

# ОБЩИЙ ПОДХОД ДЛЯ ПЕРВОНАЧАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ И ПОДОЗРЕНИЕМ НА КБС



## БАЗОВОЕ БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА НАЧАЛЬНОМ ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КБС<sup>1</sup>

РЕКОМЕНДАЦИИ	Класс <sup>9</sup>	Уровень <sup>10</sup>
При клиническом подозрении на нестабильность или предположении ОКС рекомендованы повторные измерения уровня тропонина (предпочтение отдается высоко- и сверхчувствительных методам измерения) для исключения повреждения миокарда, связанного с ОКС	I	A
<b>У ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ РЕКОМЕНДУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАЛИЗЫ КРОВИ:</b>		
• Полный анализ крови (включая гемоглобин)	I	B
• Измерение уровня креатинина и оценка почечной функции		A
• Липидный профиль (включая ХС-ЛНП)		A
Рекомендован скрининг для выявления СД 2 типа у пациентов с подозрением и установленным ХКС с помощью определения HbA1c и глюкозы в плазме крови натощак, а также с помощью перорального теста толерантности к глюкозе, если уровни HbA1c и глюкозы в плазме натощак оказались не достаточными	I	B
Оценка функции щитовидной железы рекомендуется в случае наличия клинических признаков, указывающих на нарушения функции щитовидной железы	I	C

HbA1c – гликированный гемоглобин. КБС – коронарная болезнь сердца. МСКТ-коронарография – мультиспиральная компьютерная томография – коронарография. ХС-ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности. МРК – моментальный резерв кровотока. ОКС – острые коронарные синдромы. ПТВ-предтестовая вероятность. СД 2 – сахарный диабет 2-го типа. ФВЛЖ – фракция выброса левого желудочка сердца. ФРК – фракционный резерв кровотока. ХКС – хронический коронарный синдром. ЭКГ – электрокардиограмма.

1. Российский кардиологический журнал. 2020;25(2):3757 <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2020-2-3757>. 2. Если диагноз КБС не подтвержден, до начала лечения может быть разумно использование неинвазивной визуализации ишемии миокарда для постановки диагноза. 3. Можно не проводить у очень молодых и здоровых пациентов с высокой вероятностью экстракардиальной причины болей в грудной клетке, а также у коморбидных пациентов, у которых результат ЭхоКГ не повлияет на дальнейшее ведение пациента. 4. Стресс-ЭКГ используется для оценки симптомов, аритмий, толерантности к физической нагрузке, реакции АД и риска событий у отдельной группы пациентов. 5. Переносимость пациентом физических нагрузок, риски, связанные с индивидуальной непереносимостью различных тестов, и вероятность получения значимого результата диагностического теста; 6. Высокая ПТВ и симптомы, сохраняющиеся на медикаментозном лечении, высокий риск развития событий, основанный на клинической оценке (например, депрессия сегмента ST в сочетании с симптомами при низкой нагрузке или систолической дисфункцией, указывающей на КБС), или неопределенный диагноз при неинвазивном обследовании. 7. Функциональная визуализация ишемии миокарда, если МСКТ-коронарография не доказала однозначно наличие КБС. 8. Включая также стенокардию при отсутствии обструкции коронарных артерий. 9. Класс рекомендаций. 10. Уровень доказательств.

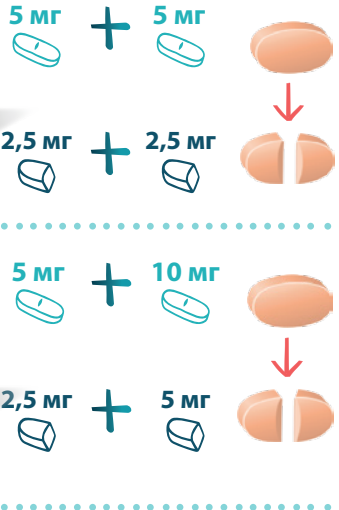
# ПРЕСТИЛОЛ®

## БИСОПРОЛОЛ + ПЕРИНДОПРИЛ



1 таблетка  
для контроля  
АД и ЧСС!<sup>1,2</sup>

### ДЕЛИМЫЕ ТАБЛЕТКИ<sup>1</sup>



### НЕДЕЛИМЫЕ ТАБЛЕТКИ<sup>1</sup>



- Артериальная гипертензия
- Стабильная ишемическая болезнь сердца
- Стабильная хроническая сердечная недостаточность\*

\* со сниженной систолической функцией левого желудочка у взрослых пациентов, которым показана терапия бисопрололом и периндоприлом в соответствующих дозах.

