

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ

Проф. О. М. КОРЖ

*Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна*

**Розглянуто сучасні аспекти вирішення проблеми хронічної ішемічної хвороби серця, зокрема стенокардії. Зазначено, що нині є можливості не тільки застосування терапії з доведеною ефективністю, спрямованою на зниження ризику ускладнень, але й медикаментозного лікування стенокардії (ішемії), яка покращує якість життя пацієнта.**

*Ключові слова: ішемічна хвороба серця, стенокардія, сімейний лікар, прогноз, медикаментозна терапія.*

Серед серцево-судинних захворювань, пов'язаних з атеросклерозом, хронічна ішемічна хвороба серця (ІХС), зокрема стенокардія, є найпоширенішою формою. ІХС являє собою ураження міокарда, що розвивається в результаті порушення рівноваги між коронарним кровообігом і метаболічними потребами серцевого м'яза [1, 2].

ІХС може перебігати у гострій і хронічній формах. До гострої належать раптова коронарна смерть, гострий інфаркт міокарда (ІМ), нестабільна стенокардія, стенокардія Принцметала (варіантна, вазоспастична); до хронічної — стенокардія напруги (I–IV функціональних класів — ФК) і спокою, мікросудинна стенокардія, постінфарктний кардіосклероз із розвитком порушень ритму і провідності, а також серцевої недостатності (ХСН), аневризми серця.

Хронічна стабільна стенокардія характеризується передбачуваністю і відтворюваністю, виявляється болем у ділянці грудини тривалістю 2–5 хв із можливою іррадіацією у ліву руку, ліве плече, спину або нижню щелепу, рідше — в епігастральну ділянку. Біль і дискомфорт спричиняються ішемією міокарда, пов'язаною із фізичним або емоційним стресом, вони найчастіше знімаються припиненням навантаження або сублінгвальним прийомом нітрогліцерину чи пероральним — нітратів [3, 4]. Наявність симптомів стенокардії частіше свідчить про виражене звуження однієї або кількох коронарних артерій, але трапляється також і при необструктивному ураженні артерій і навіть при нормальних коронарних артеріях. Факторами функціонального ураження коронарних артерій є спазм, тимчасова агрегація тромбоцитів і внутрішньосудинний тромбоз.

Стенокардія часто буває першим клінічним проявом ІХС у жінок, ІМ — у чоловіків. Для цього захворювання характерний за грудиною біль із такими клінічними ознаками:

- характер болю: стискаючий, пекучий;
- локалізація: за грудиною або лівіше від неї;
- іррадіація: частіше — у ліву руку, плече, лопатку, у ділянку горла, у праву руку, ногу, ще-

лепу; рідше — в епігастральну ділянку і нижню щелепу справа;

- провокуючі фактори: фізичне або психо-емоційне навантаження, вихід на холод, вітер, їжа, куріння, високий артеріальний тиск (АТ);

- тривалість: від 30 с до 20 хв;

- купірування болю: припинення навантаження, відпочинок;

- реакція на прийом нітрогліцерину: позитивна (припинення болю через 0,5–3,0 хв, рідше — до 20 хв).

При встановленні діагнозу стабільної ІХС визначають ФК відповідно до класифікації Канадської асоціації кардіологів (табл. 1).

*Компоненти клінічного діагнозу:*

1) нозологія — наявність хронічної ІХС;

2) форма стенокардії (відповідно до класифікації — стабільна, нестабільна, спонтанна і т. д.);

3) визначення інших видів ІХС, станів після реваскуляризації міокарда (із зазначенням року) (вказується за наявності);

4) порушення серцевого ритму (вказується за наявності);

5) ступінь тяжкості стабільної стенокардії напруги (виражається у ФК);

6) ХСН із зазначенням стадії і ФК.

### *Критерії ранньої діагностики*

З огляду на високі показники рівня смертності й захворюваності через ІХС у всьому світі одним із пріоритетних завдань практичної охорони здоров'я є первинна та вторинна профілактика захворювань, зумовлених атеросклерозом. Рання діагностика стенокардії є складним завданням, що пояснюється наявністю таких чинників: велика поширеність субклінічного атеросклерозу, найбільш небезпечний стан для розвитку гострої коронарної катастрофи, клінічний дебют ішемії нерідко виявляється гострим ІМ, ряд хворих мають безболівову форму хронічної ішемії міокарда, що істотно ускладнює діагностичний пошук [5, 6].

