

Особенности течения ИБС

Сам возраст является своего рода фактором риска у пожилых (если под этим понимать анатомо-физиологические особенности пожилого человека) – старение как фактор риска.

Нарушение липидного обмена, особенно гиперхолестеринемия. При появлении важнейшего фактора риска ИБС – гиперхолестеринемии – риск развития ИБС увеличивается в 4,5 раза. А, например, повышение в крови триглицеридов увеличивает риск развития ИБС в 3 раза.

Системная артериальная гипертензия (САГ) повышает риск развития ИБС в 2-3 раза.

Курение (повышает риск возникновения ИБС в пожилом возрасте в 1,4 раза, особенно если чрезмерное, более 10-15 сигарет в день).

Гиподинамия (недостаточная физическая активность, малоподвижный образ жизни). Является фактором риска развития ИБС в пожилом возрасте, в старческом возрасте ее влияние на развитие заболевания уменьшается.

Гипергликемия – повышение сахара в крови или нарушение толерантности к глюкозе (отсюда СД).

Нарушение системы свертывания крови (в сторону тромбообразования).

Ожирение (избыточная масса тела, особенно если превышение массы тела от нормы на 30 % и выше).

Стрессы (нервно-психическое напряжение). Данный фактор имеет особенное значение – «ударный» фактор при наличии других факторов риска или таких заболеваний, как АГ, СД.

Гиперурикемия (повышение уровня мочевой кислоты), т.е. наличие в анамнезе больного такого заболевания, как подагра.

Наследственная предрасположенность.

Течение болезни характеризуется менее резкими, но более длительными болевыми ощущениями. Считают, что это связано с деструкцией нервного аппарата сердца, во-вторых с повышением порога болевых восприятий в связи с возрастанием изменений ЦНС.

Эмоциональная окраска приступа неявная, вегетативные проявления выражены слабо или вовсе отсутствуют.

Боли незначительной интенсивности и имеют характер сдавливания, чувство стеснения или тяжести за грудиной или в области сердца, в левом плече, руке, под левой лопаткой.

Иногда лица пожилого возраста вместо боли ощущают «чувство тяжести» в левой половине грудной клетки.

Боли могут локализоваться и в животе (в верхней его части, под грудиной).

При наличии болей в грудной клетке, области шеи и особенно в левом плечевом суставе у пожилых людей необходимо помнить, что это тоже могут быть проявления стенокардии.

Необычная иррадиация болей (в челюсть, затылок, шею, лоб) или боль ощущается только в зонах иррадиации.

В момент приступа может наблюдаться повышение АД, или же, наоборот, повышение АД может привести к приступу стенокардии.

В пожилом возрасте значительно чаще наблюдаются безболевые (атипичные) формы, особенно при ИМ. Эквивалентом боли могут быть приступ одышки, нарушения ритма сердца или неврологическая симптоматика (чаще в вертебробазилярной системе).

Часто началом приступа может быть расстройство ритма с очень малым (менее 50 в 1 с.) или очень большим (более 120 в 1 с.) числом желудочковых сокращений.

У многих пожилых людей стенокардия

У многих пожилых людей стенокардия характеризуется своеобразным феноменом «разминки», который заключается в том, что больной утром, после подъема с постели, при выполнении даже небольшой физической нагрузки испытывает боль в области сердца, которая позже, днем, при такой же нагрузке его уже не беспокоит.

Приступ стенокардии или ИМ у пожилых могут провоцировать:

- а) **метеофакторы** (колебания атмосферного давления, температуры и влажности воздуха);
- б) **обильная еда**, вызывая переполнение желудочно-кишечного тракта, вздутие кишечника, высокое стояние диафрагмы, обуславливает относительное уменьшение кровоснабжения сердца;
- в) **тяжелая физическая нагрузка, или небольшая физическая нагрузка, но после приема пищи**. Промежуток между физической нагрузкой и приступом может быть различным, особенно коротким в хорошую погоду;
- г) **жирная пища** провоцирует активизацию процесса тромбообразования. Наибольшая гиперкоагуляция наблюдается через 3-5 часов после приема жирной пищи, поэтому после ее приема (особенно «на ночь») могут возникать как приступы стенокардии, так и ИМ.

