

УДК 616.12-008:796.035

О. М. БАРНА, О. О. ПОГРЕБНЯК, Г. Д. КІРЖНЕР, А. В. НОВИЦЬКА

/Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна/

Хронічний коронарний синдром: управління стилем життя. Вибрані положення

За матеріалами Рекомендацій Європейського товариства кардіологів (ESC) 2019 з діагностики та лікування хронічного коронарного синдрому¹ та Рекомендацій ESC 2020 зі спортивної кардіології та тренувань у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями: цільова група зі спортивної кардіології та тренувань пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями ESC²

Резюме

У статті наведено вибрані рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC) з діагностики та лікування хронічного коронарного синдрому (2019) та зі спортивної кардіології й тренувань пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями (2020). Вони включають найновіші дані щодо загального ведення пацієнтів із хронічним коронарним синдромом, до яких належать модифікація способу життя та контроль факторів ризику, в тому числі куріння. Також деталізовані поради щодо дієти та споживання алкоголю, підтримання оптимальної ваги, контролю екологічних і психосоціальних факторів. Велика увага приділена принципам розширення фізичної активності пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, які займаються спортом та фізичними тренуваннями.

Ключові слова: хронічний коронарний синдром, модифікація способу життя, фактори ризику, фізична активність

Серцево-судинні захворювання залишаються провідною причиною смертності в усьому світі, а найвагомішими з них є ішемічна хвороба серця та її ускладнення. Тому в 2019 році Європейське товариство кардіологів (ESC) представило світові новий формат сприйняття ішемічної хвороби серця під терміном «хронічний коронарний синдром» (ХКС). І, відповідно, оновило рекомендації щодо ведення пацієнтів із цією патологією в ракурсі медикаментозного та немедикаментозного менеджменту (управління). Ці рекомендації ґрунтуються на найновіших даних доказової медицини, в яких висвітлені всі питання діагностики, надання невідкладної допомоги, медикаментозного лікування, а також велика увага приділена менеджменту (управлінню) стилем життя пацієнта, який є запорукою первинної і вторинної профілактики грізних ускладнень.

У цьому ж році на щорічному Конгресі ESC запропонувало лікарському товариству розширені рекомендації щодо фізичної активності та занять спортом у пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, в тому числі ХКС.

На основі цих двох фундаментальних керівництв у розрізі превентивної медицини ХКС працівники кафедри загальної практики (сімейної медицини) Національного медичного університету імені О. О. Богомольця підготували матеріали, акцентуючи на тому, що завдання первинної ланки сучасної медицини полягає саме в профілактиці. Сімейний лікар повинен не лише вчасно призначити медикаментозне лікування відповідно до засад доказової медицини, а й мотивувати пацієнтів до зміни способу життя, модифікації факторів ризику, занять спортом, що сприятливо впливатиме на їх прогноз, якість і тривалість життя. До того ж, слід не тільки мотивува-

ти пацієнтів до фізичної активності, а й навчити їх робити це безпечно та з максимальною користю. Це завдання є досить складним, адже хворому зазвичай легше приймати ліки і всю відповідальність за своє здоров'я переказати на лікаря, аніж взяти її на себе і докласти зусиль для дотримання здорового способу життя.

Потрібно не забувати, що на плечі сімейного лікаря лягає ще й колосальна відповідальність саме за якісну реабілітацію хворих на серцево-судинні захворювання.

Тому ми підготували вибрані положення із найновіших рекомендацій ESC з управління всіма аспектами стилю життя, керуючись якими фахівці зможуть надавати якісну профілактичну допомогу і контролювати виконання порад пацієнтами.

3.2.1 Загальне ведення пацієнтів із хронічним коронарним синдромом (ХКС) [1]

Загальне управління ХКС має на меті зменшити симптоми і покращити прогноз за допомогою відповідних ліків та втручань, а також контролювати фактори ризику, в тому числі й спосіб життя. Оптимальна медикаментозна терапія в дослідженні COURAGE (Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation; Клінічні результати використання реваскуляризації та агресивної оцінки лікарських засобів) включала сприяння дотриманню прийому медикаментів, поведінковому консультуванню та підтримці контролю факторів ризику способу життя, що надаються медичною сестрою, яка контролює цей процес. Досягнення оптимального управління може бути найкраще виконане завдяки використанню мультидисциплінарного командного підходу, який дозволяє забезпечити індивідуальну та гнучку підтримку пацієнтів.

