

УДК 616.127-005.4.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ЛИЦ СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

С.С. Касбаева, Б.Х. Оразгалиева, М.В. Черкасова

КГКП «Медицинское объединение города Риддер» УЗ ВКО, г. Риддер

Феномен безболевой ишемии миокарда (БИМ) является предметом пристального внимания многих исследователей.

Впервые феномен БИМ был описан в 1950 году Р. Wood и соавторы по результатам ЭКГ у больных со стабильной стенокардией во время теста с физической нагрузкой.

В 1994 году S. Stesm и соавторы выявили безболевые эпизоды смещения сегмента ST при 24- часовом мониторинге электрокардиограммы у больных атеросклерозом коронарных артерий.

Наиболее полное определение этого синдрома дал Р. Cohn (1981г.): «Безболевая ишемия миокарда - это преходящее нарушение перфузии, метаболизма, функций и электрической активности миокарда, которые не сопровождаются приступами стенокардии и его эквивалентами».

По современным представлениям феномен БИМ обнаруживается у 2-5% практически здоровых лиц, 30% с ПИК и 40-100% со стабильной и нестабильной стенокардией (Tabone 1993г.).

В патогенезе БИМ важную роль играет спазм коронарных артерий с признаками склероза, образование нестойких микроагрегатов или тромбоз, повышение потребности миокарда в кислороде.

Эпизоды ишемии миокарда могут быть вызваны стрессом, умственной или физической нагрузкой, воздействием холода, курением, едой, а также могут быть в покое, во сне или без видимых причин. Возможными причинами отсутствия болевой симптоматики при БИМ являются: повышение порога болевой чувствительности, нарушение проведения болевых импульсов, индивидуальные особенности восприятия боли.

Наиболее распространенные методы диагностики БИМ – ЭКГ - методы, мониторинг электрокардиограммы по Holter, эхокардиография (ЭхоКГ), коронарография. ЭКГ - исследования остаются основными в современной клинической практике.

Целью данной работы является выявление БИМ у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и практически здоровых лиц.

Материалы и методы: в КГКП «Медицинское объединение города Риддер» нами – было проведено скрининговое обследование мужчин и женщин в возрасте 40, 45, 50 лет на выявление болезней системы кровообращения за 2009г.

Было обследовано 1267 человек в возрасте 45-55 лет, из них 35 (2,8%) состоит на диспансерном учете с диагнозом (ДЗ) ИБС, стенокардия; 5 (0,4%) с ДЗ: ПИКС; 69 (5,4%) с ДЗ: Артериальная гипертензия (АГ), 1158 (91,4%) - практически здоровые.

Таблица №1. - Частота смещения сегмента ST при скрининговом обследовании.

Возраст	Число лиц, подлежащих осмотру с ЭКГ	Состоят на диспансерном учете						Практически здоровы	Смещение сегм. ST	Всего смещения сегм. ST
		ИБС, стенокардия	Смещение сегм. ST	ПИКС	Смещение сегм. ST	АГ	Смещение сегм. ST			
45	422	4	1	2	1	18	-	396	-	2
50	331	9	2	1	-	20	2	388	1	5
55	494	22	4	2	1	31	2	286	2	9

Всем лицам было проведено ЭКГ – исследование на аппарате «BTL-08SD», где регистрировалось транзиторное смещение сегмента ST. Ишемическими изменениями считались: горизонтальное или нисходящее снижение сегмента ST с амплитудой не менее 1 мм и продолжительностью более 60 секунд. Специфичность результатов данного метода приближается к 100%.

Анализируя данные ЭКГ, из таблицы №1 видно, что эпизоды смещения сегмента ST были зарегистрированы у 2 (0,47%) пациентов в возрасте 45 лет, состоящих

на «Д» учете с ДЗ: ИБС и ПИКС. Эпизоды БИМ не выявлены (Таблица №2).

В возрасте 50 лет - у 5 (1,5%) человек: у 2-больных с ДЗ: ИБС и у 2 с ДЗ: АГ, 1 случай у практически здорового. Эпизоды БИМ выявлены у 2 (0,6%) человек с ДЗ: ИБС и АГ.

В возрасте 55 лет выявлено 9 (1,8%) эпизодов ишемии миокарда, в т.ч. состоящих на «Д» учете с ИБС (4), с ПИКС (1), АГ (2) и ранее здоровых (2). БИМ определялась у 4 (0,8%) человек: 1 с ДЗ: ПИКС, 2 с ДЗ: ИБС, 1 – ранее здоровый.

Таблица №2. - Распространенность БИМ по данным ЭКГ и ЭхоКГ.

Возраст	Частота %		
	Смещение сегмента ST	БИМ	ЭхоКГ
45	0,47	-	-
50	1,5	0,6	-
55	1,8	0,8	0,4

Всем лицам (16) с выявленным снижением сегмента ST проводилась ЭхоКГ на сканере «Pro Focus-2202» (Дания) по стандартной методике с использованием фазированного секторного датчика 2-4 МГц. Анализировались следующие показатели: толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) в систолу и диастолу; конечно-систолический объем (КСО) и конечно-диастолический объем (КДО) левого желудочка (ЛЖ), ударный объем

(УО), фракция выброса (ФВ) и сократимость миокарда ЛЖ; оценка диастолической функции ЛЖ по трансмитральному потоку.

По данным ЭхоКГ у больных с АГ (4) и практически здоровых (3) в 2-х случаях отмечались гипертрофия миокарда ЛЖ, в 3-х - фиброзные изменения стенок аорты (Ао). Зон асинергии в доступных для визуализации участках не выявлено.

