

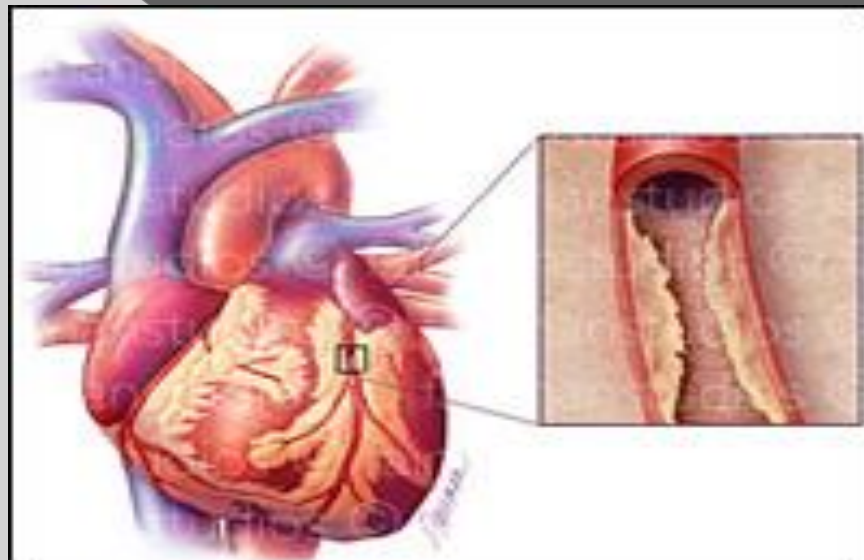
ИБС: нестабильная стенокардия



Подготовила:
студентка 6 курса
42 группы лечебного факультета
Филин Юлия Александровна

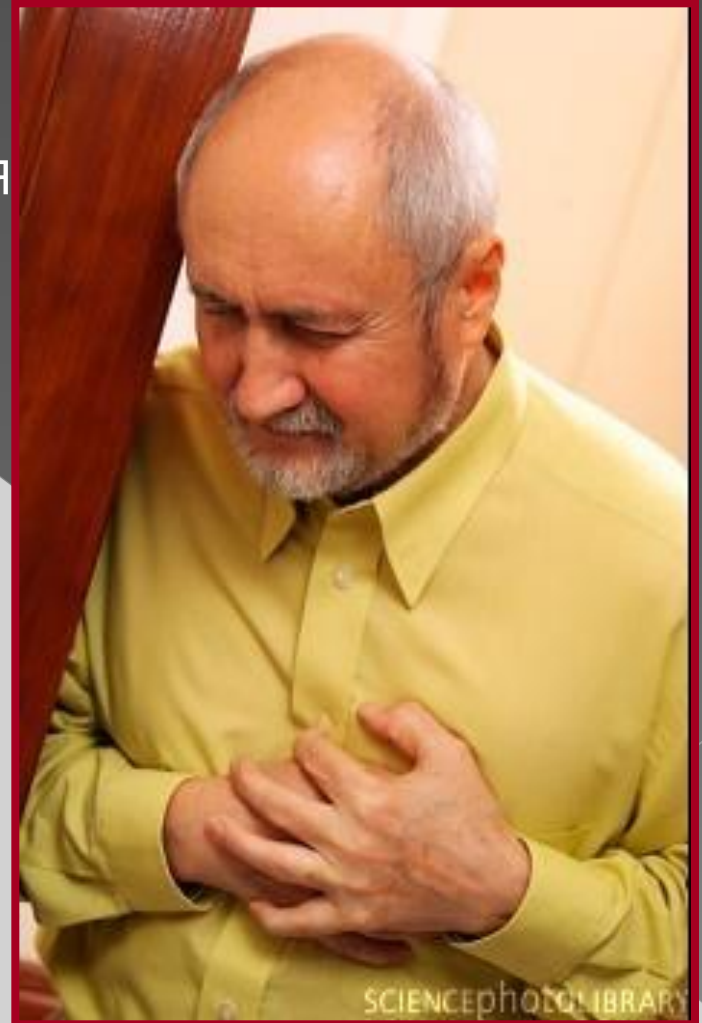
Ишемическая болезнь сердца

- представляет собой острую или хроническую дисфункцию миокарда вследствие относительного или абсолютного уменьшения снабжения миокарда артериальной кровью, чаще всего связанную с патологическим процессом в системе коронарных артерий.



