

Белялов Фарид Исмагильевич

Сочетанная патология

**Обструкция коронарных
и периферических артерий**

Болезнь периферических артерий



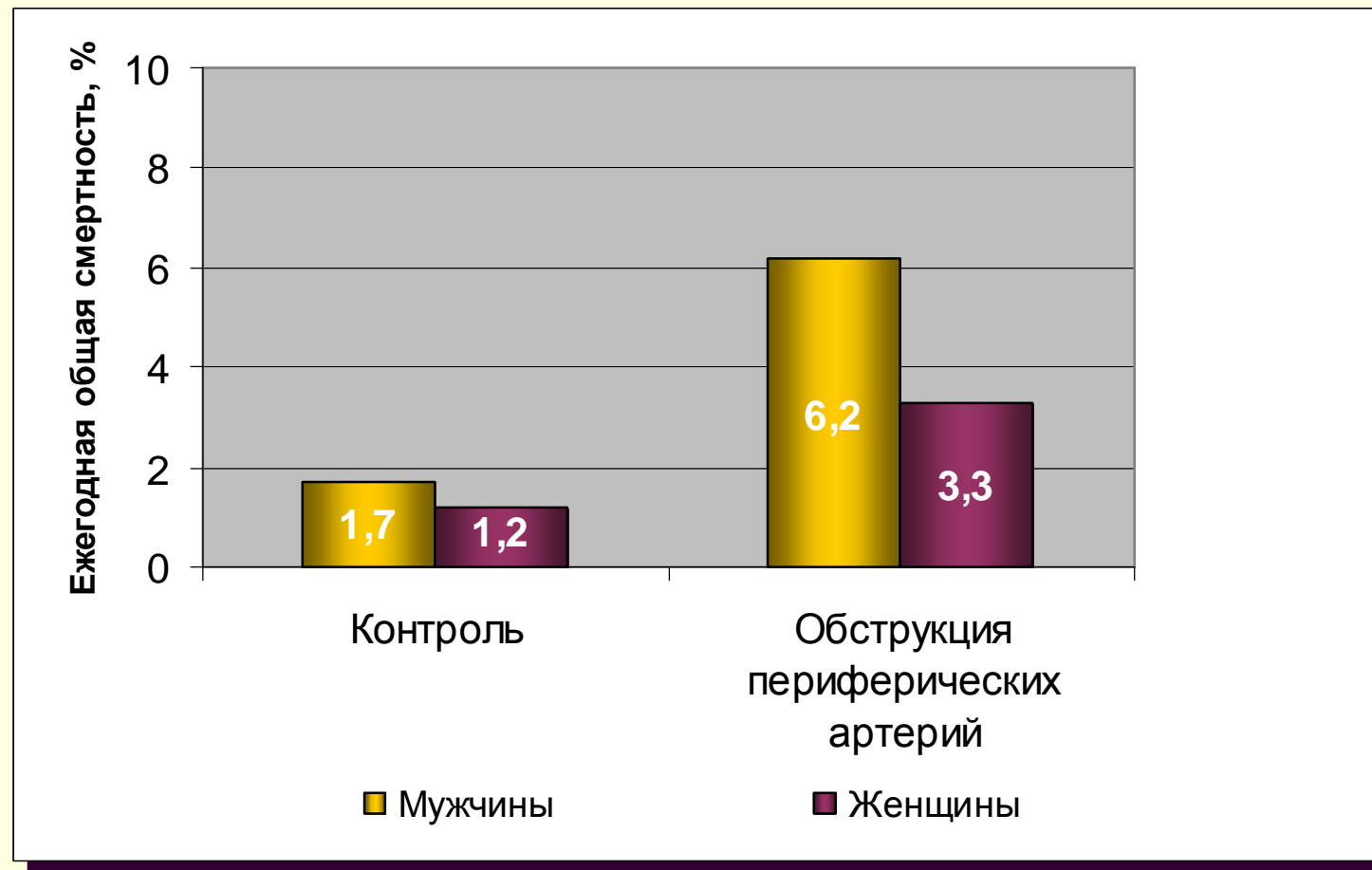
Классификация БПА по Fontain

Стадия I	Асимптомная
Стадия II	Перебегающая хромота
Стадия III	Боли в покое
Стадия IV	Язвы, гангрена