3.2.2 Модифікація способу життя та контроль факторів ризику

Реалізація здорового способу життя зменшує ризик подальших серцево-судинних подій та смертності й доповнює відповідну вторинну профілактичну терапію. Фактори способу життя є важливими, адже здорова поведінка (включаючи припинення куріння, рекомендовані фізичні навантаження, здорове харчування та підтримання оптимальної ваги (табл. 7)) значно знижує ризик виникнення майбутніх серцево-судинних подій та смерті. Переваги виявляються вже через 6 місяців після зафіксованої події.

Служби первинної медичної допомоги відіграють важливу роль у профілактиці. Рандомізоване випробування первинної системи медичної допомоги в дослідженні EUROACTION продемонструвало, що програма первинної медичної допомоги, координована медсестрою, була ефективнішою з погляду досягнення цільових змін способу життя та зменшення факторів ризику, ніж звичайна стандартна допомога. В іншому рандомізованому дослідженні, проведеному в Нідерландах, було виявлено, що робота медсестер-практиків виявилася такою ж ефективною в плані зменшення серцево-судинного ризику, як і лікарів загальної практики.

3.2.2.1 Куріння

Відмова від куріння покращує прогноз у пацієнтів з ХКС, у тому числі знижує смертність тих, хто припинив курити, на 36 %. Заходи, що сприяють відмові від куріння, включають короткі поради, консультації та поведінкові втручання, а також фармакологічну терапію, в тому числі нікотинозамісну. Пацієнтам також слід уникати пасивного куріння.

Коротка порада, порівняно з відсутністю лікування, подвоює ймовірність припинення куріння в короткостроковій перспективі, але більш інтенсивні поради та підтримка (поведінкові втручання, підтримка в телефонному режимі або заходи самопомогли) більш ефективні, ніж коротка рекомендація, особливо якщо її надавати впродовж більше 1 місяця.

Усі форми нікотинозамісної терапії, бупропіон і вареніклін більш ефективні для прискорення припинення куріння, ніж контроль. А поєднання поведінкових і фармакологічних підходів є

залученням пацієнтів із ССЗ) не виявив збільшення основних несприятливих серцево-судинних подій, пов'язаних із нікотинозамісною терапією, бупропіоном або варенікліном.

Використання електронних сигарет вважається менш шкідливою альтернативою звичайним сигаретам, але вони не є повністю безпечними. Новіші пристрої можуть доставляти більшу кількість нікотину, а електронні сигарети виділяють інші компоненти, такі як карбоніли, дрібні й ультрадисперсні часточки. Попередні систематичні огляди виявили дуже обмежені й непослідовні докази того, що електронні сигарети (насамперед пристрої першого покоління) корисні для полегшення припинення куріння, порівняно з плацебо або нікотинозамісною терапією, проте нещодавнє велике клінічне дослідження довело, що електронні сигарети ефективніші, ніж нікотинозамісна терапія, при припиненні куріння. В цьому рандомізованому дослідженні 886 курців, яким були призначені електронні сигарети, у 18 % випадків домоглися стійкого утримання від куріння протягом 1 року, порівняно з 9,9 % пацієнтів, які отримували нікотинозамісну терапію (відносний ризик, 1,83; 95 % довірчий інтервал (ДІ) від 1,30 до 2,58; $P < 0,001$).

При консультаціях з курцями лікарі повинні дотримуватися принципу «П'ятірка ЯК»: розпитувати про куріння, радити припинити курити, оцінювати готовність пацієнта відмовитися від куріння, допомагати з припиненням куріння (фармакологічна підтримка і поведінкове консультування) та організувати подальше спостереження (рис. 1).

3.2.2.2. Дієта та алкоголь

Нездорове харчування є провідним фактором захворювань коронарних судин та їх прогресування, а зміна дієти із дотриманням принципів здорового харчування у пацієнтів із ХКС привела до зниження смертності та серцево-судинних подій (рекомендовані характеристики дієти детально описані в таблиці 8).

