

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Кабалык М.А.

2014 год

Определение

- **Ишемическая болезнь сердца** – острое или хроническое поражение сердца, обусловленное уменьшением или полным прекращением доставки крови к миокарду в связи с атеросклеротическим процессом в коронарных артериях, что нарушает равновесие между коронарным кровотоком и потребностями миокарда в кислороде.
- **Стенокардия** – клиническая форма ишемической болезни сердца, проявляющаяся приступообразно возникающей болью или ощущением дискомфорта в области сердца, обусловленными ишемией миокарда, без развития его некроза, которая связана с уменьшением притока крови и увеличением потребности миокарда в кислороде.

Эпидемиология

Распространенность стенокардии представляется несколько более высокой среди женщин, чем среди мужчин, со средним соотношением 1,2.

В большинстве европейских стран каждый год появляется от 20 000 до 40 000 новых больных стенокардий.

Распространение стенокардии возрастает с возрастом. Так, в возрасте 45-54 лет частота встречаемости стенокардии составляет около 2-5%, тогда как в возрасте 65-74 лет - 10-20%.

Распространенность хронической ИБС, однако, значительно больше и обусловлено частым отсутствием болевого синдрома у больных со стабильной или стабилизированной ИБС.

Этиология

Причиной ИБС является атеросклероз коронарных артерий, который может начаться в молодом возрасте и не проявляться клинически до момента, когда атеросклеротическая бляшка достигнет критической стадии.

Этиология

- Атеросклероз связан с распространенным поражением артерий, выражающимся в повреждении внутренней стенки артерий, отложении в ней солей кальция и липидов с последующим стенозированием сосудов. Таким образом, можно выделить два основополагающих механизма атеросклероза: повреждение сосудистой стенки и депонирование липидов в сосудистой стенке в результате персистирующей дислипидемии (ДЛП).

Патогенез

- Основой патологической физиологии хронической ишемической болезни сердца является хроническое несоответствие между потребностями миокарда в кислороде и возможностями коронарного кровотока обеспечить эти потребности.



Факторы, определяющие перфузию миокарда и потребность миокарда в кислороде.

Патогенез ангинозной боли

- Кардиальная ишемическая боль - это конечный результат ишемии миокарда. Примечательно, что транзиторная ишемия миокарда и даже некроз могут быть без болевыми.
- Тем не менее, сегодня показано, что вещества, высвобождаемые во время ишемии миокарда, способны стимулировать афферентные нервные окончания.
- Важным химическим стимулом во время ишемии является высвобождение аденозина кардиомиоцитами. Аденозин играет главную роль в метаболической регуляции кровотока миокарда в связи с его мощным вазодилатирующим влиянием на артериолы. Интересно, что аденозин также является сильнодействующей аллогенной субстанцией.

Клиническая картина

- Стенокардия напряжения (от латинского *angina* - страдание, мука) представляет собой наиболее типичное клиническое проявление ишемии миокарда.
- Как правило при стенокардии больные жалуются на дискомфорт в грудной клетке, несколько реже возникает боль, которая имеет давящий, ноющий, иногда жгучий характер. Боль при стенокардии имеет типичные локализации: за грудиной, в левой половине грудной клетке, в левом плече, под левой лопаткой или в межлопаточной области, нижней челюсти, пальцах левой руки, эпигастрии.

Клиническая картина

- Важно оценить не только характер, но и условия возникновения боли или дискомфорта в груди. Для стенокардии напряжения характерно возникновение боли при эмоциональных стрессах и физических напряжениях.
- В типичном случае стенокардия напряжения описывается как сдавливающее, болезненное ощущение, давление или дискомфорт в за грудиной области или в области передней стенки грудной клетки. Область болевых ощущений обычно указывает сам пациент, прикладывая сжатый кулак или открытую ладонь к грудной клетке. Боль обычно иррадирует в область шеи, левого плеча и внутреннюю поверхность левой руки и продолжается не дольше 10-15 мин. Стенокардия быстро реагирует на прекращение нагрузки или назначение нитратов короткого действия.

