications delivered through letters, telephone calls and home visits may be effective in increasing uptake of cardiac rehabilitation.
- [Доказовий огляд 06396](#). Music for coronary heart disease patients.  
Дата оновлення: 2014-03-12  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Music listening may have a beneficial effect for persons with coronary heart disease.
- [Доказовий огляд 06638](#). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation .  
Дата оновлення: 2017-11-08  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Home- and centre-based cardiac rehabilitation may be similar in their benefits on risk factors, health-related quality of life, death, clinical events, and costs.



- [Доказовий огляд 07406](#). Yoga for cardiovascular disease prevention.  
Дата оновлення: 2015-09-21  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Yoga may have some beneficial effects on cardiovascular risk factors compared to no intervention in primary prevention of cardiovascular diseases.
- [Доказовий огляд 04969](#). Obesity and waist-to-hip-ratio and risk of myocardial infarction.  
Дата оновлення: 2006-02-13  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Waist-to-hip ratio appears to have a graded and highly significant association with myocardial infarction risk in most ethnic groups worldwide. The use of waist-to-hip ratio instead of BMI appears to improve the risk estimate of myocardial infarction.
- [Доказовий огляд 01799](#). Low cardiorespiratory fitness and obesity as risk factors for cardiovascular diseases.  
Дата оновлення: 2003-08-07  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Low cardiorespiratory fitness may be a strong and independent predictor of CVD and all-cause mortality and comparable in importance with that of diabetes mellitus and other CVD risk factors.
- [Доказовий огляд 00939](#). Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease.  
Дата оновлення: 2016-03-03  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Exercise-based cardiac rehabilitation appears to reduce cardiovascular mortality and hospitalisations and may improve health-related quality of life in coronary heart disease.
- [Доказовий огляд 00796](#). Physical activity in the prevention of coronary heart disease.  
Дата оновлення: 2003-08-05  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Moderate to high levels of physical activity may reduce the risk of non-fatal and fatal coronary heart disease.
- [Доказовий огляд 05929](#). Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease.  
Дата оновлення: 2008-04-16  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Long-term use of aspirin dosages greater than 75 to 81 mg/d in the setting of cardiovascular disease prevention may not better prevent events but is associated with increased risks of gastrointestinal bleeding.
- [Доказовий огляд 06076](#). Combined aspirin-oral anticoagulant therapy compared with oral anticoagulant therapy alone among patients at risk for cardiovascular disease.  
Дата оновлення: 2008-06-24  
Рівень доказовості: B  
Резюме: Except for patients with a mechanical heart valve, the benefits of oral anticoagulant (OAC) therapy plus aspirin in reducing thromboembolic events appear to be unclear compared with OAC alone, and there may be increased risk of major bleeding.
- [Доказовий огляд 07024](#). Preoperative statin therapy .  
Дата оновлення: 2015-09-28  
Рівень доказовості: B↑↑  
Резюме: Preoperative statin therapy in cardiac surgery patients appears to reduce

post-operative atrial fibrillation.

Рекомендація: Starting statin therapy preoperatively is recommended for patients referred to coronary artery bypass grafting surgery.