Стенокардия

- синдром, проявляющийся ощущением стеснения или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая располагается чаще всего за грудиной и может отдавать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область, левую лопатку.



Стенокардия является наиболее распространенной формой ИБС:

- Согласно данным Европейского общества кардиологов в странах с высоким уровнем ИБС количество больных со стенокардией составляет 30 000 - 40 000 на 1 миллион населения.
- Интерпретируя эти данные применительно к Республике Беларусь, следует считать, что в Белоруссии примерно 350 тысяч больных стенокардией.

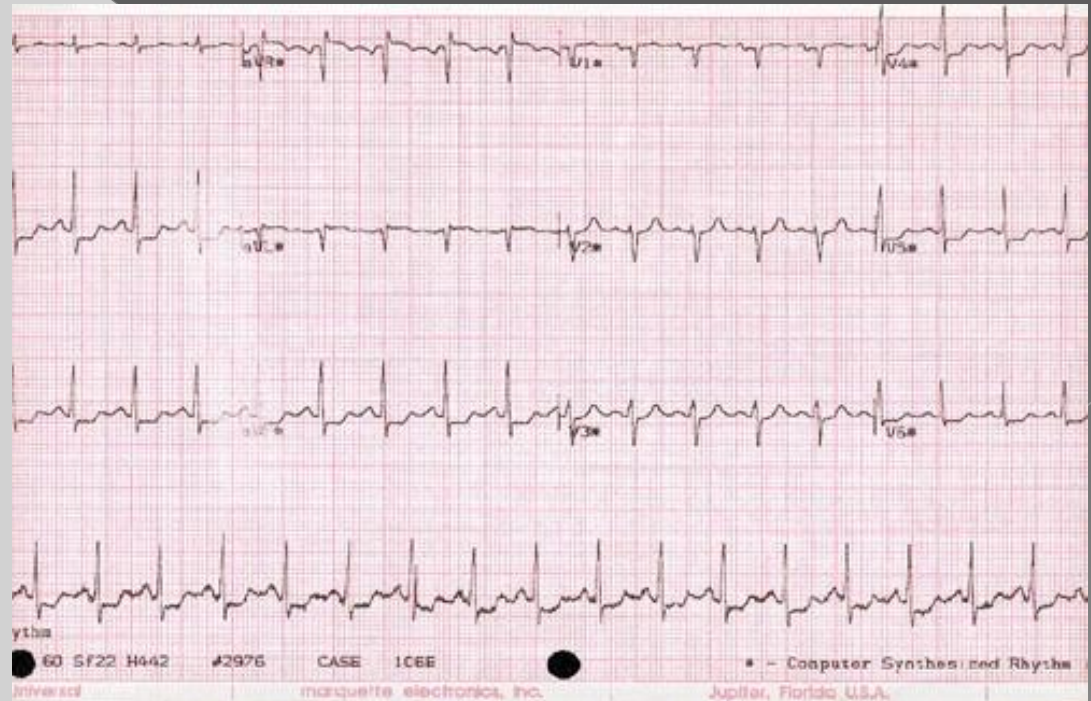


Распространенность стенокардии

- У мужчин 45-54 лет - 2,5%
65-74 лет - 11-20%
- У женщин 45-54 лет - 0,5-1%
65-74 лет - 10-14%

Патогенез

- Атеросклероз коронарных артерий.
- Спазм коронарных артерий.
- Тромбоз коронарных артерий.



Клиника

- Стенокардия, как ИБС в целом, является следствием поражения миокарда, вызванного нарушением коронарного кровотока.
- Боль провоцируется физическими нагрузками, эмоциональным стрессом, воздействием холода, обильным приемом пищи,
- проходит в покое или устраняется приемом нитроглицерина, в течение нескольких секунд или минут.

Место стенокардии в классификации ИБС

- Внезапная коронарная смерть.
- Стенокардия:
 - стабильная ФК I-IV
 - нестабильная стенокардия:
 - Впервые возникшая,
 - Прогрессирующая,
 - Спонтанная,
 - Ранняя постинфарктная.
- Инфаркт миокарда.
- Постинфарктный кардиосклероз.
- Нарушения сердечного ритма.
- Сердечная недостаточность.
- Безболевая ишемия миокарда.