Диагностика

- Физикальное обследование сердца в большинстве случаев не представляется информативным. Тем не менее учащенный пульс может быть признаком тиреотоксикоза или анемии, которые ухудшают течение стенокардии. III и/или IV сердечный тон может быть слышен во время приступа стенокардии вследствие преходящей левожелудочковой недостаточности.

Лабораторные тесты

- Лабораторные тесты могут предоставить информацию, указывающую на возможную причину ишемии. Уровень гемоглобина и, при наличии клинических признаков дисфункции щитовидной железы, уровень ее гормонов могут предоставить информацию, указывающую на возможную причину ишемии. При наличии клинических проявлений нестабильности, такие биохимические маркеры повреждения миокарда, как тропонин или МВ-фракция КФК, должны быть использованы для исключения инфаркта миокарда.

Лабораторные тесты

- С-реактивный белок «высокочувствительный» (hsCRP), который позволяет не только оценивать течение атеросклероза, но и определять ближайший прогноз сердечно-сосудистых осложнений. hsCRP – предиктор атеросклероза и острых коронарных событий. Согласно многочисленным проспективным исследованиям, повышение hsCRP указывает: 1) на начальные стадии развития эндотелиальной дисфункции, 2) оценивает риск острых коронарных событий и инсультов в последующие 5-7 лет

Электрокардиография

- Показатели ЭКГ в покое при хронической ИБС могут быть нормальными у половины больных. Обнаружение патологических зубцов Q даже при отсутствии в анамнезе указаний на перенесенный ранее ИМ, или типичных отрицательных симметричных зубцов T и/или депрессия сегмента ST, достоверно указывают на ишемическое происхождение симптомов.
- В типичных случаях ишемия ограничена субэндокардиальными слоями, что наиболее часто проявляется снижением сегмента ST в одном или нескольких отведениях (чаще V4-V6) на ЭКГ.
- Во время приступа стенокардии могут наблюдаться изменения зубца T, при которых он может иметь вид высокого коронарного зубца, отрицательного, двухфазного +/- или -/+ или быть отсутствующим.

ЭКГ с нагрузкой

- Пробы с физической нагрузкой (тредмил-тест или велоэргометрия) в сочетании с ЭКГ-мониторингом в 12 стандартных отведениях считают методом выбора для диагностики ишемии миокарда и определения функционального класса.
- Основными диагностическими критериями изменения ЭКГ ишемического характера во время пробы является горизонтальная или косонисходящая депрессия $ST \geq 0,1$ мВ, сохраняющиеся по меньшей мере 0,06-0,08 с после точки J, в одном или нескольких отведениях.
- Различают три разных типа депрессии сегмента ST, которые можно увидеть во время стресс-тестов: горизонтальное (пологое) снижение, восходящее и нисходящее снижение

Классификация

Ниже представлена общепринятая классификация ишемической болезни сердца (ВКНЦ АМН СССР, 1984 г., в модификации А.Н. Огорокова, 2003 г.):

1. Внезапная коронарная смерть (первичная остановка сердца)

- Внезапная коронарная смерть с успешной реанимацией
- Внезапная коронарная смерть (летальный исход)

2. Стенокардия

- Стенокардия напряжения:
 - Впервые возникшая стенокардия напряжения (de novo)
 - Стабильная стенокардия напряжения с указанием функционального класса (I-IV)
 - Нестабильная стенокардия
 - Прогрессирующая
 - Спонтанная
 - Ранняя постинфарктная
 - Вазоспастическая стенокардия
- 3. Инфаркт миокарда (первичный и повторный):
 - С зубцом Q (трансмуральный, крупноочаговый);
 - Без зубца Q (мелкоочаговый, интрамуральный, субэндокардиальный)
- 4. Постинфарктный кардиосклероз
- 5. Недостаточность кровообращения (ишемическая кардиопатия)
- 6. Нарушения сердечного ритма
- 7. Безболевая («немая») ишемия
- 8. Микроваскулярная (дистальная) ИБС
- 9. Новые ишемические синдромы («оглушение», «гибернация», ишемическое прекондиционирование миокарда)

Классификация стабильной стенокардии Канадского сердечно-сосудистого общества (1976 год)

I. Обычная физическая активность, такая как ходьба или подъем по лестнице, не вызывает стенокардию. Стенокардия возникает при напряженной или быстрой, или длительной нагрузке во время трудовой деятельности или активного отдыха.

