**Ишемическая болезнь сердца: диагностика и лечение стабильной стенокардии**.

Профессор Сытый В.П.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – повреждение миокарда вследствие дефицита кислорода при снижении кровотока в коронарных артериях. Причиной сужения коронарных артерий кровотока в основном является атеросклеротические бляшки.

Существует много форм ИБС, однако наиболее часто работник (фельдшер) встречается со стенокардией. Стенокардия – это боль или чувство дискомфорта в грудной клетке, которая локализуется чаще всего за грудиной и может отдавать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область, левую лопатку. Стенокардия чаще всего возникает на высоте физической или эмоциональной нагрузки (стенокардия напряжения) за счет повышении потребности миокарда в кислороде при значительном увеличении числа сердечных сокращений (ЧСС) или повышения АД. Впервые возникшая стенокардия напряжения выделяется в отдельную форму в течении 4-6 недель и считается нестабильной (очень высокая вероятность развития инфаркта миокарда).

Диагностические критерии стабильной стенокардии напряжения.

1. Жалобы пациента на сжимающие, давящие боли в грудной клетке (за грудиной), возникающие на высоте физической или эмоциональной нагрузки и проходящие в течении 10-15 мин. после прекращения нагрузки (остановка при ходьбе). При прекращении нагрузки за 10-15 мин. ЧСС возвращается к исходному уровню, потребность миокарда в дополнительном притоке крови возвращается к исходному уровню (в покое) и боль или другое неприятное ощущение в грудной клетке проходит.
2. ЭКГ в покое в 50% случаев может быть изменена (смещение сегмента S-T, отрицательный зубец Т), но может быть и нормальной. Отсутствие или наличие изменений ЭКГ не является основанием для установления или исключения диагноза стенокардии напряжения без наличия других критериев (см. п.1).
3. Нагрузочные пробы с регистрацией ЭКГ: велоэргометрическая, тредмил являются наиболее информативными. Изменения ЭКГ на высоте физической нагрузки являются одним из основных критериев диагностики стенокардии напряжения. При этом определяются и пределы переносимости физических нагрузок в повседневной жизни.
4. Сцинциграфия миокарда в практической медицине применяется все реже. При исследовании в покое можно увидеть зоны с нарушенной перфузией миокарда. Диагностическая ценность повышается при проведении сцинциграфии миокарда с нагрузкой (ВЭП, тремил и др.).
5. ЭхоКГ в покое может выявить участки гипокинезии, но более информативна ЭхоКГ с нагрузкой (физической или за счет лекарственных средств, усиливающих сократительную функцию миокарда).
6. Коронарография дает достоверную информацию о наличии или отсутствии сужения (стеноза) коронарной артерии. Назначается обычно в тех случаях, когда предполагается хирургическое лечение.

Спонтанная (особая) стенокардия – приступы болей в грудной клетке (стеснение, сжатие) возникающие в покое (чаще в утренние часы) на фоне не меняющейся потребности миокарда в кислороде (без учащения ЧСС и повышения АД) за счет спазма (ангиоспастическая стенокардия).

Диагностика спонтанной стенокардии представляет более сложную задачу. При этом можно всякую боль или дискомфорт в грудной клетке принимать за спонтанную стенокардию или не обращать внимания на жалобы пациента и пропустить этот серьезный и опасный синдром.

Диагностические критерии спонтанной стенокардии.

1. Приступы болей или дискомфорта в грудной клетке возникают обычно в покое в одно и тоже время (ранние утренние часы). Для фельдшера, работающего самостоятельно, это единственный и основной критерий, чтобы заподозрить наличие спонтанной стенокардии и направить на консультацию терапевта или кардиолога и дообследование.
2. ЭКГ, зарегистрированная вне болевого приступа, обычно не изменена. Диагностическое значение имеют изменения ЭКГ, зарегистрированной во время приступа (подъем или депрессия сегмента S-T).
3. ЭКГ с нагрузочными пробами (ВЭП, тремил) не выявляет признаков ишемии миокарда.
4. Коронарография не выявляет сужений (стенозов) коронарных артерий.
5. Воспроизведение приступа, изменений ЭКГ и ангиографически определяемого спазма введением некоторых лекарственных препаратов.
6. Некоторое диагностическое значение имеет факт усугубления клинической ситуации при лечении бета-блокаторами, которые усиливают спазм и обладают проишемическим эффектом.