Таблиця 7. Рекомендації щодо способу життя пацієнтів із хронічним коронарним синдромом

| Фактор стилю життя | Рекомендація |
|----------------------|--|
| Відмова від куріння | Використовуйте фармакологічні та поведінкові стратегії, щоб допомогти пацієнтам відмовитися від куріння. Уникайте пасивного куріння |
| Здорове харчування | Дієта з високим вмістом овочів, фруктів та цільних зерен. Обмежте насичені жири до <10 % від загального споживання. Обмежте алкоголь до <100 г/тиждень або 15 г/добу |
| Фізичні навантаження | Помірні фізичні навантаження протягом 30–60 хв більшість днів, але навіть нерегулярна активність сприятлива |
| Здорова вага | Досягніть та підтримуйте здорову вагу (<25 кг/м ²) або зменшуйте вагу за допомогою рекомендованого споживання енергії та збільшення фізичних навантажень |
| Інше | Приймайте ліки за призначенням. Статеву активність знижує ризику для стабільних пацієнтів, які не мають симптоматики при низькому та середньому рівнях активності |

найефективнішим і настійно рекомендується. Системний метааналіз 63 клінічних досліджень (включаючи вісім досліджень із



Рис. 1. «П'ятірка ЯК кинути курити»

Таблиця 8. Характеристика здорового харчування

| |
|--|
| Збільшити споживання фруктів та овочів (≥ 200 г на день) |
| Вживання 35–45 г клітковини на день, бажано цільнозернової |
| Помірне споживання горіхів (30 г на день, несолоних) |
| 1–2 порції риби на тиждень (одна – жирної риби на тиждень) |
| Обмежена кількість нежирного м'яса, нежирних молочних продуктів та рідких рослинних олій |
| Насичені жири мають складати < 10 % від загальної кількості спожитої енергії; перевага надається поліненасиченим жирам |
| Споживати якомога менше трансненасичених жирів, бажано не споживати оброблених харчових продуктів. Кількість спожитих трансненасичених жирів повинна складати < 1 % від загальної кількості спожитої енергії |
| Споживати ≤ 5 –6 г солі на день |
| Споживання алкоголю рекомендується обмежити до ≤ 100 г/тиждень або < 15 г/день |
| Уникайте висококалорійної їжі, наприклад, безалкогольних напоїв з цукром |

Рекомендований Середземноморський раціон харчування з високим вмістом фруктів, овочів, бобових, клітковини, поліненасичених жирів, горіхів та риби, відмова або обмеження споживання рафінованих вуглеводів, червоного м'яса, молочних продуктів та насичених жирів. Споживання 1–2 одиниць алкогольних напоїв на день не збільшує ризику інфаркту міокарда (ІМ), а споживання > 100 г на тиждень, як свідчать дані великого мета-аналізу, було пов'язане з вищою смертністю від загальних причин та інших ССЗ. Але, згідно з даними Глобального дослідження загрози хвороб за 1990–2016 рр., нульове споживання алкоголю не приводило до мінімального ризику смерті та втрати працездатності.

3.2.2.3 Управління вагою

У популяційному дослідженні ризик виникнення ССЗ, а також серцево-судинна захворюваність та смертність були вищими у осіб, які мають надмірну вагу або ожиріння, порівняно з особами із нормальним ІМТ (20 – 25 кг/м²). Ожиріння асоціювалося з меншою загальною тривалістю життя, а надмірна вага – із розвитком ССЗ у більш ранньому віці. Окружність талії є маркером центрального ожиріння і прямо пов'язана з розвитком ССЗ та цукрового діабету. Рекомендованою є окружність талії ≤ 94 см для чоловіків (< 90 см для південноазіатських та азіатських чоловіків) та ≤ 80 см для жінок.

У пацієнтів із захворюваннями коронарних судин прицільне зниження ваги пов'язане зі значно меншим ризиком несприятливих клінічних подій. Хоча було багато суперечок щодо відносної користі дієт із низьким вмістом жирів та дієти з низьким вмістом вуглеводів, Christopher D. Gardner та його колеги виявили однакову ефективність у зниженні ваги та подібну користь у пацієнтів, які дотримувалися здорової дієти з низьким вмістом жирів та дієти з низьким вмістом вуглеводів. Цей результат був отриманий незалежно від генотипних моделей пацієнтів та базової секреції інсуліну. Для управління вагою рекомендуються здорові дієти зі споживанням обмеженої кількості енергії, необхідної для досягнення та підтримання здорової ваги (ІМТ < 25 кг/м²) та підвищення рівня фізичної активності.

3.2.2.4 Фізичні навантаження

Вправи називають «полі-таблеткою» завдяки їх численним сприятливим впливам на фактори серцево-судинного ризику та

фізіологію серцево-судинної системи. Вони покращують перебіг стенокардії за рахунок посиленого постачання кисню до міокарда, а підвищення фізичної здатності є незалежним прогностичним фактором підвищення виживання серед чоловіків і жінок із ХКС, навіть серед тих, хто має режим, що відповідає обґрунтованому доказовому лікуванню.