«НЕСТАБИЛЬНАЯ» стенокардия

МКБ-10:

I 20.0 - Нестабильная стенокардия

I 20.8 - Другие формы стенокардии

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. Впервые возникшая стенокардия
2. Прогрессирующая стенокардия (усиление и/или учащение приступов)
3. Спонтанная стенокардия
4. «Вариантная» стенокардия или стенокардия Принцметала
5. Ранняя постинфарктная стенокардия

Классификация нестабильной стенокардии (С. W. Hamm, E. Braunwald Circulation 2000)

Классификация нестабильной стенокардии.

	А-развивается в присутствии экстракардиальных факторов, которые усиливают ишемию миокарда. Вторичная НС	В - развивается без экстракардиальных факторов. Первичная НС	С - возникает в пределах 2-х недель после инфаркта миокарда Постинфарктная НС
I - Первое появление тяжелой стенокардии, прогрессирующая стенокардия; без стенокардии покоя	I А	I В	I С
II - Стенокардия покоя в предшествующий месяц, но не в ближайшие 48 часов (стенокардия покоя, подострая)	II А	II В	II С
III - Стенокардия покоя в предшествующие 48 часов (стенокардия покоя, острая)	III А	III В Тропонин - Тропонин +	III С

Впервые возникшая стенокардия

- Продолжительность заболевания до 1 месяца с момента появления.



Спонтанная стенокардия

- Спонтанная Ст. - эпизоды боли за грудиной, которые возникают без очевидной связи с нагрузкой.
- Приступ более продолжителен, ↑ выражен и не так быстро купируется нитроглицерином.
- ЭКГ: транзиторная депрессия ST, инверсия T.
- Нет изменений в кардиоспецифических ферментах.
- Спонтанная Ст. может протекать как изолированно, так и в сочетании со стабильной стенокардией.

«Вариантная» стенокардия или стенокардия Принцметала

- Эпизоды локального интенсивного вазоспазма коронарных артерий при отсутствии явных атеросклеротических поражений;
- Развивается в покое, в ночное время (причина ишемии - транзиторное снижение доставки кислорода, а не повышение потребности).
- Характеризуется подъемом сегмента ST до 10 минут.

Ранняя постинфарктная стенокардия

- Стенокардия, развившаяся в период от 72 часов до 10 дней после острого инфаркта миокарда. Основным осложнением прямо связанным с ПС, является расширение зоны некроза, наблюдающееся у 20-40% таких больных.



Клинические признаки стенокардии

- Характер болевых ощущений - сжимающий, жгучий, давящий.
- Локализация - за грудиной область или предсердечная область слева от грудины
- Условия возникновения - физическая нагрузка или эмоциональное напряжение
- Продолжительность болевых ощущений - 2-3 минуты (не более 10 минут)
- Иррадиация - в плечо, нижнюю челюсть, в межлопаточную область
- Быстрый и полный купирующий эффект нитроглицерина

Клиническая классификация болей в грудной клетке (АСС/АНА)

Типичная стенокардия

1. Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности
2. Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе
3. Проходит в покое или после приема нитроглицерина

Атипичная стенокардия

- Два из вышеперечисленных признаков

Несердечная боль

- Один или ни одного из вышеперечисленных признаков

Пример диагноза

- . ИБС, нестабильная стенокардия: острая стенокардия покоя от 17.02.05.
- . ИБС, нестабильная стенокардия: прогрессирующая стенокардия от 10.02.05.

Показания к госпитализации:

- При наличии соответствующих клинических проявлений рабочий термин ОКС без подъема ST (ОКС БП ST), установленный на основании отрицательных тропонинов, будет позже определен как нестабильная стенокардия.
- Клинические проявления нестабильной стенокардии:
 1. Состояние после затяжного (более 15 минут) приступа ангинозных болей в покое;
 2. Состояние впервые возникшей (в предшествовавшие 28-30 дней) тяжелой стенокардии;
 3. Дестабилизация ранее существовавшей стабильной стенокардии с проявлениями характеристик, присущих по крайней мере III классу стенокардии и/или возникновение приступ болей в покое.

