

УДК 615.01.8 – 615.331

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. (КРАТКИЙ ОБЗОР)

Р.Е. Кулубеков, Н.Е. Аукенов, К.Ш. Амренова, Г.К. Байханова, М.Т. Сайлаубаева, Г.А. Арутюнян

РГП на ПХВ «Государственный медицинский университет г. Семей»

Резюме*Ишемическая болезнь сердца – заболевание сердечной мышцы, обусловленное нарушением равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.***Summary****THE SOME QUESTIONS OF IDH***IDH its disease of cardiac muscle, containing disbalance between coronary circulation of blood and metabolic processes in cardiac muscle.***Түжірім****ИШЕМИЯ ЖҮРЕК АУРУКАНЫҢ ӘР ТҮРЛІ СУРАҚТАРЫ***Ишемия жүрек ауруқ ол жүрек булшық утінің ауыру, коронарлы қан қуылыпның бузылуы және жүрек булшық екінін метаболиттік қажеттілігі.***Клиническая классификация ИБС.**

1. ВКС (внезапная коронарная смерть) – первичная остановка сердца
2. Стенокардия
 - 2.1. Стенокардия напряжения
 - 2.1.1. Впервые возникшая стенокардия напряжения
 - 2.1.2. Стабильная стенокардия напряжения (с указанием функционального класса больного от 1 до 4)
 - 2.1.3. Прогрессирующая стенокардия напряжения
 - 2.2. Спонтанная форма стенокардии (особая)
3. Инфаркт миокарда
 - 3.1. Крупноочаговый (трансмуральный)
 - 3.2. Мелкоочаговый
4. Постинфарктный кардиосклероз
5. Нарушение сердечного ритма с указанием формы
6. Сердечная недостаточность

ИБС (этиология)

Ишемическая болезнь сердца – заболевание сердечной мышцы, обусловленное нарушением равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы. Термин предложен в 1957 году группой специалистов ВОЗ по изучению атеросклероза и ИБС. В 1959 Комитетом по ССР и гипертензиям был принят термин «коронарная болезнь». Таким образом, оба термина являются синонимами.

Коронарная недостаточность (КН) – несоответствие коронарного кровотока потребностям миокарда в кислороде, приводящее к ишемии или некрозу сердечной мышцы и развитию кардиосклероза. КН может развиваться при многих заболеваниях, протекающих с поражением коронарных артерий сердца (системный артериит, ревматизм, инфекционный эндокардит, СКВ, амилоидоз, стеноз устья аорты, опухоли сердца и др.), но в этих случаях ее не относят к ИБС и рассматривают как осложнение или вторичный коронарный синдром в рамках соответствующих нозологических форм. Такое выделение ИБС придает ей нозологическую самостоятельность, позволяет обособленно разрабатывать эпидемиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику этого заболевания.

Впервые возникнув, ИБС часто приобретает хроническое рецидивирующее течение, обусловленное прогрессирующим течением коронарного атеросклероза и КН. На определенном этапе она может иметь острое течение, а в ряде случаев дебютирует как инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия, при благоприятном исходе которых ИБС вновь принимает хроническое течение, характерное для стабильной стенокардии.

Стенокардия

Стенокардия является одной из форм ишемической болезни сердца, но как клинический симптом может встречаться и при других заболеваниях (стеноз устья аорты, воспалительные поражения коронарных артерий, заболевания желче-выводящих путей и печени, заболевания, связанные с поражением симпатической иннервации, сифилис с поражением аорты и т.д.).

По классификации существуют две формы стенокардии: напряжения и покоя (спонтанная стенокардия). По течению определяют стабильную и нестабильную.

При стабильной стенокардии развивается стереотипный характер болевых приступов с давностью возникновения 1-3 месяцев и может существовать на протяжении многих лет от редких приступов при высоких физических и психологических нагрузок до тяжелой стенокардии напряжения и покоя.

Нестабильная стенокардия отличается опасностью скорого возникновения инфаркта миокарда. Необходимо отметить, что "нестабильная стенокардия" - собирательный образ, который включает впервые возникшую стенокардию, прогрессирующую стенокардию и спонтанную стенокардию. Эти факторы определяют особенности медикаментозного лечения.

Главная причина развития ишемии миокарда - это дисбаланс между потребностью миокарда в кислороде и его наличием, обеспечивающим коронарный кровоток, которые обусловлены главными и второстепенными факторами (таблица 1).

Таблица 1. - Факторы, определяющие потребление миокардом кислорода.

главные факторы	второстепенные факторы
напряжение стенки миокарда	энергия активации метаболизм в состоянии покоя
нутрижелудочковое давление	
объем желудочка	
толщина стенки	
частота сердечных сокращений	
сократимость	

В клинике невозможно измерить все факторы. Поэтому для оценки изменения потребности и расхода кислорода в миокарде часто используют непрямые показатели, один из основных - ЧСС • систолическое АД). Показатель тесно связан с индексом "напряжение - время", который определяет потребность миокарда в кислороде более инвазивным способом.