- [Доказовий огляд 07303](#). Fixed-dose combination therapy for the prevention of atherosclerotic cardiovascular diseases.  
Дата оновлення: 2017-07-20  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Fixed-dose combination therapy for atherosclerotic cardiovascular disease prevention may not decrease all-cause mortality or atherosclerotic cardiovascular events and appears to lead to more adverse events compared with placebo, usual care, or an active drug comparator.
- [Доказовий огляд 05745](#). Incentive spirometry for preventing pulmonary complications after coronary artery bypass graft.  
Дата оновлення: 2012-09-20  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Incentive spirometry may not be effective in reducing pulmonary complications and in decreasing the negative effects on pulmonary function in patients undergoing coronary artery bypass graft (CABG).
- [Доказовий огляд 06191](#). Off-pump or minimally invasive coronary artery bypass compared with percutaneous coronary intervention.  
Дата оновлення: 2008-09-17  
Рівень доказовості: A  
Резюме: In single- or double-vessel disease, off-pump coronary artery bypass (OPCAB) reduces the need for re-intervention for ischaemia, the recurrence of angina and major coronary adverse events at 1 to 5 years compared with percutaneous coronary intervention (PCI) but is associated with an increased length of hospital stay. There appears not to be differences between OPCAB and PCI in death, myocardial infarction, and stroke.
- [Доказовий огляд 02658](#). Revascularization in patients with moderate or severe left ventricular dysfunction.  
Дата оновлення: 2003-08-11  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Patients with moderate to severe left ventricular systolic dysfunction and concomitant limiting angina may have improved survival and physical functioning after CABG.
- [Доказовий огляд 02290](#). PCTA versus medical treatment for non-acute coronary heart disease.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: C  
Резюме: PTCA may lead to greater reduction in angina, but there is no evidence of improved survival or reduction of subsequent revascularization, though trends do not favour angioplasty.
- [Доказовий огляд 03066](#). The effect of coronary artery bypass graft surgery (CABG) on survival.  
Дата оновлення: 2003-03-20  
Рівень доказовості: A  
Резюме: A strategy of initial CABG is associated with lower mortality and lower rate of myocardial infarction than a strategy of medical management alone (with delayed surgery if necessary) in high-risk and medium-risk patients with stable coronary disease.

- [Доказовий огляд 00457](#). CABG versus PTCA in multi-vessel coronary disease.  
Дата оновлення: 2006-01-25  
Рівень доказовості: C  
Резюме: CABG may be superior to PTCA in terms of morbidity outcome and similar in terms of mortality. CABG patients may be less likely to need re-intervention than those treated using angioplasty with stents.
- [Доказовий огляд 00581](#). Coronary artery stenting compared with PTCA alone.  
Дата оновлення: 2003-08-05  
Рівень доказовості: B  
Резюме: There appears to be a reduced risk of the need for repeat PTCA and target vessel revascularization, and probably of cardiovascular events, with coronary artery stents compared to PTCA alone.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.  
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.  
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00080    Ключ сортування: 004.063    Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2016-11-14

Автор(и): Helena Kervinen    Редактор(и): Anna Kattainen    Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Hilka Salmén  
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd    Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Internal medicine    Cardiology

Ключові слова індексу

speciality: Cardiology    speciality: Cardiovascular diseases    speciality: Internal medicine    Angina pectoris    Angina of effort  
CHD    Chest pain    Coronary arteries    Coronary atherosclerosis    Coronary disease    Coronary heart disease  
Coronary occlusion    Coronary spasm    Coronary Thrombosis    Arrhythmias    ACS    Acute coronary angioplasty  
Acute coronary syndrome    Adrenergic beta-Antagonists    Amlodipine    Angioplasty, Balloon  
Angiotensin-converting enzyme inhibitors    Aspirin    Atherosclerosis    Balloon angioplasty    Blood pressure  
Bundle branch block    CABG    Calcium channel blockers    Canadian Cardiac Society Classification    Cardiac failure    CCS  
CCS classification    Chest x-ray    Cholesterol    Cholesterol, total    Cholesterol-lowering drugs    Clopidogrel  
Coronary angiography    Coronary Artery Bypass    Coronary by-pass surgery    Coronary stent    Coronary syndrome  
Coronary syndrome, acute    Diltiazem    Drug-eluting stent    Dyslipidemia    ECG    Echocardiography  
Echocardiography, Stress    Electrocardiography    Enalapril    Exercise    Fasting blood glucose    Glyceryl trinitrate  
Heart murmurs    Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors    Hyperlipidemia    Hypertension    Isosorbide dinitrate  
Lifestyle    Lifestyle changes    Lifestyle counselling    Lipid-lowering drugs    Lisinopril    LDL cholesterol    Nitrates  
Obesity    Omega-3 fatty acids    Weight management    PCI    PTCA    Q wave    Q wave myocardial infarction    Ramipril  
Exercise stress test    Dyspnoea of effort    Stress echocardiography    Exercise test    Revascularisation    Revascularization  
Risk calculators    Risk assessment    Risk factors    Secondary prevention    Statins    Stents    Stenting    ST changes  
Myocardial infarction    Myocardial revascularisation    Rate-pressure product    Smoking cessation    ST segment depression  
Verapamil    icpc-2: K74    icpc-2: K75    icpc-2: K76