Выбор стратегии ведения пациентов

Инвазивная стратегия показана у пациентов с:	Консервативная стратегия у пациентов с:
-наличием, по крайней мере, одного критерия высокого/очень высокого риска - возобновляющимися симптомами -стресс-индуцированной ишемией	-низким кардиоваскулярным риском; -высоким риском осложнений при выполнении коронарографии или ЧКВ

- Критерии высокого риска для оценки показаний к ЧКВ
- Первичные:
 - -диагностически значимое повышение уровня тропонинов Т или I, МВ-КФК;
 - -стойкая/рецидивирующая депрессия сегмента ST на ЭКГ;
 - -преходящие подъемы сегмента ST на ЭКГ;
 - -сохраняющийся/ возобновляющийся болевой синдром в грудной клетке/эквивалентные симптомы.
- Вторичные:
 - -сахарный диабет;
 - -почечная недостаточность (клиренс креатинина $<60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$);
 - -нарушение функции левого желудочка (фракция выброса $<40\%$);
 - -ранняя постинфарктная стенокардия;
 - -недавнее ЧКВ;
 - -предшествующее АКШ.

Диагностика нестабильной стенокардии

Ведущее клиническое проявление нестабильной стенокардии - болевой синдром. Основным состоянием, от которого следует дифференцировать нестабильную стенокардию, является инфаркт миокарда, и в первую очередь - мелкоочаговый (без зубца Q).

ЭКГ при нестабильной стенокардии характеризуется изменениями конечной части желудочкового комплекса: сегмента ST обнаруживается у 30% пациентов, инверсия зубца T - у 20%, преходящий подъём сегмента ST - у 5%. ЭКГ в состоянии покоя помогает дифференцировать крупноочаговый инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию, поскольку при первом имеется патологический зубец Q. Суточное мониторирование ЭКГ позволяет выявить изменения, характерные для нестабильной стенокардии, особенно эпизоды безболевой ишемии миокарда.

Ферментная диагностика. МВ-фракция КФК увеличивается через 6-12 ч, содержание миоглобина нарастает через 3 ч, тропонин Т и I реагируют одновременно с МВ-фракцией КФК после некроза кардиомиоцитов, что позволяет дифференцировать нестабильную стенокардию от инфаркта миокарда. При нестабильной стенокардии значительного повышения активности ферментов (более 40% от исходного уровня) не бывает. Нормальные биохимические показатели не исключают наличие нестабильной стенокардии.

Эхокардиография малоинформативна в диагностике нестабильной стенокардии, так как патологическое движение стенок левого желудочка, выявляемое этим методом, можно обнаружить только во время болевого эпизода.

