

ИБС. Диспансеризация и лечение больных с ИБС на амбулаторном этапе

Подготовила: студентка 4 курса,
лечебного факультете, 40 группы
Петухова А.А.

Понятие ИБС

- **Ишемическая болезнь сердца**— патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда вследствие поражения коронарных артерий. Может протекать остро (инфаркт миокарда), а так же хронически (приступы стенокардии).

Распространённость

ИБС — очень распространённое заболевание, одна из основных причин смертности, а также временной и стойкой утраты трудоспособности населения в развитых странах мира. В связи с этим проблема ИБС занимает одно из ведущих мест среди важнейших медицинских проблем XXI века.

В 80-е гг. проявилась тенденция к снижению смертности от ИБС, но тем не менее в развитых странах Европы она составила около половины общей смертности населения при сохранении значительной неравномерности распределения среди контингентов лиц разного пола и возраста. В США в 80-е гг. смертность мужчин в возрасте 35-44 лет составляла около 60 на 100 000 населения, причём соотношение умерших мужчин и женщин в этом возрасте было примерно 5:1. К возрасту 65-74 лет общая смертность от ИБС лиц обоих полов достигла более 1600 на 100 000 населения, а соотношение между умершими мужчинами и женщинами этой возрастной группы снижалось до 2:1.

Судьба больных ИБС, составляющих существенную часть контингента, наблюдаемого врачами, во многом зависит от адекватности проводимого амбулаторного лечения, от качества и своевременности диагностики тех клинических форм болезни, которые требуют оказания больному неотложной помощи или срочной госпитализации.

По статистике в Европе ИБС и инсульт головного мозга определяют 90 % от всех заболеваний сердечно-сосудистой системы, что характеризует ИБС как одно из самых часто встречающихся заболеваний.

Классификация ИБС

- Острая: а) внезапная коронарная смерть;
б) острый ИМ;
в) нестабильная стенокардия;
г) вазоспастическая стенокардия.
- Хроническая: а) стенокардия напряжения и покоя;
б) постинфарктный кардиосклероз;
в) аневризма сердца;
г) безболевая форма.

Современную классификацию заболевания предложила Всемирная организация здравоохранения еще в 1979 году. Последняя классификация ИБС по ВОЗ датирована 1995 годом. Существуют такие виды заболевания, как:

- Внезапная коронарная смерть;
- Стенокардия;
- Безболевого ишемия миокарда;
- Инфаркт миокарда;
- Постинфарктный кардиосклероз;
- Нарушения ритма и проводимости как единственный симптом ишемии;
- Сердечная недостаточность.

Рабочая классификация ИБС

- Внезапная сердечная смерть.
- Стенокардия: Стабильная стенокардия напряжения.
Нестабильная стенокардия (впервые возникшая стенокардия, прогрессирующая стенокардия, ранняя постинфарктная или послеоперационная стенокардия). Спонтанная стенокардия.
- Безболевого ишемия миокарда.
- Отдельные случаи заболевания могут относиться к нестабильной форме стенокардии.
- Микроваскулярная стенокардия.
- Инфаркт миокарда (с зубцом Q и без зубца Q).
- Постинфарктный кардиосклероз.
- Сердечная недостаточность.
- Нарушения сердечного ритма и проводимости.