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Престилол®. Регистрационное удостоверение ЛП-004521 от 31.10.2017. 2. Madej A. et al. Int J Clin Pharmacol Ther. 2009; 47 (11): 686-694.

**СОСТАВ:** Престилол в таблетках, покрытых пленочной оболочкой 5 мг/5 мг, 5 мг/10 мг, 10 мг/5 мг, 10 мг/10 мг содержащих, соответственно, бисопролола фумарат (бис) 5 мг/периндоприла аргинина (пер) 5 мг, бис 5 мг/пер 10 мг, бис 10 мг/пер 5 мг, бис 10 мг/пер 10 мг. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:** Лечение артериальной гипертензии и/или стабильной ишемической болезни сердца и/или стабильной хронической сердечной недостаточности со сниженной систолической функцией левого желудочка у взрослых пациентов, которым показана терапия бисопрололом и периндоприлом в соответствующих дозах. **СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ:** Внутрь, по 1 таблетке 1 раз в сутки утром перед приемом пищи. Пациентам, которым показан прием 2,5 мг бисопролола и 2,5 мг периндоприла следует принимать ½ таблетки препарата Престилол® 5 мг+5 мг один раз в день. Пациентам, которым показан прием 2,5 мг бисопролола и 5 мг периндоприла следует принимать ½ таблетки препарата Престилол® 5 мг+10 мг один раз в день. Пациентам с нарушениями функции почек препарат назначается с учетом значений клиренса креатинина. 5 мг+5 мг: СКР≥60 (мл/мин): 1 таблетка; СКР <60 (½ таблетки); СКР <30: не следует принимать. Рекомендуется индивидуальный подбор доз отдельных компонентов. 10 мг+10 мг: не следует принимать. Рекомендуется индивидуальный подбор доз отдельных компонентов. Пациентам с нарушениями функции печени: коррекция дозы не требуется. **Пожилые пациенты:** Препарат следует назначать в соответствии с рекомендациями для пациентов с нарушениями функции почек. Дети и подростки: эффективность и безопасность не установлены. Применение не рекомендовано. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Гиперчувствительность к бисопрололу, периндоприлу, другим ингибиторам АПФ или вспомогательным веществам, входящим в состав препарата; острая сердечная недостаточность или эпизоды декомпенсации сердечной недостаточности, когда требуется внутривенное введение инотропных препаратов; кардиогенный шок; атриовентрикулярная блокада второй или третьей степени (без электрокардиостимулятора); синдром слабости синусового узла; синотриальная блокада; выраженная брадикардия; ЧСС менее 60 уд./мин; тяжелая артериальная гипотензия (систолическое артериальное давление менее 100 мм рт.ст.); коллапс; кардиомиопатия (без признаков сердечной недостаточности); тяжелая бронхиальная астма или тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких; выраженные нарушения периферического артериального кровообращения или тяжелые формы синдрома Рейно; нелеченная феохромоцитома (см. раздел «Особые указания»); метаболический ацидоз; ангионевротический отек (отек Квинке) на фоне приема других ингибиторов АПФ в анамнезе (см. раздел «Особые указания»); наследственная или идиопатическая ангионевротический отек; беременность и период грудного вскармливания (см. разделы «Особые указания» и «Применение при беременности и в период грудного вскармливания»); возраст до 18 лет; одновременный прием с препаратами, содержащими алискирен, у пациентов с сахарным диабетом или нарушением функции почек (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²) (см. разделы «Фармакодинамика» и «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); одновременное применение с антагонистами рецепторов ангиотензина II (АРА II) у пациентов с диабетической нефропатией (см. раздел «Особые указания»); одновременное применение с комбинацией сакубитрил+валсартан (см. также разделы «Особые указания», «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); экстракорпоральная терапия, приводящая к контакту крови с отрицательно заряженными поверхностями (см. также раздел «Взаимодействие с другими лекарственными препаратами»); выраженный двусторонний стеноз почечных артерий или стеноз артерии единственной функционирующей почки (см. также раздел «Особые указания»). **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ:** Артериальная гипотензия: пациенты с повышенным риском развития симптоматической артериальной гипотензии и коррекции дозы должны находиться под тщательным медицинским наблюдением. Риск чрезмерного снижения АД повышен у пациентов со сниженным объемом циркулирующей крови, тяжелой степенью артериальной гипертензии с высокой активностью ренина, с симптоматической сердечной недостаточностью, как с начальным, так и без почечной недостаточности, с ишемической