Таким чином, на першому плані вирішення поставленого завдання — виявлення та рання корекція чинників серцево-судинного ризику. Тільки

Таблиця 1

**Тяжкість стабільної стенокардії напруги  
(відповідно до класифікації функціональних  
класів Канадської асоціації кардіологів)**

ФК	Ознаки
I	<i>Звичайна повсякденна фізична активність (ходьба або підйом сходами) не спричиняє стенокардії. Біль виникає тільки при виконанні дуже інтенсивного, або дуже швидкого, або тривалого фізичного навантаження</i>
II	<i>Невелике обмеження звичайної фізичної активності, що означає виникнення стенокардії при швидкій ходьбі або підйомі сходами, після їжі або на холоді, або при емоційному перенапруженні, або в перші кілька годин після пробудження; під час ходьби на відстань понад 200 м (два квартали) рівною місцевістю або під час підйому сходами на понад один проліт у звичайному темпі при нормальних умовах</i>
III	<i>Значне обмеження будь-якої фізичної активності як результат стенокардії, що виникає у результаті спокійної ходьби на відстань від одного до двох кварталів (100–200 м) рівною місцевістю або при підйомі на один проліт у звичайному темпі за нормальних умов</i>
IV	<i>Неможливість виконання будь-якого фізичного навантаження без появи неприємних відчуттів або виникнення стенокардії у спокої</i>

www.imj.kh.ua

нівелювання наявних факторів ризику на ранній стадії розвитку атеросклеротичного процесу дасть змогу істотно покращити прогноз, уповільнивши прогресування хвороби [7].

Слід віділити когорту пацієнтів, які потребують активного виявлення маркерів ішемії міокарда без клінічних проявів стенокардії. До цієї категорії належать особи з цукровим діабетом, літні, а також пацієнти, що мають кілька факторів серцево-судинного ризику. Успішне визначення маркерів ішемії міокарда і своєчасна корекція факторів ризику істотно знижують захворюваність і смертність через ІХС [8]. Тому сімейні лікарі відіграють велику роль у реалізації пріоритетного напрямку сучасної медицини — своєчасної профілактики соціально значущих хронічних неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних.

В умовах високої медико-соціальної значущості ІХС важливо пам'ятати, що значна частина епізодів ішемії міокарда може проходити без симптомів стенокардії або її еквівалентів, аж до розвитку безболівого ІМ. Безболівову ішемію міокарда зазвичай діагностують під час проб із фізичним навантаженням або при добовому моніторингу в ЕКГ, а також при планових реєстраціях ЕКГ. Це предиктор несприятливого перебігу і наслідків захворювання. Шкідлива дія епізодів ішемії на міокард визначається не наявністю болю, а ви-

раженістю і тривалістю порушення його перфузії [10, 11]. Слід звернути увагу на те, що клінічні варіанти стенокардії (стабільна, вазоспастична, безболіова) можуть траплятися як окремо, так і в поєднанні будь-яких її форм.

Для поліпшення серцево-судинного прогнозу кожного пацієнта і оптимізації тактики лікування вкрай важливо визначити загальну кількість нападів за добу. Це можливо тільки після проведення комплексу діагностичних заходів, спрямованих на встановлення та реєстрацію епізодів ішемії міокарда.

Правильно виконане опитування пацієнта дає змогу з високою ймовірністю встановити діагноз стенокардії. Серед отриманих анамнестичних даних основне значення мають тривалість і характер болю, задишки або аритмії, зв'язок їх із фізичним навантаженням, а також той його обсяг, який пацієнт може витримати без виникнення нападу, ефективність різних лікарських засобів при нападі (зокрема нітроглицерину). Важливо з'ясувати наявність факторів ризику.

Об'єктивних симптомів, характерних для ІХС, немає. Однак фізикальне обстеження дає змогу встановити низку маркерів, які вказують на наявність атеросклеротичного процесу або ознак хронічної ішемії міокарда:

1) ознаки порушення ліпідного обміну: ксантоми, ксентелазми, крайове помутніння рогівки ока («стареча», або «сенільна», дуга), стенозуюче ураження магістральних артерій (сонних, підключичних, периферичних артерій нижніх кінцівок та ін.);

2) патологічна пульсація у прекардіальній ділянці;

3) можливим є виявлення постійного систолічного шуму на верхівці серця або відразу після фізичного навантаження — свідоцтво ішемії у ділянці сосочкових м'язів.