Кожне збільшення піку споживання кисню на 1 мл/кг/хв приводить до зниження ризику серцево-судинної смерті та смерті з усіх причин у жінок та чоловіків на 14–17 %.

Рекомендації щодо фізичних навантажень для пацієнтів із ХКС включають 30–60 хв аеробної активності середньої інтенсивності ≥ 5 днів на тиждень. Навіть нерегулярні фізичні навантаження у вільний час знижують ризик смертності у пацієнтів, які раніше вели малорухомий спосіб життя, а підвищення активності пов'язане зі зниженням серцево-судинної смертності. Пацієнти, які раніше вели малорухомий спосіб життя, потребуватимуть додаткової підтримки для того, щоб тренуватись протягом 30–60 хв майже кожного дня, запевнення і нагадування, що вправи для них корисні; вони повинні знати, що робити, якщо під час виконання вправ розвивається напад стенокардії. Вправи на опір підтримують м'язову масу, силу та функціонування, а аеробні поліпшують чутливість до інсуліну та контроль ліпідів і АТ [1].

У серпні поточного року експерти ESC (2020) оновили рекомендації щодо ведення пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями, які займаються спортом та фізичними тренуваннями. Відповідно до цих рекомендацій розглянемо ведення пацієнтів із ХКС [2].

Атеросклеротична ішемічна хвороба серця (ІХС) є основною причиною серцевих подій, пов'язаних із фізичними навантаженнями (Ex-R), включаючи гострий коронарний синдром (ГКС), гострий інфаркт міокарда (ГІМ) та раптову зупинку серця в осіб із встановленим ХКС або раптову серцеву смерть як первинний прояв у осіб віком > 35 років.

Відсутність фізичної активності є фактором ризику розвитку ІХС, але дещо парадоксально, що інтенсивні фізичні навантаження тимчасово збільшують ризик ГІМ та раптової серцевої смерті. Загалом, переваги регулярних фізичних вправ значно перевищують ризик виникнення патологічних станів, пов'язаних із фізичними навантаженнями, навіть в осіб із ХКС. Вправи середньої та високої інтенсивності сильно корелюють зі зниженням частоти несприятливих наслідків ІХС, але тривалі вправи високої інтенсивності на витривалість пов'язані зі збільшенням відкладання кальцію на стінках коронарних артерій – маркер атеросклерозу та коронарних бляшок, але без збільшення смертності у середньостроковій перспективі. Важливо, що діагностика пошкодження міокарда також є складнішою у спортсменів, оскільки інтенсивні фізичні вправи можуть збільшити серологічні маркери пошкодження міокарда, включаючи серцеві тропоніни I та T.

5.1.1.1 Рекомендації щодо занять спортом

Особи, які мають ризик ХКС, та безсимптомні особи, у яких виявлений ХКС під час скринінгу, повинні серйозно контролювати фактори ризику розвитку атеросклерозу. Лише тоді, коли існує значний ризик несприятливої події, на що вказують функціональні

тести, або коли під час повторних оцінок є докази прогресування хвороби, рекомендації щодо вправ повинні бути розроблені індивідуально, з урахуванням їх інтенсивності та виду спорту. Участь у змагальних видах спорту на витривалість, силу та змішані дисципліни, як правило, вимагає енергійних зусиль і, найімовірніше, спричиняє ішемію міокарда, тоді як аматорські спортивні заняття або розважальні вправи дозволяють краще контролювати фізичні зусилля. Особи з високим ризиком розвитку атеросклеротичної коронарної хвороби та безсимптомні особи, у яких при скринінгу виявлена ІХС, які займаються інтенсивними фізичними вправами, повинні щорічно проходити обстеження за допомогою максимального тесту фізичного навантаження або тесту функціональної візуалізації.