Из лабораторных исследований имеет значение определение содержания холестерина, триглицеридов, фосфолипидов, β -липопротеидов, а также уровень повышения трансаминаз и сахара в крови. В острый период болезни определяется ОАК, где может быть повышенная скорость оседания эритроцитов, лейкоцитоз, сдвиг нейтрофилов.

Необычное течение, стертые клинические признаки у пожилых делают ненадежными, а поэтому недостаточными обычные клинические обследования и диктуют необходимость использования дополнительных (инструментальных) методов исследования, в первую очередь это ЭКГ. Исследования ЭКГ в условиях покоя не дают для диагностики ИБС достоверных данных.

Значение нагрузочных проб в диагностике ИБС у пожилых ограничено.

Во-первых, людям пожилого возраста трудно выполнять физическую нагрузку на тредмиле и велоэргометрическую пробу из-за наличия сопутствующих заболеваний легких, опорно-двигательного аппарата, детренированности. Во-вторых, исходное изменение комплекса QRST у пожилых затрудняет интерпретацию полученных данных из-за возрастных и патологических изменений, поэтому немаловажную роль играют различные функциональные пробы, ультразвуковое исследование (УЗИ) сердца, коронарография, реже рентгеноконтрастное исследование сердца

Общепринятые принципы в терапии ИБС сохраняются и в гериатрической практике. Лечение должно быть комплексным:

- медикаментозная терапия, направленная на купирование симптомов;
- лекарственные препараты, улучшающие прогноз у больных стенокардией;
- устранение факторов риска, регулирование режима труда и отдыха, питания, образа жизни, лечение заболеваний, способствующих развитию и прогрессированию атеросклеротических процессов (повышение АД, ожирение, СД).

К важнейшим общим мероприятиям следует отнести назначение низкокалорийной диеты, направленной на устранение избыточного веса.

Низкое содержание в диете поваренной соли особенно важно при сопутствующей АГ, сердечной и почечной недостаточности. Прекращение курения устраняет неблагоприятное воздействие никотина на сосуды, кровоснабжающие сердце.

Большое значение имеет устранение малоподвижного образа жизни, выработка определенного уровня физической активности, что достигается специальными физическими тренировками.

Лечение стенокардии представляет собой постоянный прием лекарственных препаратов, позволяющих уменьшить количество приступов стенокардии, увеличить уровень переносимой физической нагрузки, снизить риск возникновения ИМ

При лечении больных ИБС широко используются следующие основные группы препаратов:

а) антиангинальные:

— нитраты;

— ББ;

— антагонисты ионов кальция;

б) дезагреганты;

в) гиполипидемическая терапия;

г) препараты, улучшающие метаболизм ишемизированного миокарда.

При использовании нитратов следует помнить, что нитроглицерин вызывает побочные эффекты. Головокружение, головная боль и ортостатическая гипотония у данной категории пациентов встречается чаще, чем у лиц молодого и зрелого возрастов. Кроме того, к нитроглицерину развивается привыкание при приеме в больших дозах.

Каждого больного следует обучить правилам приема нитроглицерина, предупредить, что препарат может вызвать ощущение полноты, «давления в голове», головную боль, головокружение, прилив крови к лицу, но при длительном приеме эти ощущения ослабевают.

Для предотвращения риска развития привыкания к препаратам их назначают прерывисто с целью создания в течение суток периода, свободного от действия нитрата. Продолжительность такого периода – 6-8 часов.

Большей эффективностью обладают моонитраты – *моносан, эфокс, моочинкве*. Эти препараты обладают большим временем действия (до суток) и большей эффективностью. Их принимают по 20-50 мг (1-2 таблетки) в сутки за 1-2 приема.

Артериальная гипертензия

В процессе старения в крупных артериальных стволах наблюдаются уплотнение внутренней оболочки, атрофия мышечного слоя, уменьшение количества эластических волокон и увеличение числа коллагеновых, что обуславливает снижение эластичности сосудистой стенки.