болезнью сердца или цереброваскулярным заболеванием. Преходящая артериальная гипотензия не является противопоказанием для продолжения терапии, прием препарата может быть продолжен после восполнения объема циркулирующей крови и повышения артериального давления. Гиперчувствительность/ангионевротический отек/ангионевротический отек кишечника: немедленно прекратить лечение. Пациент должен наблюдаться до тех пор, пока признаки отека не исчезнут полностью. Терапия бета-адреноблокаторами должна быть продолжена. Ангионевротический отек, сопровождающийся отеком гортани, может привести к летальному исходу. У пациентов, одновременно принимающих ингибиторы АПФ (например, сиропилум, эверолиум, темсипролол), повышается риск развития ангионевротического отека. Комбинация сакубитрил+валсартан: в связи с повышенным риском развития ангионевротического отека противопоказано совместное применение периндоприла с комбинацией сакубитрил+валсартан. Применение комбинации сакубитрил+валсартан возможно не раньше, чем через 36 часов после приема последней дозы периндоприла. Применение периндоприла возможно не раньше, чем через 36 часов после приема комбинации сакубитрил+валсартан. При совместном применении ингибиторов АПФ с другими ингибиторами энкефалиназы (например, ракедориллом) может быть повышен риск развития ангионевротического отека. Печеночная недостаточность: в редких случаях на фоне приема ингибиторов АПФ наблюдается синдром развития холестатической желтухи с преобладанием в фульминантной некрозе печени, иногда летальным исходом. Пациенты, принимающие ингибиторы АПФ, у которых развилась желтуха или значимое повышение активности ферментов печени, должны прекратить прием ингибитора АПФ и получить соответствующее медицинское наблюдение. Этические различия у пациентов негроидной расы периндоприл может быть менее эффективным в снижении артериального давления и чаще вызывать ангионевротический отек, чем у представителей других рас. Упорный сухой кашель. Гиперкалиемия: регулярный контроль содержания калия в сыворотке крови у пациентов с почечной недостаточностью, ухудшением функции почек, возрастом старше 70 лет, сахарным диабетом, неконтролируемыми сопутствующими состояниями (дегидратация, острая декомпенсация сердечной деятельности, метаболический ацидоз) и сопутствующим использованием калийсберегающих диуретиков, препаратов калия или калий-содержащих заменителей пищевой соли/пищевых добавок, других препаратов, способствующих повышению уровня калия в сыворотке крови. Совместное применение с препаратами лития, калийсберегающими диуретиками, препаратами калия, калийсодержащими заменителями пищевой соли и пищевыми добавками, блокаторами «медленно» кальциевых каналов, антиаритмическими средствами I класса и гипотензивными средствами центрального действия: не рекомендуется. Двойная блокада ренин-ангиотензиновой системы (РААС): совместное применение ингибиторов АПФ, блокаторов рецепторов ангиотензина II или алискирена повышает риск артериальной гипотензии, гиперкалиемии и нарушения функции почек (включая острую почечную недостаточность). Таким образом, двойная блокада РААС не рекомендуется. Не следует применять ингибиторы АПФ в сочетании с блокаторами рецепторов ангиотензина II у пациентов с диабетической нефропатией. Отмена препарата: следует избегать резкого прекращения лечения бета-адреноблокаторами. Дозу следует снижать постепенно, используя отдельные компоненты, предпочтительно в течение 2 недель. Брадикардия: если во время лечения частота сердечных сокращений в состоянии покоя снижается до 50-55 ударов в минуту и менее и у пациента появляются симптомы, связанные с брадикардией, доза препарата Престилол® должна быть снижена, используя отдельные компоненты с приемлемой дозой бисопролола. Атриовентрикулярная блокада первой степени/Митральный стеноз/аортальный стеноз/гипертрофическая кардиомиопатия/строго дилатационная дилатация: применять с осторожностью. Стенокардия Принципала: бета-адреноблокаторы могут увеличивать частоту и продолжительность эпизодов стенокардии. Нарушение функции почек: ежедневная доза препарата подбирается в зависимости от клиренса креатинина. Контроль концентрации калия и креатинина в крови. У пациентов с двусторонним стенозом почечных артерий или стенозом артерии единственной почки, которые получили терапию ингибиторами АПФ, наблюдалось повышение уровня мочевины и креатинина в сыворотке крови. Дополнительное наличие реноваскулярной гипертензии обуславливает повышенный риск развития тяжелой артериальной гипотензии и почечной недостаточности. Реноваскулярная гипертензия у пациентов