Эпидемиология сочетания ИБС и БПА

- n В **50%** случаев перемежающейся хромоты выявляется ИБС.
- n Сердечно-сосудистая смертность **повышается в 2-3 раза** и обусловлена в основном инфарктом миокарда и мозга.

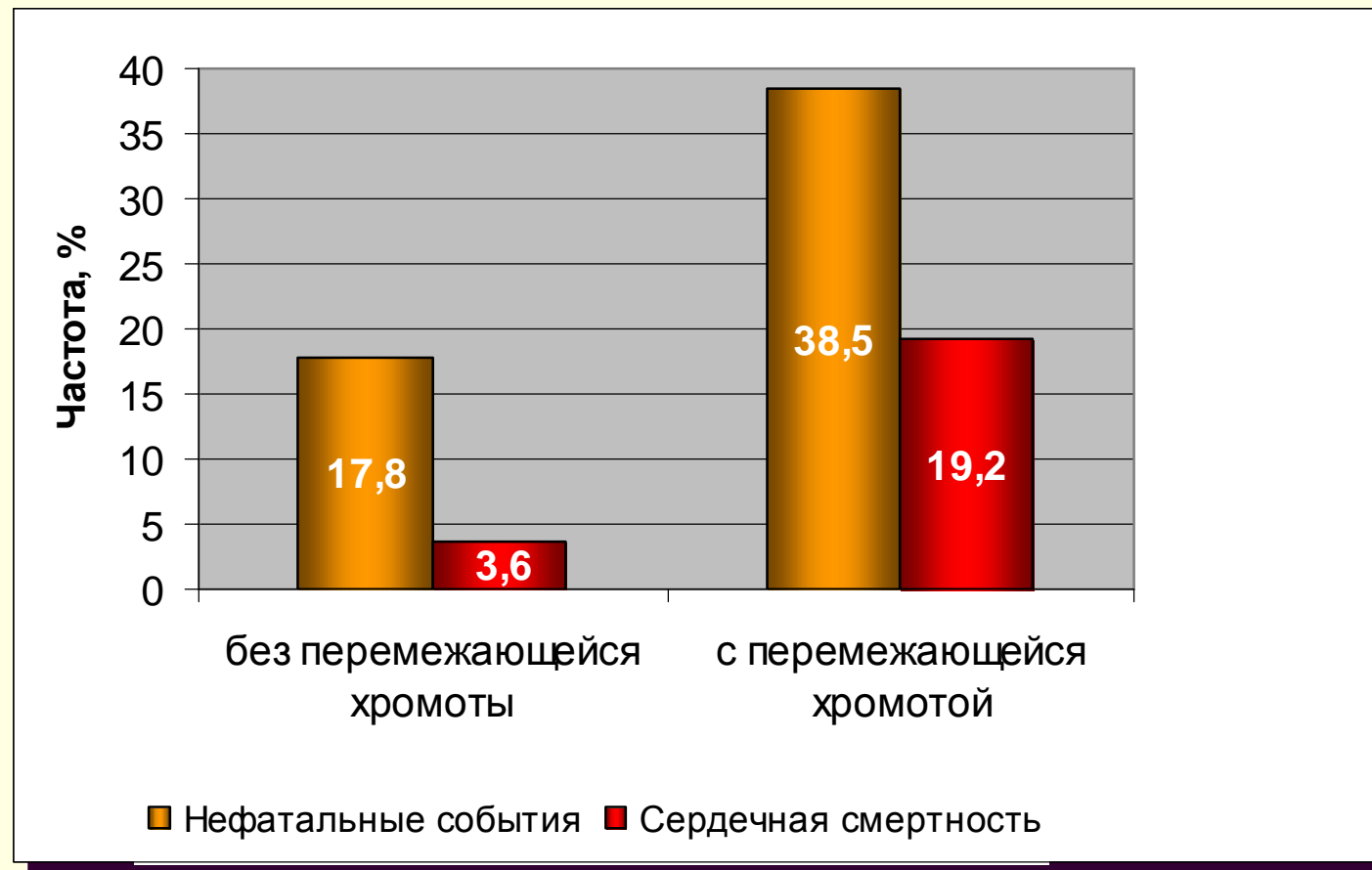
Риск осложнений при БПА



565 пациентов, наблюдение 10 лет

Criqui M.H. et al. N Engl J Med 1992;326:381-6.

Риск осложнений при перемежающейся хромоте



1049 пациентов, наблюдение 2 года

Narins CR et al. Arch Intern Med 2004;164:440-6.

Причины смерти при БПА



Лечение БПА

- п **Коррекция факторов риска** (курение, гипертензия, дислипидемия)
- п **Физические нагрузки**
- п **Вазодилататоры**
- п **Дезагреганты**
- п **Анальгетики**
- п **Хирургическое лечение**

Вазодилататоры

- п **Пентоксифиллин** – не показан при тяжелой стенокардии и инфаркте миокарда.
- п **Альпростадил** – не показан в течение 6 месяцев после инфаркта миокарда.
- п **Цилостазол** – ингибитор ФДЭ, не показан при сердечной недостаточности.

Лечение ИБС

- n Бета-блокаторы**
- n Антагонисты кальция**
- n Нитраты**
- n ИАПФ**
- n Статины**
- n Дезагреганты (аспирин, клопидогрель)**

Дигидропиридиновые антагонисты кальция

- n Не влияют на фиксированный стеноз**
- n Возможен «синдром обкрадывания»**
- n Не изменяют достоверно длительности
безболевого ходьбы**

Статины

При лечении статинами смертность снизилась на 2.2% - нужно пролечить 45 пациентов, чтобы предупредить 1 смерть.

Статины и длительность ходьбы

При лечении 40 мг/сут симвастатином
через 6 мес длительность ходьбы
увеличилась на 90 метров
по сравнению с плацебо ($P < 0.005$).

ИАПФ

Лечение рамиприлом 4.5 года ассоциировалось со снижением на **6% риска инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смерти.**

Нужно пролечить 17 больных для предупреждения 1 события.

Бета-блокаторы. Противопоказания.