При стабильной стенокардии коронарный кровоток не может увеличиться и обеспечить кислородом миокард из-за атеросклеротического стеноза сосудов, приводящих к усилению работы сердца или, наоборот, усилению работы сердца приводит к увеличению величины систолического напряжения стенки миокарда, частоты сердечных сокращений и сократительной способности миокарда, что зависит от внутрисердечного давления и объема желудочков. При нестабильной стенокардии, заболевание возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока из-за спазма сосудов (динамический стеноз). Основополагающим фактором являются простогландины, образующиеся в сосудистой стенке и тромбоцитах, вызывая атеросклеротические изменения стенки коронарных сосудов, повышение сосудистого тонуса и пульсового кровенаполнения, изменяющих эластичность сосудов и обратимую внутрисосудистую агрегацию тромбоцитов.

При лечении стенокардии эффективность медикаментозной терапии достигается или с помощью повышения способности коронарной системы доставлять кровь в пораженные ишемией участки, либо путем уменьшения потребности миокарда в кислороде. Для

этого используется достаточно большой спектр антиангинальных препаратов - лекарственных средств различного механизма действия, изменяющих гемодинамические условия сердца или улучшающих коронарный кровоток, тем самым оказывая непосредственное влияние на синдром стенокардии.

Принципы терапии стенокардии

Стенокардия напряжения. Для поддерживающего лечения применяют длительно действующие нитраты, антагонисты кальция или бета - адреноблокаторы. Если больной страдает гипертензией часто адекватна монотерапия антагонистами кальция или бета - блокаторами. При нормотензии подходят длительно действующие нитраты. Сочетание бета-блокаторов с антагонистами кальция (например, пропранолола с нифедепином) или двух различных антагонистов кальция может быть более эффективно, чем использование каждого препарата по отдельности. Некоторым может потребоваться лечение препаратами трех групп. При постоянной гипертензии, синусовой брадикардии или дисфункции атриовентрикулярного узла нифедепин или другие длительно действующие дигидропиридины могут оказаться препаратами выбора.

Таблица 11. - Применение нитратов с блокаторами кальциевых каналов или бета-блокаторами при стенокардии.

Показатель	нитраты	бета-блокаторы или блокаторы кальциевых каналов	сочетания нитратов с бета-блокаторами или блокаторами кальциевых каналов
ЧСС	рефлекторное повышение*	снижение ¹	снижение
АД	снижение	снижение	снижение
конечный диастолический объем	снижение	повышение	нет эффекта или снижение
сократимость	рефлекторное повышение	снижение ¹	нет эффекта
время изгнания	снижение	повышение	нет эффекта

¹Нифедепин может вызвать рефлекторное повышение частоты и силы сердечных сокращений. * - Нежелательные эффекты подчеркнуты.

Вазоспастическая стенокардия. Более эффективны нитраты и антагонисты кальция. Примерно, в 70% случаев приступы стенокардии полностью исчезают, в 20% - значительное снижение приступов.

Нестабильная стенокардия. Применяют бета-адреноблокаторы с нитратами и нифедепином, что снижает частоту приступов в покое, риск инфаркта миокарда и необходимость неотложной хирургической реваскуляризации миокарда. Однако нифедепин сам по себе не более эффективен в отношении снижения частоты приступов в покое, чем нитраты или бета - блокаторы. Напротив, верапамил более эффективнее контролирует нестабильную стенокардию, чем пропрано-

лол. Уменьшает частоту приступов ацетилсалициловая кислота. Также показано введение гепарина и тромболитических средств.

Литература:

1. Кукес В.Г. Клиническая фармакология. М: Медицина, 1991. 653 с.
2. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепяхин В.К. Клиническая фармакология и фармакотерапия. М., Медицина, 1993. С. 390-456.
3. Холодов Л.Е., В.П.Яковлев. Клиническая фармакокинетика. М.: Медицина, 1985. 462 с.

УДК 616.12-009.72-08-053.3

ОСОБЫЙ ПОДХОД К КЛИНИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ ИБС У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.М. Шулепова

КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Павлодар

Резюме

Особенности патогенеза, клиники, лечения с основами доказательной медицины ИБС у пожилых пациентов.

Summary

THE SPECIAL APPROACH TO THE CLINIC, TREATMENT OF CHD IN ELDERLY PATIENTS

Features of the pathogenesis, clinical picture, treatment with evidence-based heart disease in elderly patients.

Тұжырым

КЛИНИКАҒА ЕРЕКШЕ ЖОЛ, ЕМДЕУ ИБС ЕГДЕ ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ

Патогенез, клиника, емдеудің ерекшеліктері ИБСтың дәлел дәрігерлігінің негіздерімен егде емделушілерде.