У больных с ИБС (7) определились кальциноз стенок и фиброзного кольца Ао (3 случая), кальциноз створки митрального клапана, зоны гипокинеза миокарда с нарушением диастолической функции ЛЖ по 1 типу. Систолическая функция ЛЖ сохранена.

Данные ЭхоКГ подтвердили ПИКС (2 человека), где выявлены соответствующие изменениям ЭКГ зоны гипокинезии миокарда, гипертрофии миокарда ЛЖ, нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу, признаки снижения систолической функции ЛЖ (1).

Таким образом, ЭхоКГ с БИМ обнаружена у 2 человек (10,4%) в возрасте 55 лет с диагнозом: ИБС и ПИКС (см. таблицу №2).

Существенных различий эхокардиографических показателей при болевой и безболевой ишемии миокарда не выявлено.

Вывод: Таким образом, безболевая ишемия миокарда у лиц среднего возраста без ИБС в анамнезе имеет большое прогностическое значение, а у здоровых лиц с факторами риска ИБС свидетельствует о скрыто протекающей ишемической болезни сердца. А у лиц с постинфарктным кардиосклерозом указывает на возможность повторного инфаркта миокарда.

Литература:

Осылайша, жанына батпайтын ишемиялык миокард орта жастагыларда ИЖА- нин анамнезде улкен мени бар, жэне ишемиялык жүрек ауруу жасырын жүреді ИЖА болуы мүмкін, ПИКС – ы бар адамдарда инфаркт миокардтың кайталануы ықтимал.

Silent myocardial ischemia in middle-aged persons without CHD history is of great prognostic significance, and in healthy individuals with risk factors for CHD indicates latent ischemic heart disease logarithmic. And those with postinfarction cardiosclerosis indicates the possibility of another heart attack.

УДК 616.12-008.46-039-085.22

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕБИВОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

С.Н. Нурбикенова

ГУ «Госпиталь с поликлиникой Департамента внутренних дел ВКО»

Современную кардиологию невозможно себе представить без β -адреноблокаторов. При отсутствии противопоказаний они показаны всем больным ишемической болезнью сердца как эффективные антиангинальные средства, препараты, снижающие риск развития инфаркта миокарда при нестабильной стенокардии, а в случае развившегося инфаркта – уменьшающие зону некроза и риск фибрилляции желудочков и предупреждающие внезапную смерть после перенесенного инфаркта миокарда. β -адреноблокаторы высоко эффективны при сердечной недостаточности, особенно в случае тахикардии с ЧСС более 80 уд/мин, низкой фракции выброса.

Они являются препаратами первого выбора при артериальной гипертензии, уменьшая частоту развития инсультов на 42%, обладают высокой антиаритмической активностью при нарушениях сердечного ритма (наджелудочковой тахикардии, тахисистолической форме мерцания предсердий, суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии), синдроме «удлиненного QT».

β -адреноблокаторы блокируют β -адренорецепторы, расположенные в различных органах. Различают 2 основных вида β -адренорецепторов. Первые расположены в сердце и островковой части поджелудочной железы, вторые – в стенках артерий, легких, мочевом пузы-

1. Анчиполовская Н.Г., Борт Б.Я., Башинский С.Е. «Немая ишемия миокарда: сравнительная оценка методов выявления, ишемическое и прогностическое значение», «Кардиология» 1994г. №5

2. Верткин А.Л., Мартынов И.В., Гасилин В.С. «Безболевая ишемия миокарда» М-1995г. 104 стр.

3. Гасилин В.С., В.А.Круглов «Инструментальная диагностика безболевой и малосимптомной ишемии миокарда у лиц с факторами риска ИБС», «Клин. Вестник», 1994г. №1.

4. Кондратьев В.,В, Кокурина Е.В., Бочкарева Е.В. «Безболевая ишемия миокарда, современное состояние, проблемы и клинические значимые аспекты её развития. Распространенность и прогностическая значимость безболевой ишемии миокарда», «Кардиология», 1997г. №1

5. Сидоренко В.А., Космолев А.А. «Безболевая ишемия миокарда» «Кардиология», 1999г. №4 5-11 стр.

6. В.В. Митьков, В.А. Сандрикова «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике», Москва «Видар» 1998г. 122-147 стр.

7. Ошурбаев Х.А., Каражанова Л.К. «Безболевая ишемия» г. Семипалатинск 2000г.

8. «Ультразвуковая и функциональная диагностика», №4 2007г., Москва, ООО «Видар».

ре, матке. Эффекты стимуляции β 1-адренорецепторов заключаются в учащении синусового ритма, улучшении внутрисердечной проводимости, повышении возбудимости миокарда, усилении сокращений сердечной мышцы. Стимуляция β 2-адренорецепторов приводит к расслаблению гладких мышц бронхов и сосудов.

Способность блокировать влияние медиаторов на β -адренорецепторы миокарда и ослабление влияния катехоламинов на мембранную аденилатциклазу кардиомиоцитов с уменьшением образования цАМФ определяет фармакодинамику β -адреноблокаторов – их отрицательное ино-, батмо, дромо- и хронотропное действие, антиангинальный, гипотензивный и антиаритмический эффекты.

Влияние на β 2-адренорецепторы обуславливает значительную часть побочных действий и противопоказаний к применению β -адреноблокаторов, в частности, бронхоспазм, сужение периферических сосудов и увеличение общего периферического сопротивления.

К неселективным β -адреноблокаторам относят окспренолол, альпренолол, пропранолол, пиндолол, соталол, тимолол, надолол и другие. Кардиоселективные β -адреноблокаторы (биспролол, атенолол, бетаксол, эсмолол, метопролол, практолол, ацебутолол) в меньшей степени оказывают воздействие на другие