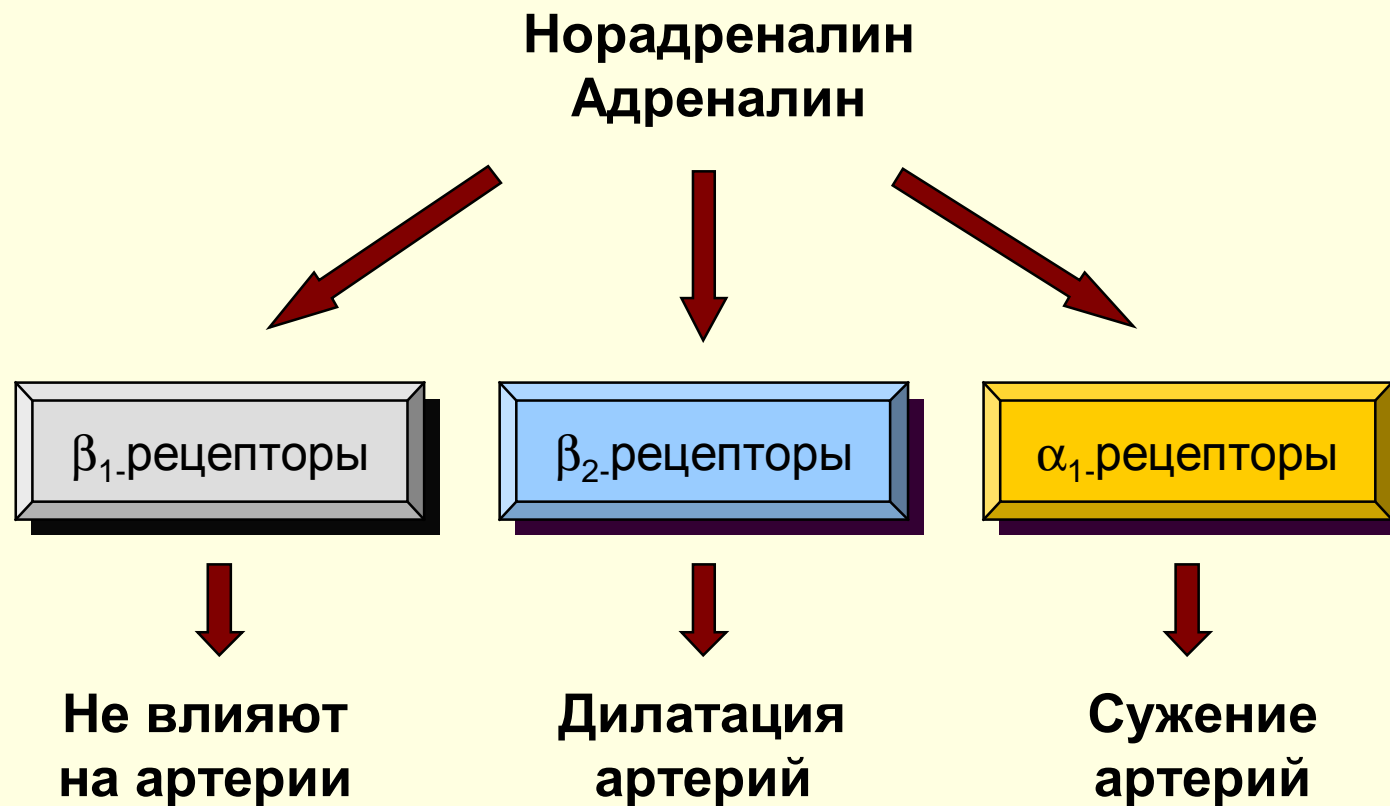
Абсолютные

- § Выраженная брадикардия (АВБ II-III, СССУ)
- § Тяжелая, нестабильная левожелудочковая недостаточность