Этиология



Атеросклеротические изменения

Ишемическая болезнь сердца - поражение коронарных артерий



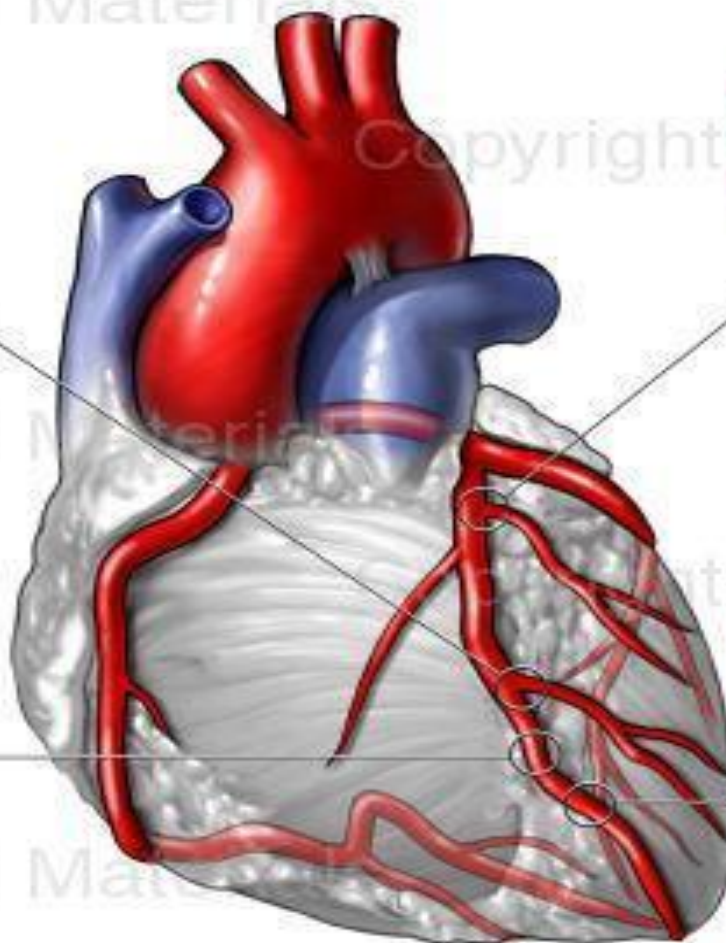
Сужение 50 %



Сужение 99%



Сужение 30 %



Сужение 90%

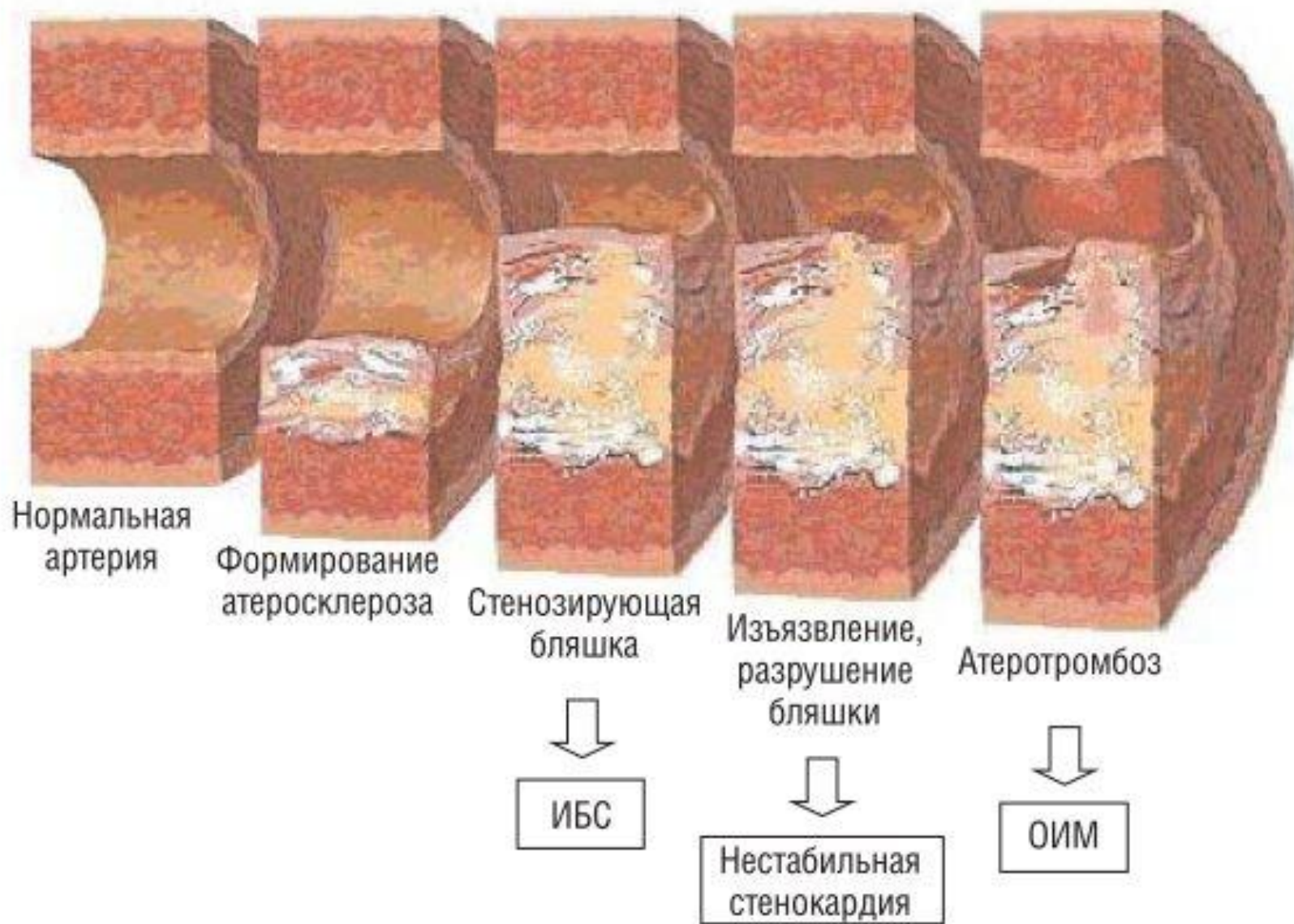


Рис. 1.1. Патогенетические стадии атеросклероза