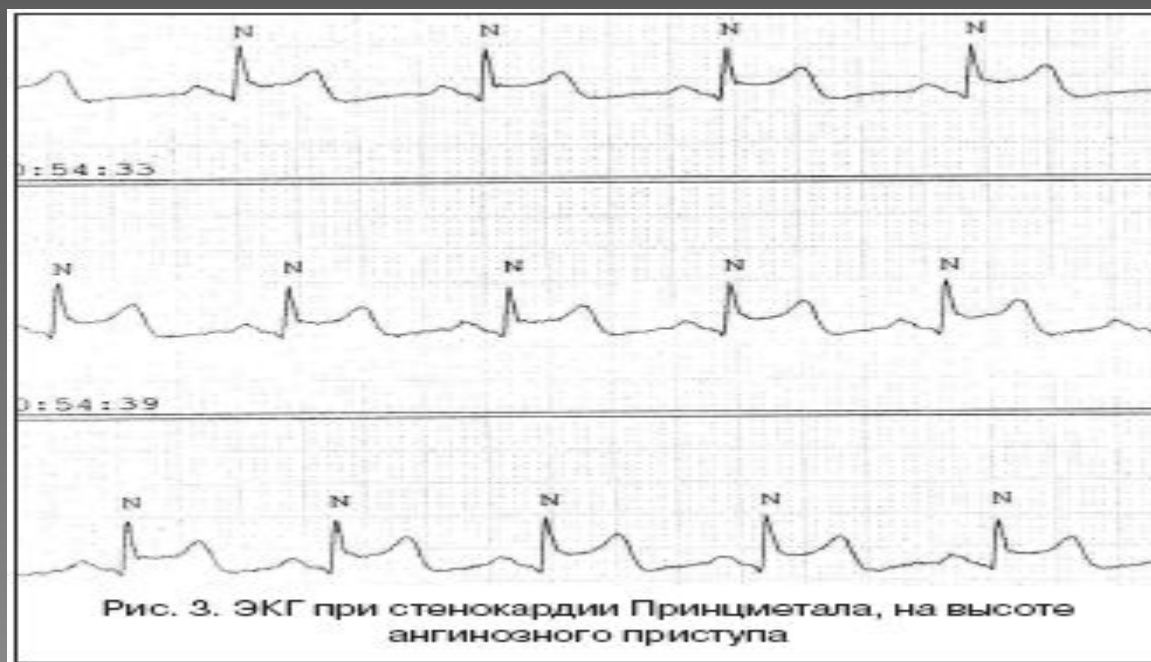
Коронарная ангиография показана больным в том случае, когда обсуждается вопрос о хирургическом лечении нестабильной стенокардии (чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика или коронарное шунтирование), либо больным с прогностически неблагоприятными признаками течения заболевания. При ангиографическом исследовании можно выявить тромбы в венечных артериях (у 40% пациентов) и стенозы венечных артерий (у 40-60% пациентов). В то же время 15% пациентов могут иметь гемодинамически незначимый стеноз венечных артерий (сужение просвета артерии менее 60%), что подтверждает большее значение в развитии нестабильной стенокардии характера фиброзной бляшки, чем степени выраженности стеноза.

Диагностика стенокардии Принцметала

Основным объективным диагностическим критерием стенокардии Принцметала служит ЭКГ, зарегистрированная во время приступа. Классическим признаком стенокардии Принцметала является подъем S-T-сегмента, характерный для трансмуральной ишемии миокарда. В отличие от инфаркта миокарда, при котором подъем соответствующего сегмента держится около месяца, при стенокардии Принцметала данные изменения регистрируются кратковременно, обычно в течение 5–20 мин., пока длятся ангинозные боли. Менее специфичными электрокардиографическими признаками стенокардии Принцметала могут служить расширение и увеличение амплитуды зубца R, заострение или инверсия зубца U, нарушения сердечного ритма и проводимости.

Последующее холтеровское ЭКГ-мониторирование позволяет выявить преходящие эпизоды ишемии, возникающие без значимых изменений ЧСС, что подтверждает факт вазоконстрикции.

При подозрении на стенокардию Принцметала, для индукции ангиоспазма, проводятся провокационные пробы с гипервентиляцией, с введением эргометрина, ацетилхолина, ишемический тест, холодовой тест. Нагрузочные исследования (велоэргометрия, тредмил-тест) выявляют относительно высокую толерантность к физическим нагрузкам. При коронарографии у половины пациентов со стенокардией Принцметала обнаруживается отсутствие функционально значимого (более 50%) стеноза венечных артерий.



Алгоритм неотложной помощи нестабильной стенокардии:

- ⦿ при наличии ангинозной боли -
сублингвально однократно глицерил
тринитрат 0,5 мг или через каждые 7 - 10
минут трехкратно;
- ⦿ регистрация ЭКГ;
- ⦿ внутрь ацетилсалициловая кислота 250 -
500 мг (разжевать);



по показаниям ввести изосорбид динитрат 0,1% 10 мл в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно с начальной скоростью 8 - 10 капель в минуту под контролем АД;

при отсутствии эффекта от глицерил тринитрата - морфин в/в: 10 мг (1 мл 1% раствора) развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводить медленно по 3 - 5 мг с 5 минутным интервалами до полного устранения болевого синдрома;