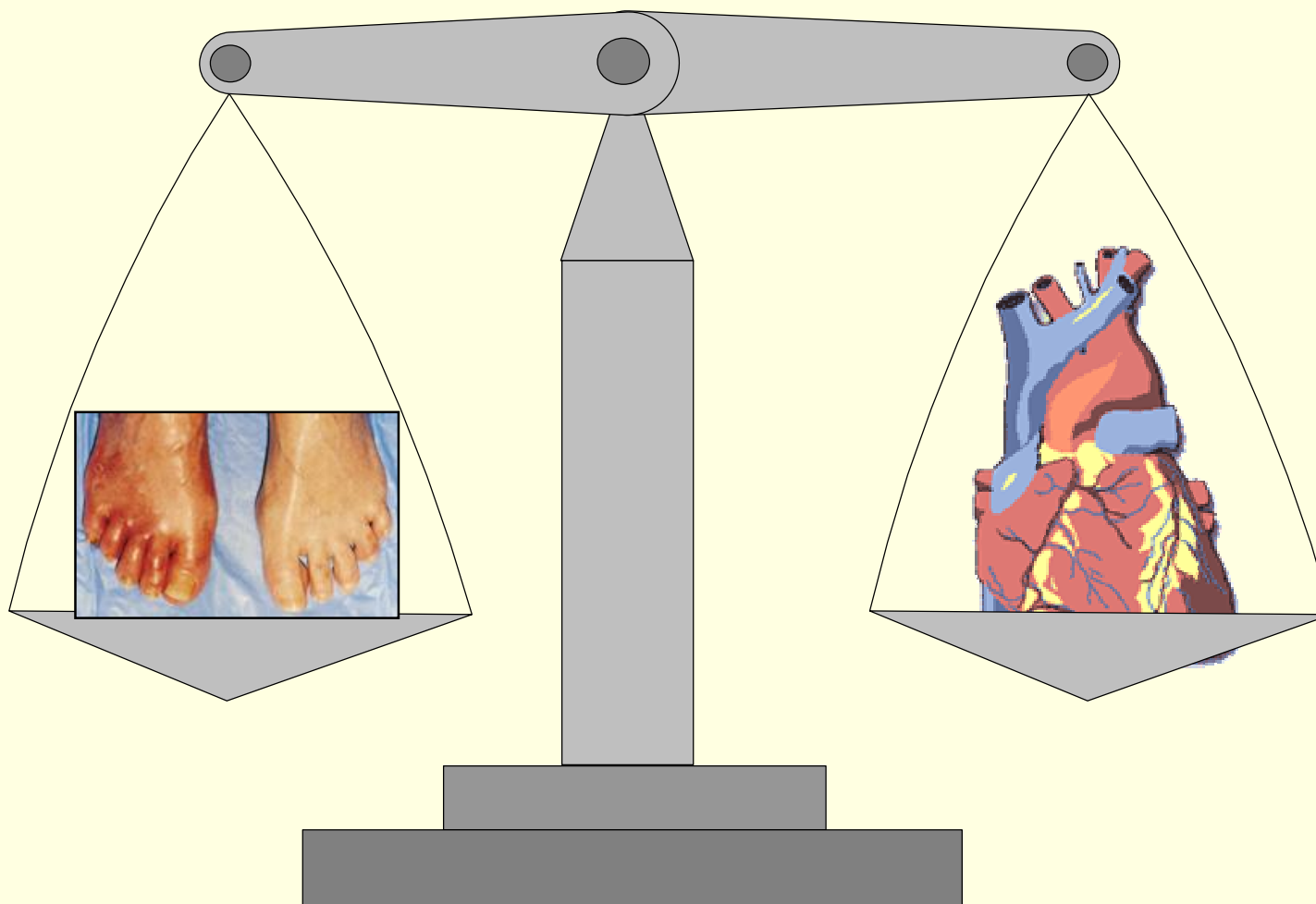
Относительные

- § Бронхообструктивные заболевания
- § Тяжелая депрессия
- § Болезни периферических артерий

Адренергическая регуляция сосудов



Бета-блокаторы. Польза или риск?