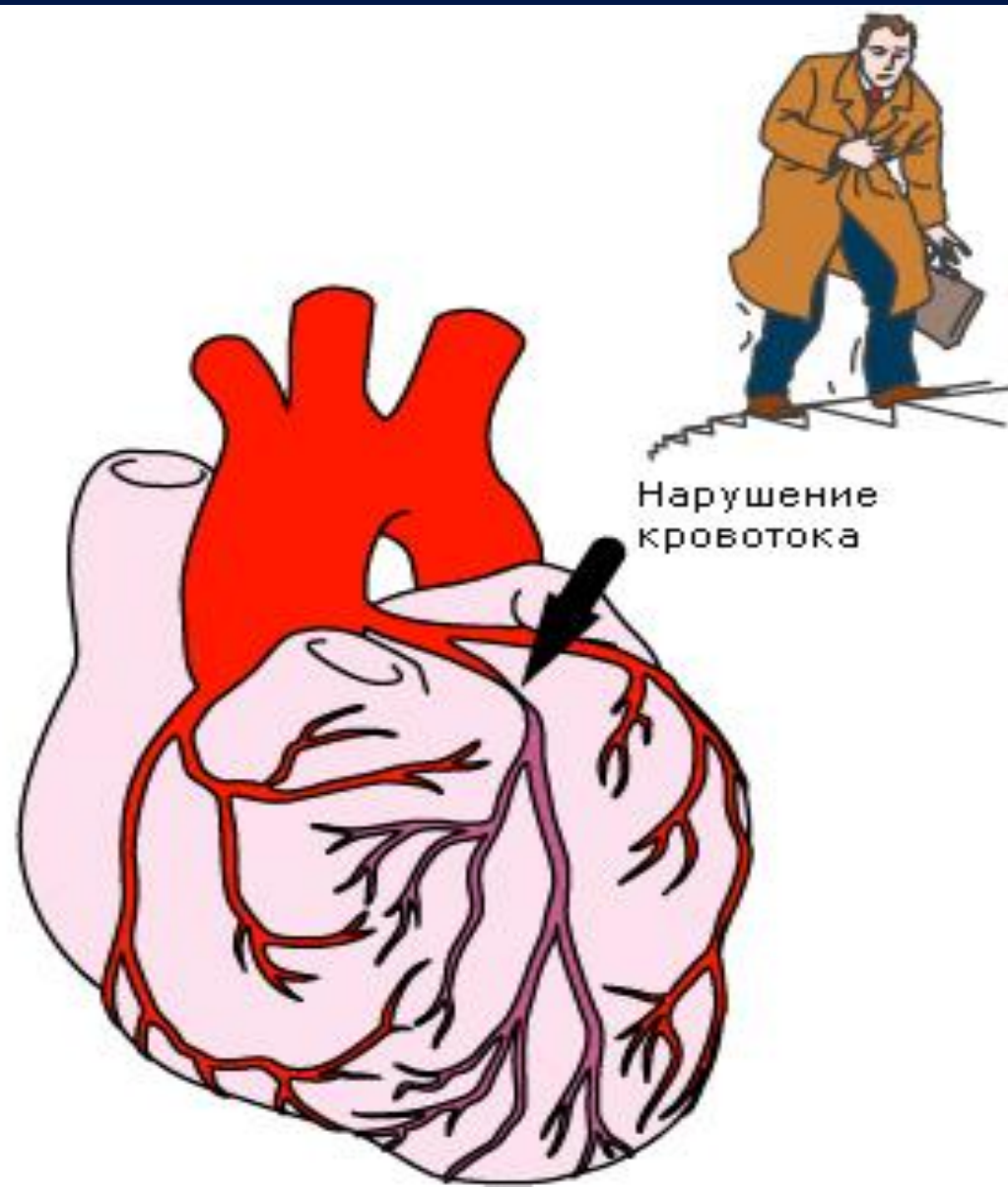
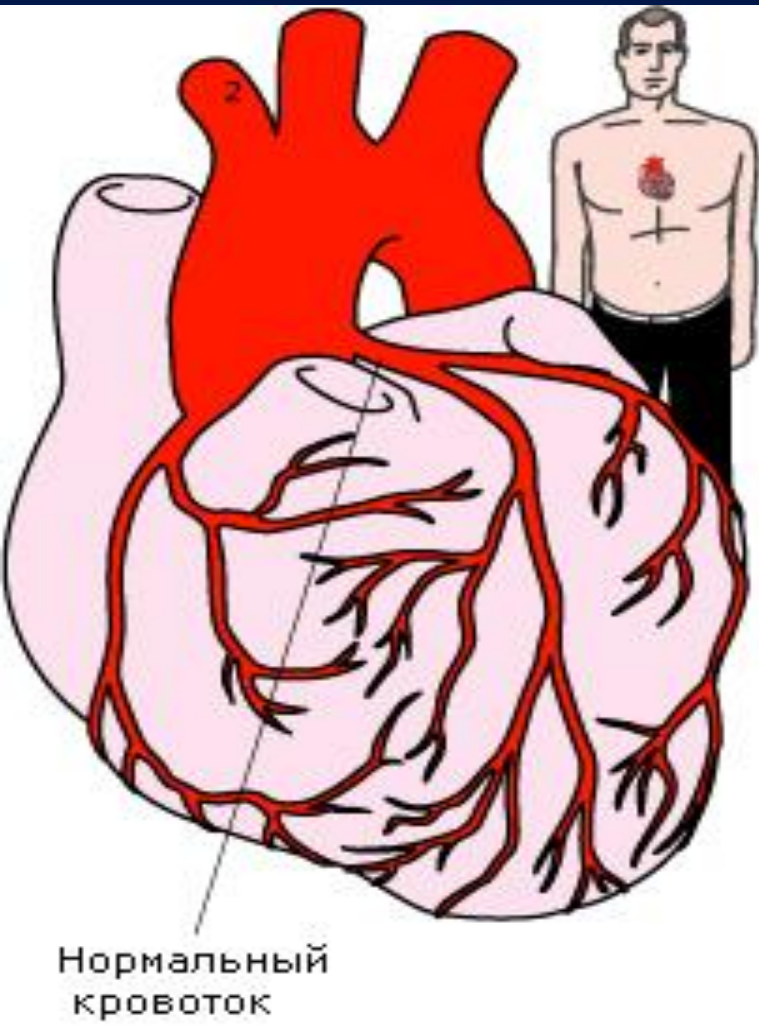
Факторы риска развития ИБС

- Биологические детерминанты или факторы:
 - пожилой возраст;
 - мужской пол;
 - генетические факторы, способствующие возникновению дислипидемии, гипертензии, толерантности к глюкозе, сахарному диабету и ожирению.
- Анатомические, физиологические и метаболические (биохимические) особенности:
 - дислипидемия;
 - артериальная гипертензия;
 - ожирение и характер распределения жира в организме;
 - сахарный диабет.

