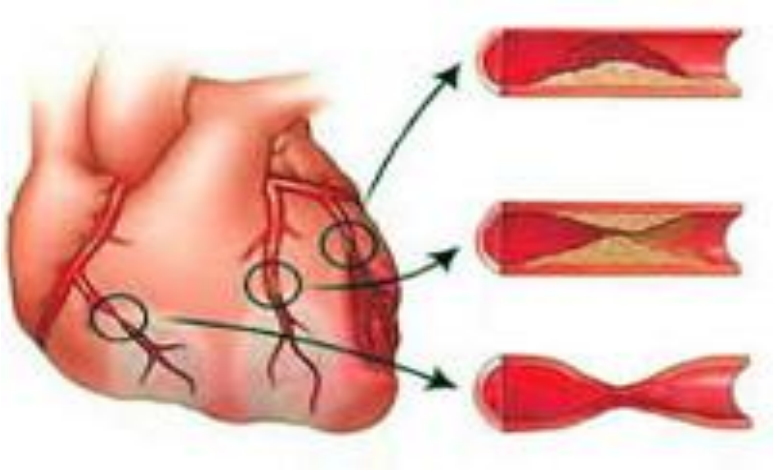
ИБС. Стенокардия

Ишемическая болезнь сердца

- **Ишемическая болезнь сердца** является серьезнейшей проблемой современной кардиологии и медицины в целом. В России ежегодно фиксируется около 700 тыс. смертей, вызванных различными формами ИБС, в мире смертность от ИБС составляет около 70%. Ишемическая болезнь сердца в большей степени поражает мужчин активного возраста (от 55 до 64 лет), приводя к инвалидности или внезапной смерти.
-



- **Стабильная коронарная болезнь сердца** характеризуется эпизодами обратимого несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, чаще всего, по атеросклеротически пораженному коронарному руслу. Клиническим проявлением таких симптомов ишемии/гипоксии, как правило, является преходящий дискомфорт в груди, который индуцируется физическим или психоэмоциональным напряжением и воспроизводим, но также может возникать спонтанно. Стабильной считается стенокардия в том случае, если ее симптомы имеют неизменный характер на протяжении, как минимум 2 месяцев.

Классификация ишемической болезни сердца

- **1. Внезапная коронарная смерть** (или первичная остановка сердца) – внезапно развившееся, непредвиденное состояние, в основе которого предположительно лежит электрическая нестабильность миокарда. Под внезапной коронарной смертью понимается мгновенная или наступившая не позднее 6 часов после сердечного приступа смерть в присутствии свидетелей. Выделяют внезапную коронарную смерть с успешной реанимацией и с летальным исходом.
- **2. Стенокардия:**
- стенокардия напряжения (нагрузки):
- стабильная (с определением функционального класса I, II, III или IV);
- нестабильная: впервые возникшая, прогрессирующая, ранняя послеоперационная или постинфарктная стенокардия;
- спонтанная стенокардия (син. особая, вариантная, вазоспастическая, стенокардия Принцметала)
- **3. Безболевая форма ишемии миокарда. 4. Инфаркт миокарда:**
- крупноочаговый (трансмуральный, Q-инфаркт);
- мелкоочаговый (не Q-инфаркт); **5. Постинфарктный кардиосклероз.**
- **6. Нарушения сердечной проводимости и ритма** (форма).
- **7. Сердечная недостаточность** (форма и стадии).