**Принципи терапії стабільної стенокардії напруги в амбулаторних умовах**

Перед початком лікування у хворого з хронічною ІХС необхідно провести стратифікацію серцево-судинного ризику для того, щоб оцінити прогноз і вибрати адекватну стратегію терапії. Перш за все необхідно виявити осіб, які належать до групи високого ризику і яким необхідне більш агресивне лікування. Критерієм високого ризику вважається серцево-судинна смертність > 2% на рік, середнього — від 1 до 2%, низького — < 1%.

На теперішній час ще не розроблено оптимальну модель оцінки ризику, тому можна використати альтернативний підхід, заснований на результатах клінічних досліджень. Стратифікація ризику ґрунтується на клінічній оцінці (вираженість симптомів і дані огляду), результатах тестування, оцінці функції лівого шлуночка і в окремих випадках — на поширеності коронарного атеросклерозу, що показує коронарна ангіографія. Інвазивна стратегія призначається хворим із високим ризиком ускладнень або тим, хто погано

піддається медикаментозному контролю. Фармакотерапія є розумною альтернативою інвазивного підходу в лікуванні більшості пацієнтів зі стабільною стенокардією [1, 2, 12].

*Модифікація факторів ризику і зміна стилю життя* включають такі заходи:

– відмову від куріння, надмірного вживання алкоголю;

– зниження маси тіла (рекомендується так звана середземноморська дієта: овочі, фрукти, риба, птиця);

– боротьбу з гіподинамією, заняття лікувальною фізкультурою з визначенням індивідуальної схеми фізичних навантажень;

– корекцію дисліпідемії за допомогою дієти та/або медикаментів;

– обов'язковим є немедикаментозна корекція артеріальної гіпертензії, цукрового діабету, а також інших станів і захворювань, що погіршують серцево-судинний прогноз.

Необхідно зазначити, що для встановлення режиму індивідуальної фізичної активності корисно провести тест із фізичним навантаженням на велоергометрі або тредмілі та підрахувати приблизну частоту серцевих скорочень під час появи електрокардіографічних ознак ішемії міокарда або болю. У цьому відношенні особливо показовим є моніторування під час повсякденної фізичної активності.

### **Мета і тактика лікування**

Лікування стенокардії має дві основні мети: перша – покращення прогнозу і попередження ІМ та раптової смерті, а отже, і збільшення тривалості життя; друга – зменшення частоти і зниження інтенсивності нападів стенокардії і, таким чином, підвищення якості життя пацієнта. Отже, якщо різні терапевтичні стратегії однаково ефективні в полегшенні симптомів хвороби, то слід призначити лікування з доведеною або дуже ймовірною перевагою у покращенні прогнозу в плані профілактики ускладнень і смерті.

Після постановки діагнозу стабільної ІХС пацієнтові відразу призначають оптимальну медикаментозну терапію і розпочинають діагностичні заходи з метою встановлення ступеня ризику. При високому ризику необхідно виконати ангіографію для вирішення питання про можливість та тип передбачуваного оперативного лікування. За відсутності ознак високого ризику смерті (відповідної клінічної симптоматики) йому продовжують оптимальну медикаментозну терапію. Якщо пацієнт не задоволений якістю свого життя і має відповідну клінічну симптоматику, треба обговорити можливість оперативного лікування.

Хворих та їхніх близьких важливо проінформувати про природу стенокардії, механізми її розвитку, значення цього захворювання у прогнозі життя і рекомендовані методи лікування та профілактики. Пацієнтам доцільно уникати навантажень, що спричиняють стенокардію, і приймати

нітрогліцерин під язик для її купірування. Хворих слід застерегти від можливого розвитку гіпотонії після сублінгвального прийому нітрогліцерину (при першому його застосуванні доцільно посидіти) та інших небажаних ефектів, перш за все головного болю. Рекомендується профілактичний прийом нітрогліцерину перед навантаженням, яке зазвичай призводить до розвитку стенокардії. Якщо стенокардія зберігається у спокої протягом > 15–20 хв та/або не купірується нітрогліцеринном, необхідно викликати швидку медичну допомогу.