Поведенческие факторы, которые могут привести к обострению ИБС:

- пищевые привычки;
- ожирение, как фактор развития ИБС;
- курение;
- недостаточная двигательная активность, или физические нагрузки превышающие адаптационные возможности организма;
- потребление алкоголя;
- поведение, способствующее возникновению заболеваний коронарных артерий.

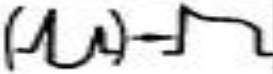
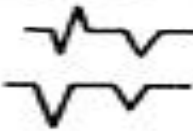
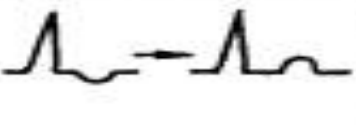
Стенокардия



Функциональные классы

- Класс I. В этом случае обыкновенные физические нагрузки, такие как подъем по лестнице или ходьба, не вызывают приступов болезни. Симптомы заболевания появляются при более интенсивных или длительных нагрузках.
- Класс II. На этом этапе наблюдается незначительное ограничение привычной двигательной активности. Симптомы стенокардии появляются при перемещении на дистанции более 300 метров. Также проявления приступа могут наблюдаться при подъеме более чем на 1 этаж по обыкновенным ступенькам в среднем темпе. Риск появления признаков стенокардии существенно увеличивается при физических нагрузках. Приступ может развиться после еды, стрессовых ситуаций или через пару часов после пробуждения.
- Класс III. На этой стадии наблюдается значительное ограничение активности. Приступы болезни возникают уже через 150-300 метров ходьбы. Также дискомфорт возникает после подъема на 1 этаж в обычном темпе.
- Класс IV. В этом случае человек теряет возможность делать любую физическую работу без дискомфорта. Даже в состоянии покоя у него могут появляться ангиальные боли.

Инфаркт миокарда

Условия	Острейший	Острый	Подострый (текущий, рубцующийся)	Рубцовый („старый“ ИМ, постинфарктный кардиосклероз)
Трансмуральный (крупноочаговый) ИМ = „ИМ с зубцом Q“	 Подъем сегмента ST. Зубец T положительный	 1. Патологический зубец Q (QS) 2. Уменьшение зубца R 3. Уменьшение подъема сегмента ST 4. Появление отрицательной фазы зубца T	 1. Патологический зубец Q (QS) 2. Сегмент ST на изолинии 3. Глубокий отрицательный зубец T	 1. Патологический зубец Q (QS) 2. Возможна позитивизация зубца T
Субэндокардиальный (мелкоочаговый) ИМ = „ИМ без зубца Q“	 Подъем или депрессия ST	 Отрицательная фаза зубца T Уменьшение зубца R	 Глубокий отрицательный зубец T	 Возможна позитивизация зубца T
Начало	Минуты – часы	Часы – дни	Дни	Месяцы – годы
Длительность	Часы	Дни	Дни – месяцы	Годы

Диспансеризация и диспансерное наблюдение



Диспансеризация

Больные с ИБС, различными видами стенокардии подлежат диспансеризации в кардиологических центрах или кардиологических кабинетах поликлиники.

Обязательно выделяется группа высокого риска: инфаркт миокарда в анамнезе, периоды нестабильности течения ИБС, частые эпизоды ББИМ, серьезные сердечные аритмии, сердечная недостаточность, тяжелые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, нарушения мозгового кровообращения и др.). Этой группе больных проводятся более частые осмотры с использованием всех современных методов исследования и подбором оптимальной терапии.

Диспансерное наблюдение подразумевает систематическое посещение врача-кардиолога (терапевта) 1 раз в 6-12 мес с ежегодным проведением инструментальных методов обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, нагрузочных проб, холтеровского СМ ЭКГ, суточного мониторирования АД, определением липидного профиля и уровня физической активности, а также коррекцией факторов риска.

Существенным моментом является назначение адекватной медикаментозной терапии. Большую роль играют рекомендации, полученные пациентом по организации здорового образа жизни и борьбе с имеющимися у него факторами риска. Партнерство врача и пациента - залог успешного лечения и реабилитации больных ИБС.