II. Незначительное ограничение обычной активности: быстрая ходьба или подъем по лестнице, ходьба в гору, ходьба или подъем по лестнице после еды, при холодном ветре, или при эмоциональном стрессе, или в первые несколько часов после пробуждения. Ходьба на расстояние более чем два квартала и подъем на более чем один пролет обычной лестницы в обычном темпе и в обычных условиях

III. Выраженное ограничение обычной физической активности: ходьба на расстояние одного или двух кварталов и подъем на более чем один пролет обычной лестницы в обычном темпе

IV. Неспособность заниматься любым видом физической активности, не испытывая дискомфорта. Симптомокомплекс стенокардии может возникать в состоянии покоя

Лечение

Цели лечения:

1) улучшить прогноз и предупредить возникновение инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти, и, соответственно, увеличить продолжительность жизни;

2) уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии и, таким образом, улучшить качество жизни пациента.

Все методы лечения хронической ИБС можно разделить на немедикаментозные, медикаментозные и хирургические.

Немедикаментозное лечение

- Больного в первую очередь необходимо обучить правилам поведения в случае появления затяжного приступа стенокардии, разработать и обсудить допустимые физические нагрузки и меры по увеличению толерантности к ним. Необходимо рекомендовать снижение массы тела до индекса массы тела менее 24 кг/м^2 за счёт изменения стереотипов питания. Важно избегать избыточного употребления спиртного, прекратить прочие привычные интоксикации, включая табакокурение.

Медикаментозное лечение

Все методы фармакотерапии хронической ИБС можно разделить на три большие группы в соответствии с целями лечения:

- 1) Медикаментозная терапия для улучшения прогноза у больных стенокардией - ацетилсалициловая кислота, клопидогрел, гиполипидемические средства (статины);
- 2) Медикаментозная терапия для купирования симптомов стенокардии - β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина, антагонисты кальция;
- 3) Неотложная медикаментозная терапия стенокардии – антиангинозная терапия: β -АБ, нитраты и пролонгированные АК.

Немедленное кратковременное облегчение

Сублингвальные или букальные нитраты короткого действия по мере необходимости

Аспирин 75-150 мг/сут

Непереносимость

Клопидогрел 75 мг 1 раз в день

Лечение, направленное на улучшение прогноза

Статины с титрацией дозы для достижения желательного уровня холестерина

Непереносимость

Альтернативные гиполипидемические препараты

Ингибиторы АПФ в случае дисфункции миокарда левого желудочка

Непереносимость

Блокаторы рецепторов к ангиотензину

бета-адреноблокаторы после ИМ или без него

Непереносимость или противопоказания

Симптомы не контролируемые после оптимизации дозы

Блокаторы медленных кальциевых каналов или ингибиторы If рецепторов или пролонгированные нитраты

Лечение, направленное на облегчение симптомов

Блокатор медленных кальциевых каналов или длительно действующие нитраты

Непереносимость

Симптомы не контролируемые после оптимизации дозы

Симптомы не контролируемые после оптимизации дозы

Рассмотреть возможность применения активаторов кальциевых каналов, If ингибиторов или метаболических агентов

Стоит рассмотреть хирургическое лечение

Симптомы не контролируемые после оптимизации дозы

Хирургическое лечение

Существует два широко используемых метода хирургической реваскуляризации миокарда при стабильной стенокардии в результате атеросклеротического поражения венечных артерий: чрескожная ангиопластика и аортокоронарное шунтирование.

Целями использования этих методов, как и в случае с медикаментозной терапией, являются увеличение выживаемости при возникновении ИМ, профилактика сердечно-сосудистых катастроф, уменьшение клинических проявлений или их полная ликвидация.

Прогноз

Жизненный прогноз в целом благоприятен. В подавляющем большинстве стран ИБС является ведущей причиной временной и постоянной утраты трудоспособности. Послеоперационная смертность после плановой ангиопластики относительно низкая (по данным разных авторов составляет от 1 до 5%), осложнения рестеноза являются прогнозируемыми и при должной профилактике хорошо нивелируются.