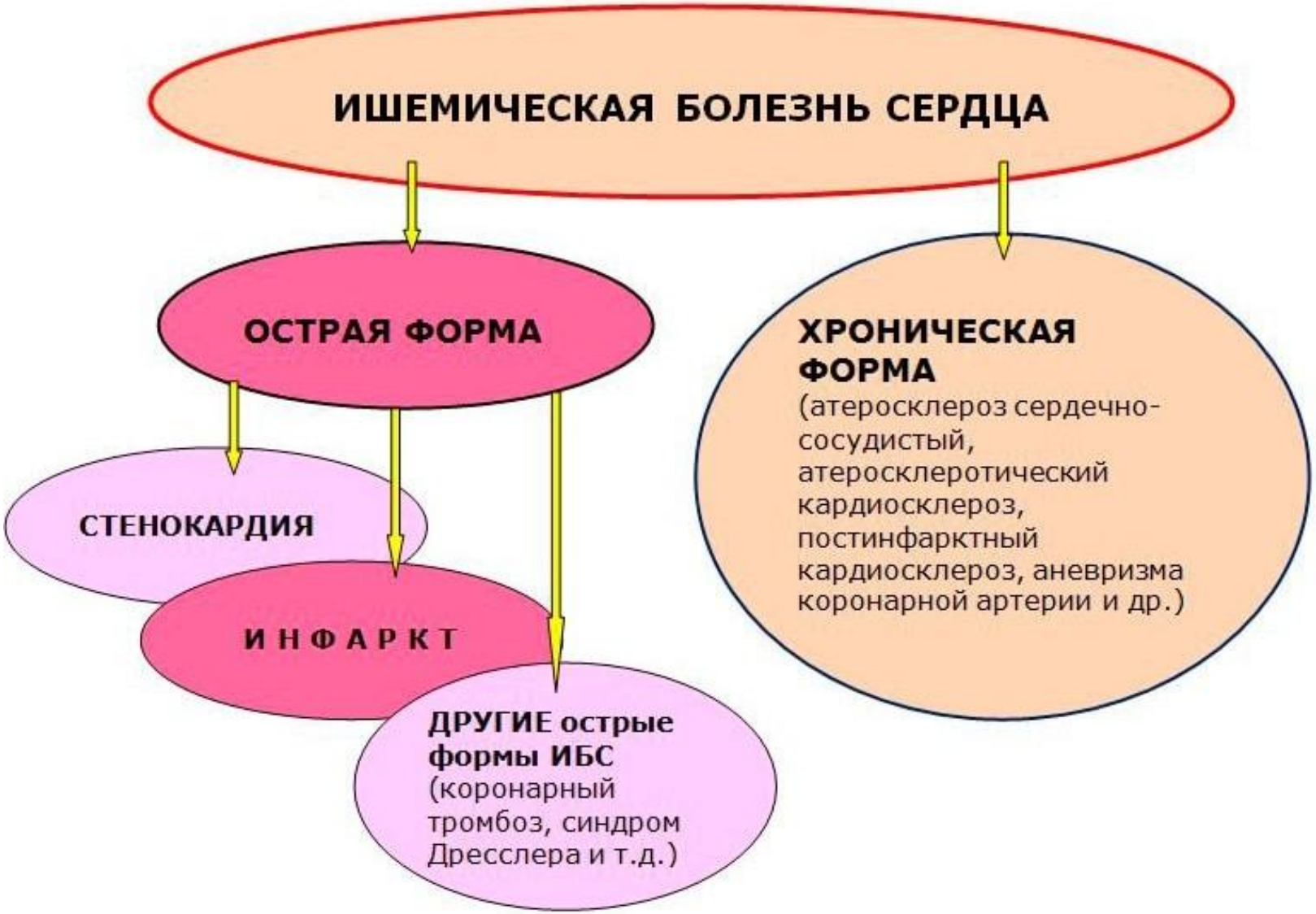

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА
ОСТРАЯ ФОРМА
ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА
(атеросклероз сердечно-сосудистый, атеросклеротический кардиосклероз, постинфарктный кардиосклероз, аневризма коронарной артерии и др.)
СТЕНОКАРДИЯ
И Н Ф А Р К Т
ДРУГИЕ острые формы ИБС
(коронарный тромбоз, синдром Дресслера и т.д.)