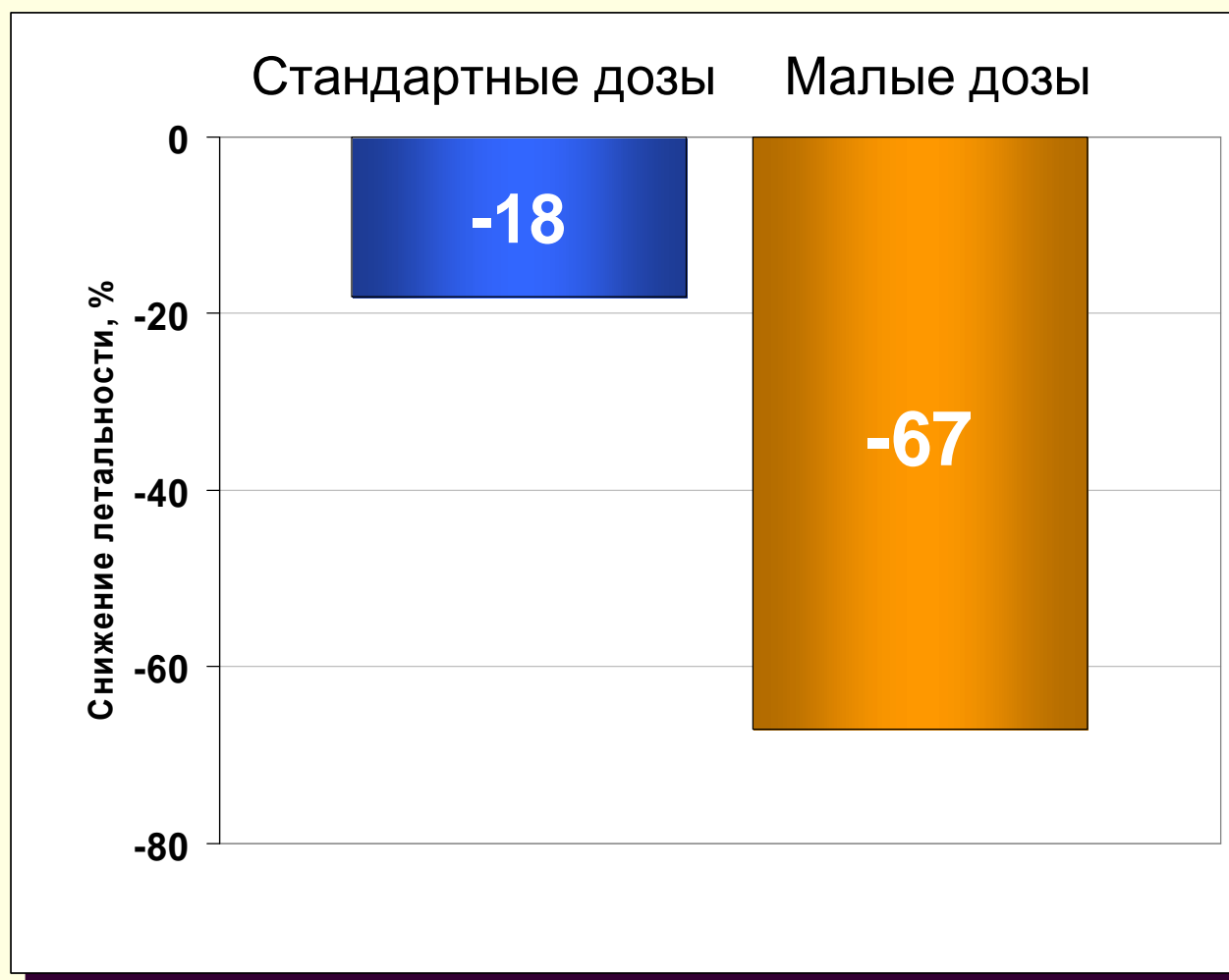
Бета-блокаторы и коронарные события

Применение бета-блокаторов
ассоциировалось со снижением на
53% новых коронарных событий