Усім пацієнтам незалежно від обраної тактики ведення дають рекомендації щодо немедикаментозного лікування, яке знижує ризик прогресування захворювання. В основному ці заходи спрямовані на зміну стилю життя і включають відмову від куріння, фізичне навантаження, правильне харчування, підтримку нормальної маси тіла (індекс маси тіла 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup>) і окружності талії, контроль цукрового діабету, АТ на рівні не вище 140/90 мм рт. ст.

Відповідно до рекомендацій щодо ведення хворих зі стабільною ІХС у схему медикаментозної терапії включено препарати з доведеним позитивним впливом на прогноз (табл. 2), які є обов'язковими для призначення, якщо немає прямих протипоказань, а також численну групу антиангінальних або антиішемічних засобів.

Таблиця 2

### **Медикаментозне лікування хронічної ішемічної хвороби серця**

Препарати, які поліпшують прогноз захворювання	Препарати, які покращують симптоми захворювання
Антитромбоцитарні (ацетилсаліцилова кислота (АСК), клопідогрель)	Бета-адреноблокатори
Статини	Антагоністи кальцію
Блокатори ренін-ангіотензин-альдостеронової системи	Нітрати й нітратоподібні засоби (молсидомін)
	Івабрадин
	Нікорандил
	Ранолазин
	Триметазидин

Вибір конкретного препарату або його комбінацій з іншими засобами здійснюють відповідно до загальноприйнятих рекомендацій з урахуванням індивідуального підходу, тяжкості стенокардії, гемодинамічних показників: частоти серцевих скорочень (ЧСС), АТ, наявності коморбідних станів. При неефективності медикаментозної терапії розглядають коронарну реваскуляризацію міокарда (черезшкірну коронарну ангіопластику або аортокоронарне шунтування (АКШ)). Реваскуляризація має явний прогностичний ефект тільки у підгру-

пах хворих із високим ризиком, і практично не дає покращення прогнозу для тих, для кого він і так є сприятливим.

Медикаментозна терапія включає застосування препаратів таких класів:

— дезагреганти (у першу чергу це призначення АСК у дозі 75–150 мг/добу; пацієнтам, які перенесли гострий коронарний синдром або операцію ревазуляризації, у терміни до 12 міс проводять подвійну дезагрегантну терапію, тобто АСК + клопідогрель (75 мг));

— антикоагулянти (за наявності фібриляції передсердь призначають варфарин (міжнародне нормалізоване відношення 2,0–3,0));

— статини незалежно від вихідного рівня ліпідів і на невизначено довгий термін;

— інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) (при артеріальній гіпертензії, низькій фракції викиду, цукровому діабеті, а також у всіх інших пацієнтів, які страждають на ІХС);

— бета-адреноблокатори (БАБ) протягом трьох років для покращення прогнозу у хворих, які перенесли ІМ.

Інший напрямок терапії при стабільній стенокардії — антиангінальна, метою якої є досягнення ІФК, щоб біль не виникав при звичайному для пацієнта фізичному навантаженні. Препаратами першої лінії є БАБ, або недигідропіридинові блокатори повільних кальцієвих каналів (БКК), або їх поєднання. До цієї терапії може бути додано препарати другої лінії: івабрадин, нітрати тривалої дії, нікорандил, ранолазин, триметазидин. У ряді випадків (наприклад, при непереносимості препаратів першої лінії або неможливості їх призначення) застосовують лікарські засоби другої лінії.

Дія антиангінальних препаратів може частково залежати від збільшення кровотоку і зниження потреби у кисні. Оскільки остання залежить від рівня АТ, ЧСС і скоротливості міокарда, то для успішного лікування стенокардії необхідно досягнути АТ у межах 140–130/90–80 мм рт. ст., ЧСС — 50–60 за хв. При недостатньому негативному хронотропному ефекті БАБ до терапії може бути доданий івабрадин, механізм дії якого полягає в інгібуванні струму натрію і калію по f-каналах, розташованих головним чином у пейсмеркерних клітинах синусового вузла. Тим самим зменшується швидкість спонтанної діастолічної деполяризації, що призводить до пізнішого виникнення чергового потенціалу дії й уповільнення ЧСС. Призначають препарат у дозі 5 мг 2 рази на день, а потім переходять на дозу 7,5 мг 2 рази на день.