В результате возрастает скорость распространения пульсовой волны, повышается общее периферическое сосудистое сопротивление, что вызывает рост АД.

Уменьшается количество функционирующих капилляров на единицу площади и диаметр капиллярных петель, усиливаются агрегационные свойства форменных элементов крови. В результате обеднения васкуляризации и снижения проницаемости капилляров в старческом возрасте нарушается кислородное снабжение тканей, развивается их гипоксия.

Снижается сократительная способность миокарда, что обусловлено морфологическими изменениями (кардиосклероз, очаговая атрофия мышечных волокон, увеличение количества соединительной ткани), биохимическими сдвигами (снижение энергетического и минерального обмена), изменениями регуляции (снижение эффективности механизма Франка - Старлинга).

Наблюдается возрастное снижение автоматизма синусового узла, процессов рсполяризации и деполяризации, замедление проводимости.

При старении изменяется характер регуляции кровообращения (рефлекторные реакции становятся более инертными, что связано с ослаблением вегетативной иннервации сердца и сосудов).

Повышается чувствительность сердечно-сосудистой системы к катехоламинам и другим гуморальным факторам регуляции. Уменьшается чувствительность барорецепторов к изменениям уровня АД.

Эти изменения нейрогуморальной регуляции снижают адаптационные возможности и способствуют развитию сердечно-сосудистой патологии

Основные особенности АГ у лиц пожилого и старческого возраста:

1. заболевание чаще возникает в позднем периоде жизни человека (6-8 десятилетие). Реже является продолжением болезни, начавшейся в более ранний период жизни, но приобретает характерные особенности поздней АГ.
2. Клинически характеризуется меньшей выраженностью болезненных ощущений, что затрудняет раннюю диагностику.
3. В связи с возрастными изменениями артериальных сосудов и гемодинамики наблюдается относительно высокий уровень САД и низкий уровень ДАД, что ведет к увеличению ПД.
4. Увеличение сердечного выброса (гипертонический тип кровообращения).
5. Не наблюдается выраженная гипертрофия ЛЖ из-за возрастного понижения метаболизма в миокарде.
6. Очень быстро присоединяются симптомы функциональной недостаточности важнейших органов и систем в связи с возрастными изменениями и прогрессирующим атеросклерозом.
7. Значительно чаще, чем у молодых, развиваются такие тяжелые осложнения, как ИМ, инсульт, ОСЛЖН, почечная недостаточность, даже от незначительных дополнительных неблагоприятных воздействий.
8. Относительно редко наблюдаются ГК симпато-адреналового (I) типа. Чаще кризы протекают по водно-солевому типу (II) и сопровождаются левожелудочковой недостаточностью и расстройством кровообращения

Аускультативный провал.

У больных пожилого возраста часто регистрируется феномен аускультативного провала — период временного отсутствия звука между фазами I и II тонов Короткова, который может продолжаться до 40 мм рт.ст. Аускультативный провал наблюдается на фоне высокого САД. В этой ситуации необходимо нагнетать воздух не менее чем до 250 мм рт.ст. и спускать его очень медленно.

В настоящее время основным объективным методом оценки уровня АД является его суточное мониторирование (СМАД). Анализ результатов СМАД позволяет определенным образом характеризовать суточный профиль, вариабельность, нагрузку давлением, величину и скорость утреннего подъема АД, которые являются независимыми факторами риска развития сердечно-сосудистых и церебральных осложнений. И наконец, данная методика позволяет изучить действие различных антигипертензивных препаратов на все эти показатели во времени

В рекомендациях для лечения АГ рекомендованы пять основных классов лекарственных средств, которые имеют убедительную доказательную базу по влиянию на прогноз.

Это
ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ),
блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА),
антагонисты кальция (АК),
 β -адреноблокаторы (БАБ) и
диуретики,

которые могут назначаться как в виде монотерапии, так и в составе комбинированной терапии. Все эти классы антигипертензивных ЛС могут использоваться у пожилых больных с АГ, однако при ИСАГ преимуществом обладают диуретики и антагонисты кальция