Рекомендації щодо фізичних вправ для осіб із ризиком розвитку атеросклеротичної ішемічної хвороби серця та безсимптомних осіб, у яких вона виявлена при скринінгу

| Рекомендації | Клас | Рівень |
|---|------|--------|
| Для осіб із безсимптомним ХКС, що визначається як спровокована ішемія міокарда при функціональному обстеженні або звичайному тесті з фізичним навантаженням, участь в усіх видах фізичних навантажень, за винятком змагальних видів спорту, слід розглянути на основі індивідуальної оцінки | IIa | C |

5.1.2 Встановлений (давній) хронічний коронарний синдром

Усіх осіб із раніше встановленим ХКС слід заохочувати виконувати мінімальні рекомендації щодо фізичної активності відповідно до загального стану та стану здоров'я серцево-судинної системи. Це стосується осіб зі стабільною стенокардією, безсимптомних та симптоматичних осіб, стабілізованих <1 року після ГКС, або осіб із недавньою реваскуляризацією, а також безсимптомних та симптоматичних пацієнтів >1 року після первинного діагностування або реваскуляризації. Поради щодо інтенсивних фізичних вправ та участі в більшості змагальних видів спорту для безсимптомних осіб із давнім ХКС повинні базуватися на ряді факторів, які включають анамнез клінічної ситуації, стресову реакцію тесту з фізичним навантаженням або функціональну візуалізацію та ехокардіографію (табл. 10).

Осіб із ХКС, які не мають жодних відхилень при максимальному фізичному навантаженні або функціональному візуалізаційному тесті, та осіб, в яких функція ЛШ не порушена, можна вважати особами із низьким ризиком несприятливих подій, спричинених фізичними вправами (табл. 11). Вони можуть займатися усіма змагальними видами спорту в індивідуальному порядку (рис. 2). Деякі обмеження можуть бути щодо високоінтенсивних силових, змішаних видів спорту та вправ на витривалість для пацієнтів старшого віку (>60 років) із ХКС. Це пов'язано з тим, що вік є додатковим сильним провідником несприятливих подій під час фізичних вправ. У пацієнтів із низьким ризиком немає обмежень щодо занять спортом, незалежно від віку.

Особа зі спровокованою ішемією під час функціонального тестування, незважаючи на адекватне лікування, повинні проходити коронарографію; особи з ураженнями високого ризику на коронарній ангіографії повинні пройти реваскуляризацію перед тим, як розглядати програми інтенсивних вправ або змагальних видів спорту.

Таблиця 10. Фактори, що визначають ризик несприятливих подій під час інтенсивних фізичних вправ та занять змагальними видами спорту в безсимптомних осіб із тривалою ішемічною хворобою серця

| |
|---|
| Тип та рівень спортивних компетенцій |
| Рівень фізичної підготовки окремого пацієнта |
| Профіль кардіоваскулярних факторів ризику |
| Наявність міокардіальної ішемії, спричиненої фізичними вправами |
| Викликана фізичним навантаженням аритмія |
| Доведена міокардіальна дисфункція |

Таблиця 11. Характеристики високого ризику виникнення несприятливих серцевих подій, спричинених фізичними вправами, у пацієнтів із атеросклеротичною хворобою коронарних артерій

| |
|--|
| Критичний коронарний стеноз, >70 % у великій коронарній артерії або >50 % у лівому головному стовбурі на коронароангіографії, і/або FFR <0,8 і/або iFR <0,9 |
| Базальна фракція викиду лівого шлуночка <50 % і порушення руху стінки |
| Ішемія міокарда, спровокована максимальним фізичним навантаженням |
| Пароксизмальна тахікардія поліморфна, або часті передчасні шлуночкові скорочення, або дуже часті передчасні скорочення в стані спокою або під час максимального стресу |
| Недавній ГКС + черезшкірні коронарні втручання або хірургічна реваскуляризація (<12 місяців) |

Примітка. FFR – запас фракційного потоку; iFR – миттєвий резерв витрат.

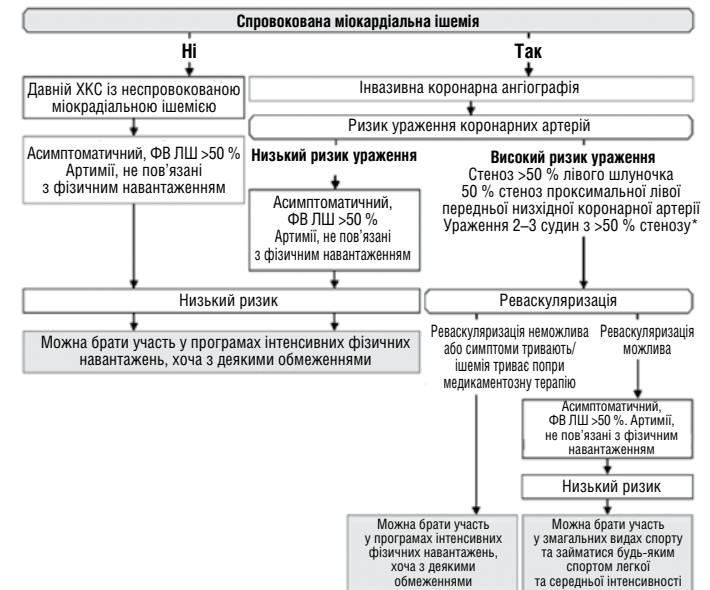


Рис. 2. Клінічна оцінка та рекомендації щодо занять спортом у осіб із встановленою ішемічною хворобою артерій