Ранолазин блокує пізній натрієвий струм, який значно збільшений при ішемії. При зниженні надходження натрію та кальцію всередину кардіоміоцитів зменшується жорсткість стінки лівого шлуночка, покращується діастолічне розслаблення, що сприяє поліпшенню кровотоку, особливо по внутрішньоміокардіальних судинах. Ранолазин у дозі 500–1000 мг 2 рази на добу рекомендований пацієнтам зі стабільною ІХС і цукровим діабетом.

Триметазидин коригує енергетичний обмін міокарда при ішемії. Його можна комбінувати з усіма препаратами, що впливають на гемодинаміку. Цей препарат, як і ранолазин, рекомендований до застосування у пацієнтів зі стабільною ІХС і цукровим діабетом. Призначають по 70 мг/добу.

Нікорандил має антиангінальний ефект завдяки двом механізмам — нітратоподібній дії і здатності відкривати аденозинтрифосфатзалежні калієві канали (КАТФ-канали).

Медикаментозне лікування полягає у комбінації як мінімум одного препарату для усунення ангінозного болю і препаратів, що покращують прогноз, а також у використанні нітрогліцерину сублінгвально для купірування нападів стенокардії. Для контролю ЧСС і симптомів як лікування першої лінії рекомендується додавати до короткодіючого нітрату ще й БАБ або БКК. Якщо симптоми не контролюються, слід переходити на інший препарат (БКК або БАБ) або комбінувати БАБ і дигідропіридиновий БКК. Якщо симптоми задовільно контролюються, у лікуванні другої лінії можна використовувати інші антиангінальні препарати. В окремих пацієнтів із непереносимістю БАБ і БКК або протипоказаннями до їх застосування як лікування першої лінії можна використовувати препарати другої лінії. Профілактика подій оптимально забезпечується за допомогою антитромбоцитарних засобів і статинів.

Правильно підібрані лікарські засоби діють на різні механізми розвитку ІХС, доповнюють один одного і, як правило, добре переносяться при тривалому прийомі. Слід підкреслити, що переривчасте або курсове лікування у пацієнтів із ІХС не проводиться. Терапія є підтримуючою і при добрій переносимості проводиться тривало.

У практиці лікування стабільної ІХС треба виділяти рівень переконливості рекомендацій І (воно корисне, ефективне, має переваги — рекомендується і показано) і рівень достовірності доказів А (дані кількох рандомізованих клінічних випробувань або метааналізу). До них належать БАБ після перенесеного ІМ, БКК при непереносимості БАБ, припинення куріння, прийом АСК, статинів (при фракції викиду лівого шлуночка менше 40%). Саме рекомендації рівня ІА треба застосовувати у першу чергу.

При супровідних захворюваннях, що мають істотне значення для прогнозу ІХС (постінфарктний кардіосклероз, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет, серцева недостатність) з метою профілактики серцево-судинних ускладнень рекомендуються ІАПФ або антагоністи рецепторів ангіотензину.

Показаннями до консультації кардіолога є встановлений або передбачуваний діагноз стенокардії; ускладнення стенокардії ХСН, особливо систолічною, зі зниженням фракції викиду лівого шлуночка менше 40%; супровідні захворювання та стани, що посилюють перебіг хронічної ішемії міокарда (артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, хронічна хвороба нирок, анемія тощо); резистентна до антиангінальної терапії стенокардія.

**Показання до госпіталізації хворого**

Показаннями до госпіталізації пацієнта у кардіологічне відділення є підозра на гострий коронарний синдром; ознаки прогресування стенокардії (почастішання нападів і наростання їх тяжкості, зниження толерантності до фізичних навантажень, збільшення кількості прийнятих короткодійчих нітратів за добу); вперше виникла стенокардія; рання постінфарктна стенокардія; декомпенсація ХСН у пацієнтів зі стенокардією; тяжкі порушення серцевого ритму, що погано піддаються або не піддаються лікуванню.