Таблица 1- Классификация тяжести стабильной стенокардии согласно классификации Канадского кардиоваскулярного общества

ФК	Признаки
I	Обычная повседневная физическая активность (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает стенокардии. Боли возникают только при выполнении очень интенсивной, или очень быстрой, или продолжительной физической нагрузки
II	Небольшое ограничение обычной физической активности, что означает возникновение стенокардии при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, на холоде или в ветреную погоду, после еды, при эмоциональном напряжении, или в первые несколько часов после пробуждения; во время ходьбы на расстояние более двух кварталов (>200 м) по ровной местности или во время подъема по лестнице более, чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.
III	Значительное ограничение обычной физической активности – стенокардия возникает в результате спокойной ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100-200 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.
IV	Невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без появления дискомфорта, или стенокардия может возникнуть в покое, при незначительных физических нагрузках.

Диагностика

- **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

- **Перечень основных и дополнительных диагностических исследований, проводимый на амбулаторном уровне**

Основные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- - ОАК;
- - ОАМ;
- - биохимический анализ крови (определение креатинина и клиренса креатинина, АЛТ, глюкозы, липидного спектра (определение общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, триглицеридов);
- - Электрокардиограмма (ЭКГ) в покое;
- - Эхокардиография (ЭхоКГ) в покое;
- - Рентгенография органов грудной клетки у отдельных пациентов

Лабораторные исследования

Основное (первая линия) исследование у пациентов с подозрением на ИБС включает стандартное лабораторное обследование (таблица 4), которое может быть проведено в амбулаторных условиях.

Таблица 4 Основные лабораторные исследования при верификации диагноза или при оценке пациента с ИБС с целью оптимизации медикаментозной терапии.

ОКС- острый коронарный синдром; BNP- тип B натрийуретический пептид; HbA1c- гликированный гемоглобин; ЛПНП- липопротеин низкой плотности; NT-proBNP- Терминальный N натрийуретический пептид протипа B; СД 2 типа- сахарный диабет 2 типа.

- **Инструментальные исследования:**

  Электрокардиограмма покоя (I C) рекомендуется всем пациентам, а также во время или немедленно после эпизода боли/дискомфорта в грудной клетке и при наличии симптомов, указывающих на возможную нестабильность течения ИБС.

  Суточное мониторирование ЭКГ показано при нарушении ритма сердца (I C) и подозрении на вазоспастическую стенокардию (IIa C)

  Эхокардиография покоя показана всем пациентам для идентификации нарушений региональной сократимости, оценки систолической и диастолической функции сердца, измерения фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) с целью стратификации риск (I B). Может быть обнаружено локальное нарушение движения стенок ЛЖ, что повышает вероятность ИБС, патология клапанов или гипертрофическая кардиомиопатия. Тканевая допплерография и измерение скорости деформации могут быть полезными в выявлении сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса левого желудочка [13]. Нарушение диастолического наполнения ЛЖ является первым признаком активной ишемии и может указывать на наличие микроваскулярной дисфункции у пациентов, которые жалуются на одышку, которая расценивается в данном случает как эквивалент стенокардии . Проведение ЭхоКГ может быть дополнено ультразвуковым исследованием сонных артерий. Выявление утолщения интимы-медиа и/или наличие бляшки говорит об атеросклеротическом поражении сосудов, что повышает предтестовую вероятность ИБС для дальнейших диагностических мероприятий

  Магнитно-резонансная томография сердца также может быть использована для выявления структурной патологии сердца и оценки функции желудочка. Использование МРТ сердца рекомендуется пациентам, у которых, трансторакальная эхокардиография не в состоянии ответить на клинический вопрос (обычно вследствие узкого акустического окна) и при отсутствии противопоказаний к проведению МРТ сердца

- Рентгенография органов грудной клетки особенно важна при оценке пациентов с болью в грудной клетке с атипичными проявлениями или при подозрении на патологию легких (I C), которая может отягощать течение стабильной ИБС, а также в оценке пациентов при подозрении на сердечную недостаточность (IIa) C