Примітка. ХКС – хронічний коронарний синдром; ФВ ЛШ – фракція викиду лівого шлуночка. *При задокументованій ішемії або гемодинамічно значущому ураженні, визначеному FFR <0,8 або iFR <0,9.

Особа з коронарними ознаками високого ризику можуть поступово повернутися до спорту через 3–6 місяців після успішної реваскуляризації в очікуванні нормальної реакції на максимальне фізичне навантаження або тесту на функціональну візуалізацію.

Коли ішемія резистентна до лікування, незважаючи на адекватну терапію, включаючи реваскуляризацію, пацієнту слід обме-

жити участь у змагальних видах спорту, за винятком можливих індивідуально рекомендованих спортивних занять із низькою інтенсивністю. Такі особи можуть регулярно займатись простими вправами низької та середньої інтенсивності за умови належної корекції факторів ризику та симптомів і регулярного клінічного спостереження. Ці особи можуть також брати участь у аматорських видах спорту 2–3 рази на тиждень, у деяких випадках, якщо передбачувана активність нижча (приблизно 10 ударів) ішемічного порогу та нижче рівня аритмії.

Рекомендації щодо вправ для людей з давнім хронічним коронарним синдромом

| Рекомендації | Клас | Рівень |
|--|------|--------|
| Стратифікація ризику щодо несприятливих подій, спричинених фізичним навантаженням, рекомендована особам із встановленим (давнім) ХКС перед початком фізичних вправ | I | C |
| Рекомендовані регулярне спостереження і стратифікація ризику в пацієнтів із ХКС | I | B |
| Особам із високим ризиком несприятливих серцево-судинних подій слід керуватися чинними Рекомендаціями з ХКС | I | C |
| Змагальні та довільні види спорту (за деякими винятками, такими як спортсмени старшого віку та види спорту з надзвичайними серцево-судинними вимогами) слід розглядати у людей з низьким ризиком несприятливих подій, спричинених фізичним навантаженням | IIa | C |
| Довільні вправи нижче ішемічного порогу стенокардії можуть розглядатися в осіб з високим ризиком несприятливих явищ, спричинених фізичним навантаженням, в тому числі тих, у кого зберігається ішемія | IIb | C |
| Змагальні види спорту не рекомендовані особам з високим ризиком несприятливих явищ, спричинених фізичним навантаженням, або тим, у кого залишається ішемія, за винятком окремих рекомендованих спортивних навичок | III | C |

3.2.2.5 Реабілітація серця [2]

Серцева реабілітація, яка ґрунтується на використанні фізичних вправ, ефективно зменшує серцево-судинну смертність та госпіталізації, порівняно з відсутністю контролю за фізичним навантаженням у хворих на ІХС, і ця користь зберігається й на сучасному етапі. Більшість пацієнтів, які беруть участь у серцевій реабілітації, отримують направлення після гострого ІМ або після ревааскуляризації, причому 0–24 % цих пацієнтів направляються на реабілітацію у зв'язку з ХКС у 12 європейських країнах. Важливо, що доступ до серцевої реабілітації мають різні діагностичні категорії.

3.2.2.6 Психосоціальні фактори

У пацієнтів із хворобою серця вдвічі вищий ризик розладів настрою та тривожності, порівняно з людьми, які не мають серцевих захворювань. Психосоціальний стрес, депресія та тривожність пов'язані з гіршими наслідками, ускладнюють дотримання терапевтичного режиму та внесення позитивних змін у спосіб життя пацієнтів. Керівні принципи ESC щодо профілактики рекомендують оцінювати фактори психосоціального ризику. Клінічні дослідження показали, що психологічні (наприклад, консультування та/або когнітивна поведінкова терапія) та фармакологічні втручання приводять до зниження депресії, тривожності та стресу, а також мають певні докази зниження рівня серцевої смертності та подій, порівняно з плацебо.