Безболевая ишемия миокарда – эпизоды преходящей обратимой ишемии миокарда, которые клинически ничем не проявляются. Может быть зарегистрирована на ЭКГ во время проведения нагрузочных проб или при суточном мониторировании ЭКГ.

Атипичная стенокардия чаще наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста и проявляется эквивалентами боли (приступами одышки, кашля, сердцебиением), изменением локализации боли (дискомфорт в местах иррадиации (левое плечо, шея, челюсть), изменением времени и продолжительности боли, появлением неспецифической симптоматики (приступов головокружения, обмороков, общей слабости, дискомфорта). Эквиваленты стенокардии возникают на высоте нагрузки и отличаются кратковременным характером. Устраняются при прекращении нагрузки или при приеме нитроглицерина под язык. Следует помнить, что при возникновении подозрений на наличие атипичной стенокардии необходимо направить пациента на консультацию кардиолога.

Дифференциальная диагностика синдрома боли в грудной клетке.

Следует помнить, что стенокардию могут имитировать другие заболевания, которые сопровождаются болями или неприятными ощущениями в грудной клетке: расслаивающая аневризма аорты, тромбэмболия легочной аорты, эзофагит, спазм пищевода, психогенная кардиалгия, остеохондроз грудного отдела позвоночника и др. Фельдшеру необходимо придерживаться «золотого» правила дифферециальной диагностики – при подозрении на наличие у пациента нескольких возможных вариантов распознания клинического синдрома следует обязательно обследовать и исключать или подтверждать натболее жизнеопасное заболевание, то есть при подозрении на наличие стенокардии должно проводится в первую очередь обследование на высоком современном уровне у кардиолога.

Лечение стабильной стенокардии напряжения.

Лечение стенокардии преследует две цели: 1) предупредить возникновение инфаркта миокарда и внезапную смерть и, соответственно, увеличить продолжительность жизни; 2) уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии. Достижение этих целей должно осуществляться путем сочетания немедикаментозных, медикаментозных и хирургических методов лечения.

Немедикаментозные методы:

* индивидуальные рекомендации по адекватной физической актианости;
* индивидуальные рекомендации по питанию (уменьшение количества жиров и легкоусвояемых углеводов, увеличение потребления свежих овощей, фруктов);
* прекращение курения.

Медикаментозное лечение стенокардии.

Лекарственные средства улучшающие выживаемость:

-аспирин 75-150 мг в сутки;

-клопидогрель 75 мг/сут. (если аспирин противопоказан);

-станины (аторвастин, симвастатин) в начальной дозе 10-20 мг/сут;

-бета-адреноблокаторы (атенолол в начальной дозе 25 мг/сут; небиволол 2,5 -5 мг 1 раз в сутки, метопролол 50 мг х 1 раз в сутки, бисопролол 2,5-5 мг 1 раз в сутки;

-ингибиторы АПФ (рамиприл 5 мг 1 раз в сутки; периндоприл 5 мг 1 раз в сутки.

* Лекарственные средства улучшающие качество жизни:

-нитраты (нитроглицерин под язык при приступе стенокардии; изосорбида динитрат 20 мг х2 раза в сутки или молсидомин 2 мг х 2-3 раза в сутки;

-триметазин 35 мг х 2-3 раза в день или милдронат 500 мг х 2 раза в сутки.

Хирургические методы лечения.

1. Коронарная ангиопластика – эндоваскулярные (внутрисосудистые) вмешательства, проводимые на коронарных артериях. Включает эндоваскулярную баллонную дилатацию и стентирование коронарных артерий. После этих вмешательств прекращаются боли в грудной клетке, улучшается сократительная функция левого желудочка. Недостатком этих методов является риск развития рестеноза.
2. Коронарное шунтирование – хирургическая операция с трансторакальным доступом с использованием венозных и артериальных аутотрансплантантов. Вместо суженных участков коронарных артерий или в обход мест сужения устанавливаются трансплантанты.

Показания к проведению коронарной ангиопластики или коронарного шунтирования устанавливают совместно кардиолог и кардиохирург.

Диспансерное наблюдение за пациентами со стенокардией напряжения осуществляет фельдшер и врач-кардиолог (врач-терапевт). Фельдшер должен осматривать таких пациентов не менее 2 раз в году и 1 раз (при возможности 2 раза) – врач-кардиолог с проведением инструментальных методов обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочных проб, холтеровского мониторирования ЭКГ, определения липидного профиля.