Лечение

- **Цели лечения:**- уменьшение симптомов стенокардии и улучшение прогноза;
- - коррекция образа жизни; контроль факторов риска;
- - назначение медикаментозной терапии; обучение пациентов.
- **Немедикаментозное лечение**
  Курение является сильным независимым фактором риска ИБС, поэтому необходимо избегать курения, в том числе пассивного, всем пациентам с ИБС. Оценка статуса курения должна проводиться систематически (включая пассивное курение), и все курильщики должны быть осведомлены о необходимости отказа от курения. Никотин замещающая терапия безопасна для пациентов с ИБС и должная быть предложена.

- Правильное питание снижает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Основные моменты здоровой диеты приведены ниже (таблица 16). Энергетическая ценность должна быть ограничена тем количеством, которое необходимо для нормального веса - ИМТ <25 kg/m2 .

- Рекомендованная диета .
- 1. Содержание насыщенных жирных кислот менее 10% от общего потребления энергии, замена их на полиненасыщенные жирные кислоты
- 2. Транс-ненасыщенные жирные кислоты менее 1% от общего потребления энергии
- 3. Менее 5 грамм соли в сутки
- 4. 30-45 грамма клетчатки в сутки, содержащейся в цельнозерновых продуктах, овощах и фруктах
- 5. 200 грамм фруктов в день (2-3 порции)
- 6. 200 грамм овощей в день (2-3 порции)
- 7. Рыба как минимум два раза в неделю, 1 раз в неделю жирные сорта рыбы
- 8. Употребление алкоголя должно быть ограничено до двух бокалов в день (20 грамм/день алкоголя) для мужчин и до 1 бокала (10 грамм/день алкоголя) для небеременных женщин.
-

- Рисунок 3 обобщает лечение пациентов со стабильной ИБС. Эта общая стратегия может быть скорректирована для пациента в зависимости от сопутствующих заболеваний, противопоказаний, личных предпочтений и стоимости препаратов. Лечение состоит:
- - в комбинации антиангинальных препаратов и препаратов, улучшающих прогноз,
- - сублингвальный прием нитроглицерина для купирования загрудинных болей.
- - Рекомендовано назначение β-блокаторов или БКК с добавлением короткодействующих нитратов, как терапия первой линии для контроля частоты сердечного ритма и симптомов стенокардии.
- - В случаях, когда не удается контролировать симптомы, рекомендовано изменить терапию (БКК или β-блокаторы) или комбинировать назначение β-блокаторов с дигидропиридиновыми БКК. Комбинация β-блокаторов и недигидропиридиновых БКК не рекомендована. Другие антиангинальные препараты показаны, как препараты второй линии, когда симптомы недостаточно контролируемы.
- - У отдельных пациентов, у которых имеются непереносимость или противопоказания к назначению β-блокаторов и БКК, препараты второй линии могут быть рассмотрены в качестве терапии первой линии.
- - Профилактика кардиоваскулярных событий может достигаться назначением антиагрегантов и статинов.
- - У определенной группы пациентов должно быть рассмотрено назначение ингибиторов АПФ и БРА

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне
Медикаментозная терапия пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца

Облегчение симптомов стенокардии/ишемии		
Рекомендованы короткодействующие нитраты	I	B
Препаратами первой линии являются β-блокаторы и/или блокаторы кальциевых каналов для контроля ритма сердца и симптомов	I	A
В качестве препаратов второй линии рекомендованы пролонгированные нитраты или ивабрадин, или ранолазин, в зависимости от частоты ритма сердца, уровня АД и переносимости.	IIa	B
В качестве препарата второй линии может быть использован триметазидин	IIb	B
В зависимости от сопутствующих заболеваний/переносимости выборочно у некоторых пациентов препараты второй линии могут быть использованы в качестве терапии первой линии	I	C
Пациентам с бессимптомным течением заболевания и большой площадью ишемии (более 10%) должны быть назначены β-блокаторы	IIa	C