3.2.2.7 Екологічні фактори

Забруднювачі повітря є одним із десяти провідних факторів ризику глобальної смертності. Вплив забруднення повітря збільшує ризик розвитку ІМ, а також госпіталізації та смерті від серцевої недостатності, інсульту та аритмії. Пацієнти із ХСН повинні уникати місць скопчення автотранспорту із сильно забрудненим атмосферним повітрям.

Очисники повітря з високоефективними фільтрами для твердих часток («HEPA») знижують рівень забруднення повітря в приміщенні, ефективним є й носіння респіраторних масок N95. Екологічний шум також збільшує ризик виникнення серцево-судинних захворювань, тому зменшення забруднення повітря та екологічного шуму слід підтримувати, а пацієнтів слід поінформувати про ці ризики.

3.2.2.8 Сексуальна активність

Пацієнти з ХКС часто турбуються про серцево-судинний ризик, пов'язаний із сексуальною активністю та/або відчувають сексуальну дисфункцію. Ризик спровокувати раптову смерть або гострий ІМ при сексуальній активності дуже низький, особливо якщо партнер постійний і середовище звичне, немає стресу або надмірного споживання їжі чи алкоголю напередодні. Хоча статева активність тимчасово збільшує ризик розвитку ІМ, вона є причиною <1 % гострих ІМ та <1–1,7 % раптових смертей при сексуальній активності.

Витрати енергії під час сексуальної активності, як правило, мають інтенсивність від низької до середньої (3–5 метаболічних еквівалентів), а підйом на два прольоти сходинок часто виконувується як еквівалентна активність витраченої енергії. Регулярні фізичні навантаження знижують ризик виникнення несприятливих подій під час сексуальної активності. Сексуальна дисфункція у пацієнтів із ХКС включає зниження лібідо та сексуальної активності, а її поширеність є доволі значною. Сексуальна дисфункція може бути викликана основними судинними станами, психосоціальними факторами, специфічними препаратами, кількістю лікарських препаратів та зміною взаємозв'язків. Тіазидні діуретики та бета-блокатори (крім небівололу) можуть негативно впливати на еректильну функцію, але дослідження, опубліковані з 2011 року, не знайшли послідовного зв'язку між більшістю сучасних серцево-судинних препаратів та еректильною дисфункцією. Інгібітори фосфодіестерази-5 для лікування еректильної дисфункції, як правило, безпечні для пацієнтів із ІХС, проте їх не слід застосовувати тим, хто приймає нітрати.

3.2.2.9 Прихильність та стійкість

Дотримання принципів модифікації способу життя та вживання медикаментів є проблемою. Систематичний огляд епідеміологічних досліджень показав, що значна частина хворих не дотримуються регулярного прийому серцево-судинних препаратів, а 9 % серцево-судинних подій в Європі пояснюється поганою прихильністю пацієнтів до лікування. Чоловіки старшого віку з ішемічною хворобою серця схильні ретельніше дотримуватися рекомендацій щодо прийому ліків, що позитивно асоціюється з кращими клінічними результатами, незалежно від інших станів. Поліпрагмазія негативно впливає на прихильність до лікування, складність схеми прийому лікарських засобів пов'язана з поганим комплаєнсом та підвищен-

ням частоти госпіталізацій. При призначенні лікарських препаратів слід надавати перевагу лікам, користь яких підтверджена найвищим рівнем доказів із найширшою амплітудою користі.

Спрощення режимів прийому ліків може допомогти, існують деякі докази переваг когнітивних освітніх стратегій, електронного моніторингу зворотного зв'язку та підтримки і контролю медичною сестрою. Огляди лікарських засобів, які надаються первинною медичною допомогою, можуть бути корисними для пацієнтів із множинними супутніми захворюваннями, щоб мінімізувати ризик несприятливих взаємодій та спростити схеми прийому ліків.

Сприяння зміні поведінки та дотриманню схем прийому медикаментів має бути частиною кожної клінічної зустрічі в галузі первинної медичної допомоги пацієнту та подальшого спостереження за ним. Слід підкреслювати її важливість, заохочувати пацієнтів при необхідності звертатися за підтримкою та вітати їх досягнення. Багаторічна підтримка (інтенсивна протягом перших 6 місяців, потім кожні 6 місяців впродовж 3 років) у дослідженні GOSPEL (Глобальна стратегія вторинної профілактики для обмеження рецидиву подій після інфаркту міокарда) привела до значного поліпшення факторів ризику та зменшення декількох клінічних показників смертності та захворюваності.