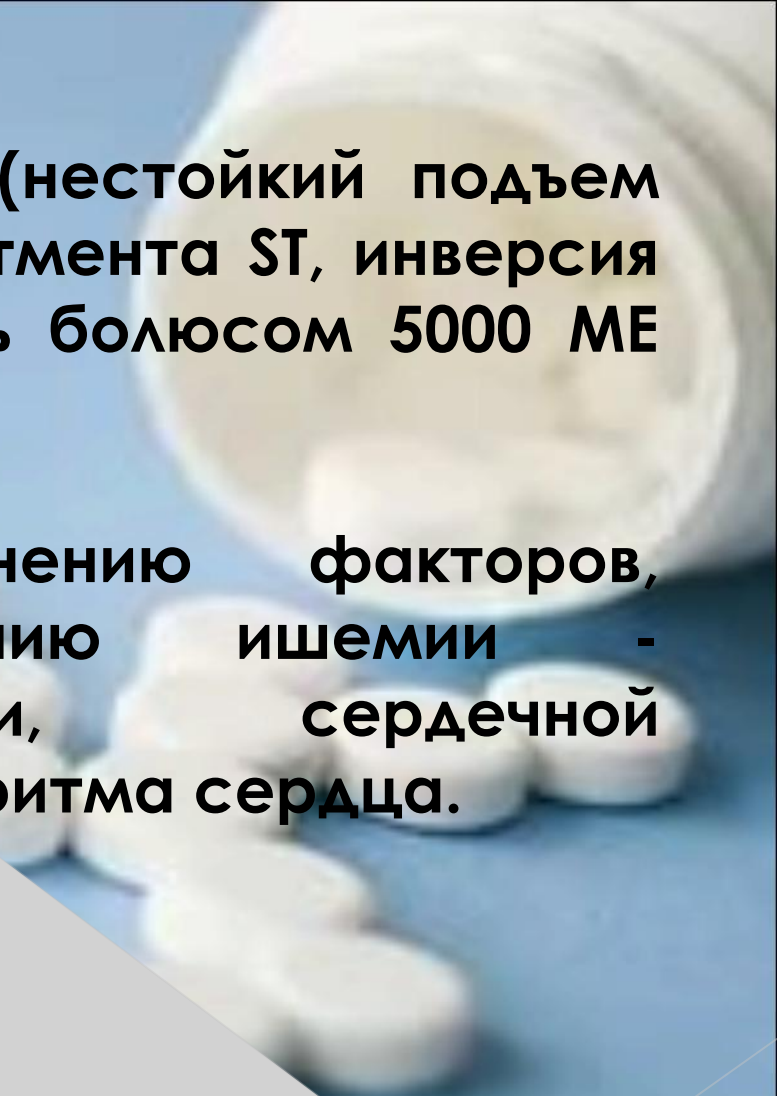
при ангинозных болях, сопровождающихся возбуждением, артериальной гипертензией проводить нейролептаналгезию: 1 - 2 мл 0,005% раствора фентанила в сочетании с 1 - 2 мл 0,25% раствора дроперидола в/в медленно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Лицам старше 60 лет вместо дроперидола использовать диазепам 2 мл 0,5% раствора в/в медленно на 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида;

при нестабильной гемодинамике (АД 70 - 90 мм рт.ст.) вводить в/в 250 мг добутамина (начальная доза 2 - 5 мкг/кг/мин) или 200 мг допамина в 200 - 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы (начальная доза 2 - 3 мкг/кг/мин) с последующим повышением дозы на 2,5 мкг/кг каждые 15 - 30 минут до получения нужного результата или достижения дозы 15 мкг/кг/мин.

При наличии ЭКГ изменений (нестойкий подъем сегмента ST или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T) - п/к или в/в вводить болюсом 5000 МЕ гепарина.

Принять меры к устранению факторов, способствующих усугублению ишемии - тахикардии, гипертензии, сердечной недостаточности, нарушений ритма сердца.

Срочная госпитализация.



ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

1. Лечение проводить в стационаре.
2. Физический и психический покой.
3. Воздействие на свёртывающую систему крови: применение антикоагулянтов и антиагрегантов. Гепарин 5000 Ед. внутривенно струйно, затем капельно 1000-1200 Ед./час в течение 48 часов при увеличении АЧТВ в 1,5-2 раза; аспирин в дозе 130-325 мг/сутки.
4. Терапия симптоматическими средствами: нитраты, β -адреноблокаторы, кальциевые блокаторы. Нитраты и β -блокаторы в первые сутки у большинства больных лучше вводить в вену.
5. При сохранении прогрессирования патологического процесса на 3-4 сутки целесообразно проведение коронарографии и операции реваскуляризации миокарда.