с двусторонним стенозом почечных артерий или стенозом артерии единственной функционирующей почки на фоне терапии ингибиторами АПФ возрастает риск развития артериальной гипотензии и почечной недостаточности. Премещение диуретиков может быть дополнительным фактором риска. Ухудшение функции почек может наблюдаться уже при незначительном изменении концентрации креатинина в сыворотке крови, даже у пациентов с односторонним стенозом почечных артерий. Трансплантационный период: Опыт лечения периндоприлом артериальное отсутствует. Сердечная недостаточность у пациентов с сердечным-зависимым сахарным диабетом (I типа), тяжелыми нарушениями функции почек, тяжелыми нарушениями функции печени, рестриктивной кардиомиопатией, врожденными пороками сердца, гемодинамически значимыми органическими поражениями клапанов сердца, инфарктом миокарда, перенесенным в последние 3 месяца: опыт применения бисопролола отсутствует. Анафилактические реакции: наблюдались у пациентов, проходящих гемодиализ с использованием высокопоточных мембран; при проведении процедуры афереза ЛПНП с использованием декстран сульфата редко наблюдалось развитие угрожающих жизни анафилактических реакций, которые удавалось предотвратить путем временной отмены терапии ингибитором АПФ перед каждой процедурой афереза; у пациентов, получающих ингибиторы АПФ во время десенсибилизующей терапии (например, адом перепончаточных носовых) наблюдались анафилактические реакции, их удавалось предотвратить путем временной отмены ингибитора АПФ, но при случайном возобновлении лечения они могли развиться вновь. Нейтропения/агранулоцитоз/тромбоцитопения/анемия: с особой осторожностью применять у пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, получающих иммунодепрессанты, аллопуринол или прокаинамид. При назначении периндоприла таким пациентам рекомендуется проводить периодический контроль содержания лейкоцитов в крови. Бронхоастма (бронхиальная астма, обструктивное заболевание дыхательных путей): следует проводить сопутствующее лечение бронходилататорами. Анестезия: если перед операцией необходимо отменить терапию бета-адреноблокатором, это следует делать постепенно и завершить отмену примерно за 48 часов до анестезии. Лечение периндоприлом следует прекратить за сутки до операции. Посораз: можно назначать только после тщательной оценки соотношения пользы и риска. Феохромоцитома: бисопролол всегда следует назначать только в комбинации с блокатором альфа-адренорецепторов. Гипертиреозидизм: симптомы могут маскироваться на фоне лечения бисопрололом. Окклюзионное заболевание периферических артерий: может отмечаться ухудшение симптомов, особенно на начальных этапах лечения. Депрессия: рекомендуется прекратить терапию препаратом Престилол® при развитии депрессии. Первичный гиперальдостеронизм: пациенты с первичным гиперальдостеронизмом, как правило, не восприимчивы к антигипертензивным препаратам, действие которых основано на ингибировании РААС. Таким образом, применение данного лекарственного препарата у таких пациентов не рекомендуется. Беременность: лечение ингибиторами АПФ следует немедленно прекратить и, если необходимо, назначить альтернативную гипотензивную терапию. Содержание натрия: менее 1 ммоль натрия (23 мг) на одну таблетку. **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ:** Одновременный прием противопоказан с алискиреном, у пациентов с сахарным диабетом или нарушениями функции почек: экстракорпоральные методы лечения: с комбинацией сакубитрил + валсартан. Одновременный прием не рекомендован: гипотензивные средства центрального действия, такие как клонидин и другие (например, метилдопа, моксонидин, рилменидин); антиаритмические средства I класса (например, хинидин, дизопирамид, лидокаин, фенитон, флекаинид, пропафенон); блокаторы «медленно» кальциевых каналов (ВМКК) (верапамил и, в меньшей степени, дилтиазем); алискирен; одновременное лечение ингибиторами АПФ и АРА II; эстрамустином; ко-тримоксазол ( trimetoprim-сульфаметоксазол); калийсберегающие диуретики (например, триамтерен, амilorид); соли калия; препараты лития. Одновременный прием требует особой осторожности: гипотензивные средства (инсулины, пероральные гипогликемические средства); нестероидные противовоспалительные лекарственные препараты (НПВП) (включая ацетилсалициловую кислоту в дозах > 3 г/сутки); гипотензивные и сосудорасширяющие средства; трициклические антидепрессанты; антикоагулянтные средства; средства для общей анестезии; симпатомиметики; БМКК дилгидропиридинового ряда, такие как фелодипин и аллопринол; антиаритмические средства II класса (например, амиодарон); парасимпатомиметики; бета-адреноблокаторы местного действия (например, глазные капли, назальные капли, предназначенные для лечения глаукомы); препараты наркотических; бифеноксид; калийсберегающие диуретики; калийсберегающие диуретики (сперонекс, сиропилонекс); ракедорилл; mTOR ингибиторы (например, сиропилум, эверолиум, темсипролол). Сочетание лекарственных средств, требующие внимания: мепролол; ингибиторы моноаминоксидазы (за исключением ингибиторов MAO типа B); глиптины (линалигитин, саккабитин, салиплатин, вилдаглиптин); препараты золота. **ПРИМЕНЕНИЕ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ:** Противопоказан. **ФЕРТИЛЬНОСТЬ:** ВЛИЯНИЕ НА СПОСОБНОСТЬ УПРАВЛЯТЬ АВТОМОБИЛЕМ И ВЫПОЛНЯТЬ РАБОТУ, ТРЕБУЮЩУЮ ПОВЫШЕННОЙ СКОРОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ: У некоторых пациентов могут развиваться индивидуальные реакции, связанные с низким артериальным давлением. В результате этого способность к управлению транспортным средством и работе с механизмами может быть снижена. **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Очень часто: брадикардия. Часто: головная боль, головокружение, вертиго, диспепсия, парестезия, нарушение зрения, шум в ушах, ухудшение течения сердечной недостаточности, снижение АД и эффе́кты, связанные с этим, ощущение холода/похолодания или онемения конечностей, кашель, одышка, боль в животе, запор, диарея, тошнота, рвота, диспепсия, конъюнктивит, конъюнктивная сухость, повышенная утомляемость, астения. Нечасто: эозинофилия, гипотония, гиперкалиемия, обратная после отмены препарата, гипонатриемия, нарушение настроения, нарушение сна, депрессия, сонливость, обмороч, ощущение сердцебиения, тахикардия, нарушение AV проводимости, ортостатическая гипотензия, васкулит, бронхоастма, сухость слизистой оболочки полости рта, ангионевротический отек/лициция, конъюнктивит, глоссит, сухость слизистой оболочки языка, головные боли, ощущение сердцебиения, тахикардия, реакция фоточувствительности, лемфитид, гипертрофия мышечная слабость, артралгия, миалгия, нарушение функции почек, эректильная дисфункция, боль в груди, недомогание, периферическая отечность, гипертермия, повышение концентрации мочевины и креатинина в крови, падение зрения. Редко: ринит, ночные кошмары, галлюцинации, сниженное слезоотделение (уменьшить у пациентов, использующих контактные линзы), нарушение слуха, цитопенический или холестатический гепатит, реакция гиперчувствительности (зуд, покраснение, сыпь), ухудшение течения псориаза, нарушение потенции, повышение концентрации билирубина, повышение активности «печеночных» трансаминаз, повышение концентрации билирубина в крови, повышение концентрации триглицеридов. Очень редко: агранулоцитоз, панцитопения, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, гемолитическая анемия у пациентов с врожденным дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, снижение гемоглобина и гематокрита, спутанность сознания, конъюнктивит, аритмия, стенокардия, инфаркт миокарда и инсульт (возможно, вследствие избыточного снижения АД у пациентов из группы высокого риска), эозинофильная пневмония, панкреатит, многоформная эритема, аллергия, бета-адреноблокаторы могут вызывать или усугублять течение псориаза либо могут вызывать появление псориазоподобной сыпи, острая почечная недостаточность. Частота нежелательных синдромов Рейно. Синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона по частоте возникновения относится к очень редким, но возможным осложнениям, обусловленным терапией ингибиторами АПФ, включая периндоприл. **ПЕРЕДОЗИРОВКА:** **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ:** Бисопролол представляет собой высокоселективный блокатор бета-адренорецепторов, не обладающий стимулирующим и соответствующим мембраностабилизирующим действием. Периндоприл - ингибитор фермента, превращающего ангиотензин I в ангиотензин II (ингибитор АПФ). **ФОРМА ВЫПУСКА:** Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг + 5 мг, 5 мг + 10 мг, 10 мг + 5 мг, 10 мг + 10 мг, 10 мг + 10 мг, 30 x 10 (флакон + дозатор) / (пачка картонная). Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 5 мг + 5 мг, 5 мг + 10 мг, 10 мг + 5 мг, 10 мг + 10 мг, 30 x 10 (пачка картонная) / (для стационаров).

\* Для получения полной информации, пожалуйста, обратитесь к инструкции по медицинскому применению лекарственного препарата.

Материал предназначен для специалистов здравоохранения.

Представительство АО «Лаборатории Сервье» (Франция), 125196, г. Москва, ул. Лесная, д. 7, этаж 7/8/9. Тел.: (495) 937-0700, факс: (495) 937-0701, www.servier.ru