Багатоцентрове дослідження з аналізом способу життя (Multicenter Lifestyle Demonstration Project) показало, що пацієнти з ХКС можуть впроваджувати значні зміни у свій спосіб життя, покращувати свої фактори ризику та фізичну форму і ці стійкі зміни можуть зберігатися протягом наступних 12 місяців.

3.2.2.10 Вакцинація проти грипу

Щорічна вакцинація проти грипу може покращити профілактику гострого ІМ у пацієнтів із ХКС, змінити прогноз серцевої

недостатності та зниження серцево-судинної смертності в дорослих у віці ≥ 65 років. Отже, щорічна вакцинація проти грипу рекомендована пацієнтам із ХКС, особливо літнім.

Рекомендації щодо стилю життя

| Рекомендації | Клас | Рівень |
|--|------|--------|
| Рекомендується покращення способу життя додатково до відповідного фармакологічного управління | I | A |
| Рекомендуються когнітивні поведінкові втручання з метою допомогти людям досягти здорового способу життя | I | A |
| Серцева реабілітація на основі фізичних вправ рекомендується як ефективний засіб для пацієнтів із ХКС для досягнення здорового стану та контролю факторів ризику | I | A |
| Рекомендовано залучення мультидисциплінарної команди медичних працівників (кардіолог, лікар загальної практики, дієтолог, медсестри, фізіотерапевти, фізіологи, фармакологи) | I | A |
| Рекомендовані психологічні втручання з метою поліпшення симптомів депресії у пацієнтів з ХКС | I | B |
| Щорічні щеплення проти грипу рекомендовані пацієнтам з ХКС, особливо людям похилого віку | I | B |

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список використаної літератури

- 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes / The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC); Juhani Knuuti, William Wijns, Antti Saraste [et al.] // European Heart Journal. – 2020. – Vol. 41, Issue 3. – P. 407–477. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz425
- 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease / The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC); Antonio Pelliccia, Sanjay Sharma, Sabiha Gati [et al.] // European Heart Journal. ehaa605. – 2020. – P. 1–80. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa605

Summary

Chronic coronary syndrome: lifestyle management. Selected positions

According to the Recommendations of the European Society of Cardiology (ESC) 2019 on the diagnosis and treatment of chronic coronary syndrome¹ and the ESC Recommendations 2020 on sports cardiology and training in patients with cardiovascular disease: target group on sports cardiology and training of patients with cardiovascular disease ESC²

O. M. Barna, O. O. Pohrebniak, H. D. Kirzhner, A. V. Novytska
O. O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

The article presents selected recommendations of the European Society of Cardiology (ESC) for the diagnosis and treatment of chronic coronary syndrome (2019) and for sports cardiology and training of patients with cardiovascular disease (2020). They include the latest data on the general management of patients with chronic coronary syndrome, which include lifestyle modifications and control of risk factors, including smoking. Also detailed advice on diet and alcohol consumption, maintaining optimal weight, control of environmental and psychosocial factors. Much attention is paid to the principles of expanding physical activity of patients with cardiovascular diseases who engage in sports and physical exercise.

Key words: chronic coronary syndrome, lifestyle modification, risk factors, physical activity

Резюме

Хронический коронарный синдром: управление стилем жизни. Избранные положения

По материалам Рекомендаций Европейского общества кардиологов (ESC) 2019 по диагностике и лечению хронического коронарного синдрома¹ и Рекомендаций ESC 2020 по спортивной кардиологии и тренировкам пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: целевая группа по спортивной кардиологии и тренировкам пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями ESC²

О. Н. Барна, Е. А. Погрєбняк, Г. Д. Киржнер, А. В. Новицкая

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

В статье приведены избранные рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) по диагностике и лечению хронического коронарного синдрома (2019) и по спортивной кардиологии и тренировкам для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2020). Они включают новейшие данные относительно общего ведения пациентов с хроническим коронарным синдромом, к которым относятся модификация образа жизни и контроль факторов риска, в том числе курения. Также детализированы советы относительно диеты и употребления алкоголя, поддержания оптимального веса, контроля экологических и психосоциальных факторов. Большое внимание уделено принципам расширения физической активности пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые занимаются спортом и физическими тренировками.

Ключевые слова: хронический коронарный синдром, модификация образа жизни, факторы риска, физическая активность