Снижение побочных эффектов

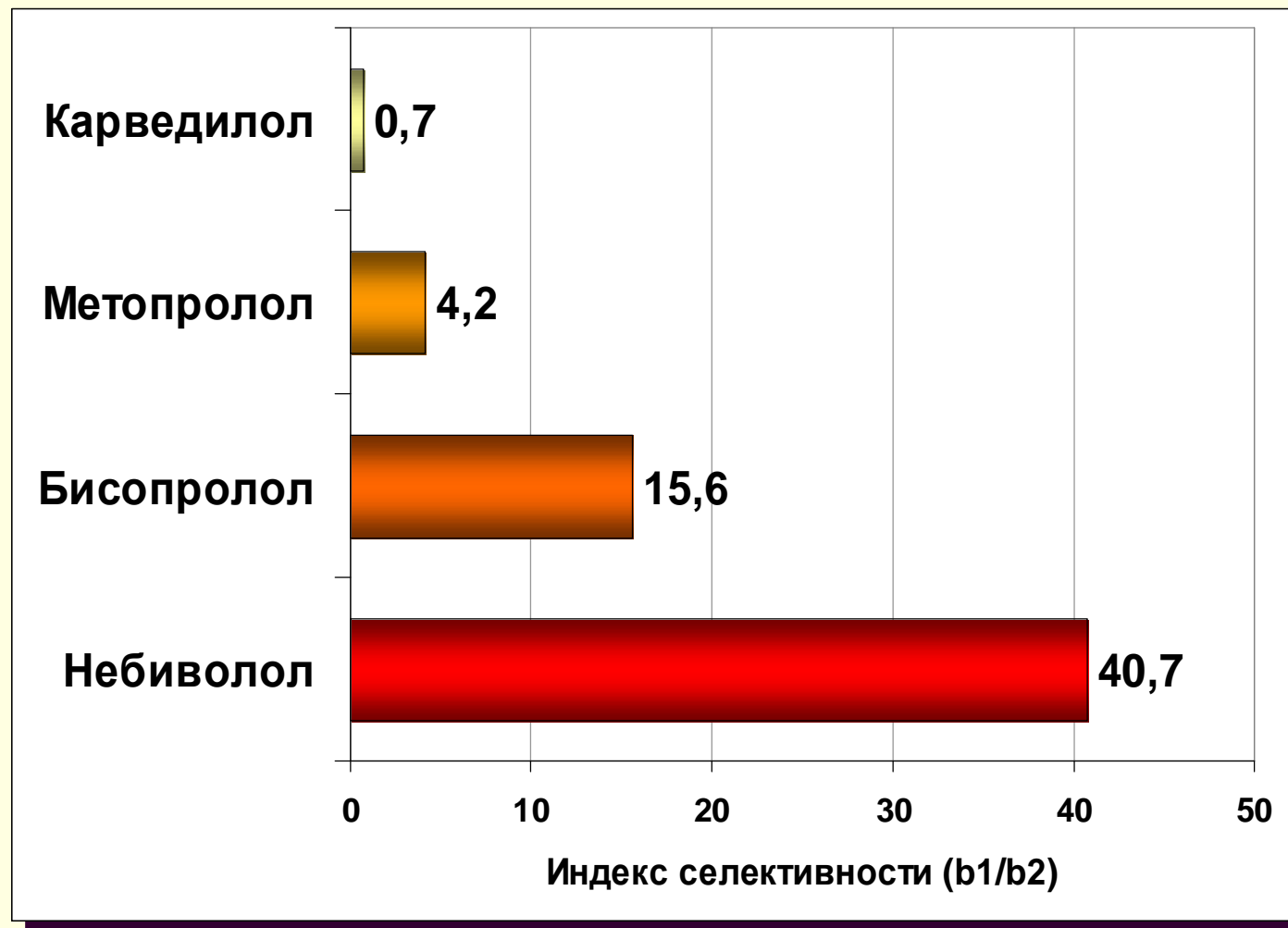
- n Титрование дозы**
- n Малые дозы**
- n Наиболее селективные бета-блокаторы**

Дозы бета-блокаторов и летальность после инфаркта миокарда



Barron HV et al. Arch Intern Med 1998;158:449-53.

Индекс селективности бета-блокаторов



Классификация бета-блокаторов

Нелесективные	Пропранолол Надолол
Бета₁-селективные	Метопролол
Высоко бета₁-селективные	Небивалол Бисопролол

Стенокардия напряжения

«Несколько исследований и мета-анализов показало, что бета-блокаторы снижают смертность и реинфаркты на **20-25% у пациентов, перенесших инфаркт миокарда»**

Перенесенный инфаркт миокарда

«В целом, польза от бета-блокаторов при вторичной профилактике инфаркта миокарда **значительно перевешивает риск** возможных побочных эффектов»

Назначение бета₁-блокаторов при БПА

- n Высокий риск инфаркта миокарда и сердечной летальности**
- n Нет ишемии ног в покое (III-IV стадия)**
- n Информирование пациента**
- n Высокоселективные препараты**
- n Титрование дозы**