**Реваскуляризація міокарда при хронічній ІХС**

Під час обговорення питання про реваскуляризацію міокарда при стабільній стенокардії (балонна ангіопластика зі стентуванням коронарних артерій або АКШ) ураховуються такі обставини:

1) ефективність антиангінальної терапії: якщо після призначення пацієнту комбінованої терапії в оптимальних дозах у нього зберігаються напади стенокардії з неприйнятною для нього частотою;

2) результати навантажувальних проб, що можуть виявити критерії високого ризику ускладнень, які свідчать про несприятливий віддалений прогноз;

3) ризик втручання: до уваги беруть анатомічні особливості ураження коронарних артерій, клінічні характеристики хворого, операційний досвід медичної установи. Як правило, від інвазивної процедури утримуються в тих випадках, коли передбачуваний ризик смерті під час її проведення перевищує ризик смерті конкретного пацієнта протягом року;

4) питання про проведення інвазивного лікування має детально обговорюватися із хворим, а рішення прийматися колегіально за участю лікуючого лікаря, хірурга та інвазивного кардіолога. Після успішної інвазивної терапії хворому необхідно продовжити вживати медикаментозні засоби.

Таким чином, сьогодні у лікуванні пацієнтів з ІХС є можливості не тільки застосування терапії з доведеною ефективністю, спрямованою на профілактику ускладнень, у тому числі смертельного ризику, але і поліпшення якості їхнього життя.

## Список літератури

1. The Academic Research Organization Consortium for Continuing Evaluation of Scientific Studies – Cardiovascular (ACCESS CV). Sharing Data from Cardiovascular Clinical Trials – A Proposal // *N. Engl. J. Med.* 2016. № 375. P. 407–409. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmp1605260>
2. 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.* 3. № 34. P. 2949–3003. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv296>
3. 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias // *Eur. Heart J.* 2016. № 37. P. 2999–3058.
4. IMPROVE-IT Investigators. Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes / C. P. Cannon et al. // *N. Engl. J. Med.* 2015. № 372. P. 2387–2397.
5. Mombelli G., Castellnuovo S., Pavanello C. Potential of PCSK9 as a new target for the management of LDL cholesterol Research Reports in Clinical // *Cardiology.* 2015. № 6. P. 73–86.
6. Sabatine M. S., Giugliano R. P., Pedersen T. R. Evolocumab in patients with cardiovascular disease // *N. Engl. J. Med.* 2017. Vol. 377. P. 787–788.
7. Low-Dose Aspirin Discontinuation and Risk of Cardiovascular Events. A Swedish Nationwide, Population-Based Cohort Study / J. Sundström et al. // *Circulation.* 2017. Vol. 136. P. 1183–1192. doi: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.117.028321>
8. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* 2018. Vol. 39. P. 119–177. doi: [10.1093/eurheartj/ehx393V](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393V)
9. 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS) // *Eur. Heart J.* 2018. Vol. 39. P. 763–821.
10. Long-term dual antiplatelet therapy for secondary prevention of cardiovascular events in the subgroup of patients with previous myocardial infarction: a collaborative meta-analysis of randomized trials / J. A. Udell et al. // *Eur. Heart J.* 2016. Vol. 37. P. 390–399. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv443>
11. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease / J. W. Eikelboom et al. // *N. Engl. J. Med.* 2017. Vol. 377. P. 1319–1330.
12. Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitors and Angiotensin Receptor Blockers in Myocardial Infarction Patients With Renal Dysfunction / M. Evans, J. J. Carrero, K. Szummer, A. Akerblom // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2016. Vol. 67. P. 1687–1697. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.01.050>

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

А. Н. КОРЖ

**Рассмотрены современные аспекты решения проблемы хронической ишемической болезни сердца, в том числе стенокардии. Подчеркнуто, что сейчас есть возможности не только применения**

терапии с доказанной эффективностью, направленной на снижение риска осложнений, но и медикаментозного лечения стенокардии (ишемии), которое улучшает качество жизни пациента.

*Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стенокардия, семейный врач, прогноз, медикаментозная терапия.*

#### **CURRENT ASPECTS OF CORONARY HEART DISEASE DIAGNOSIS AND TREATMENT**

O. M. KORZH

The modern aspects of solving the problem of chronic coronary heart disease, in particular, angina have been considered. It has been noted that now there are possibilities of using not only the therapy with the proved effectiveness, directed to the reduction of the risk of complications, but also the drug treatment of angina (ischemia), improving the patient's life quality.

*Key words: coronary heart disease, angina, family physician, prognosis, drug therapy.*

Надійшла 13.09.2019