Пациентов с ИБС, как правило, относят к II или III группам диспансерного динамического наблюдения

Примерная схема динамического наблюдения за пациентами с ИБС

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Медицинские осмотры врачами-специалистами	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
Хроническая ИБС	2–4 раза в год в зависимости от клинического течения заболевания	Другие специалисты – по медицинским показаниям. Врач-кардиолог – при отсутствии эффективности лечения в поликлинике	Общий анализ крови, мочи-1 р.г.; ЭКГ- 2 р. Г.; мониторинг ЭКГ по мед. Показаниям и др.	Рекомендации по навыкам ЗОЖ; коррекция факторов риска; лечение согласно протоколам	Пожизненное наблюдение	Улучшение клинических показателей, снижение временной нетрудоспособности

Диагностика

- Характерные симптомы и анамнез;
- ЭКГ;
- Велоэргометрия;
- Ультразвуковая кардиография;
- Ангиография;
- КТ;
- Рентген-диагностика.

Диагностика и лечение больных при оказании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

Лечение проводится согласно приказу МЗ
Республики Беларусь от 19.05.2005 № 274
"Об утверждении клинических
протоколов диагностики и лечения
больных"



Нестабильная стенокардия

- Купирование болевого синдрома:
 - 1) нитроглицерин 0,5 мг. каждые 5 минут сублингвально по одной таблетке (до 3 раз).
 - 2) метамизол 2 мл. 50% р-ра + диазепам в/м или + трамадол 1-2 мл. в/в;
 - 3) тримеперидин 1-2% 1-2 мл. в/в или п/к. Можно заменить фентанилом (0,005% р-р.).
- Ацетилсалициловая кислота 0, 25 мг/сут. .
- Пролонгированные нитраты внутрь (нитроглицерин 13-16 мг/сут.).
- Срочная госпитализация.
- После выписки: изосорбида ди- или мононитрат 80-120 мг/сут. .

Ангиоспастическая стенокардия

- По показаниям: пролонгированные нитраты (нитроглицерин 13-26 мг/сут.; изосорбид динитрат 40-120 мг/сут.; молсидамин 2-8 мг/сут.).
- АК: верапамил 120-320 мг/сут.; нифидепин-ретард 10-40 мг/сут. .
- Ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут. .
- Антиагреганты: пентоксифиллин 300-800 мг/сут.; дипиридамола 75-150 мг/сут. .
- Лечебная физкультура.
- Дозированная ходьба.

Стенокардия напряжения

- БАБ: атенолол 50-100 мг/сут.; метопролол 50-150 мг/сут. .
- АК: верапамил 120-320 мг/сут. .
- Пролонгированные нитраты (изосорбид динитрат 40-120 мг/сут.).
- При необходимости отмены нитратов: молсидомин 4-16 мг/сут. .
- Ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут. .
- Пентоксифиллин 300-800 мг/сут. .
- ЛФК.
- Дозированная ходьба.

Инфаркт миокарда

- Купирование болевого синдрома:
- 1) нитроглицерин 0,5 мг. каждые 5 минут сублингвально по одной таблетке (до 3 раз).
- 2) метамизол 2 мл. 50% р-ра + диазепам в/м или + трамадол 1-2 мл. в/в;
- Тромболитические и антитромбические препараты: стрептокиназа 1,5 млн. МЕ в/в однократно в течении 30 минут.
- Ацетилсалициловая к-та 250 мг/сут. .
- Пролонгированные нитраты: нитроглицериндо 26 мг/сут или изосорбида динитрат 80 - 120 мг/сут. .
- Срочная госпитализация в стационар.

Бессимптомная ишемия миокарда

- БАБ: атенолол 50-100 мг/сут.; метопролол 50-150 мг/сут. .
- АК: верапамил 120-320 мг/сут. .
- Пролонгированные нитраты (изосорбид динитрат 40-120 мг/сут.).
- Ацетилсалициловая кислота 75-150 мг/сут. .
- ЛФК.
- Физиотерапия (магнитотерапия, массаж).

Профилактика ИБС

Вся профилактика Ишемической Болезни
Сердца сводится к простому правилу «И.Б.
С.»:

И. - Избавляемся от курения.

Б. - Больше двигаемся.

С. - Следим за весом.

Спасибо за внимание!

