

Презентация

на тему: Поиск клинико-практического руководства по ИБС(стабильная стенокардия) по базам электронных ресурсов.

Выполнила: Акаева Г.С.

Проверил: Иванов Д.А.



- **ИБС** - заболевание сердечной мышцы, обусловленное нарушением равновесия между потребностью миокарда в кислороде и ограниченными возможностями его доставки системой кровоснабжения.



Формы ИБС

1. Стенокардия напряжения
 - 1.1. Стенокардия напряжения впервые возникшая
 - 1.2. Стенокардия напряжения стабильная (ФК)
 - 1.3. Стенокардия напряжения прогрессирующая
 - 1.4. Стенокардия спонтанная
2. Острая очаговая дистрофия миокарда
3. Инфаркт миокарда
 - 3.1. Крупноочаговый ИМ
 - 3.2. Мелкоочаговый ИМ
4. Постинфарктный очаговый кардиосклероз
5. Нарушение сердечного ритма
6. Сердечная недостаточность (с указанием формы и стадии)
7. Безболевая форма ИБС
8. Внезапная коронарная смерть

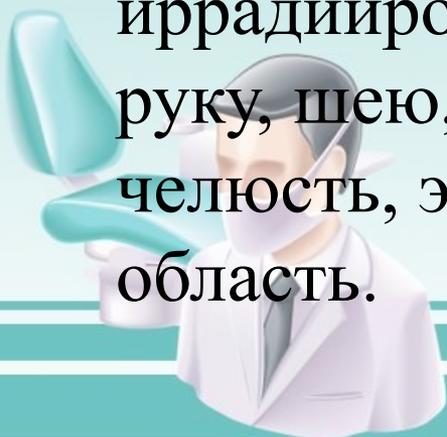
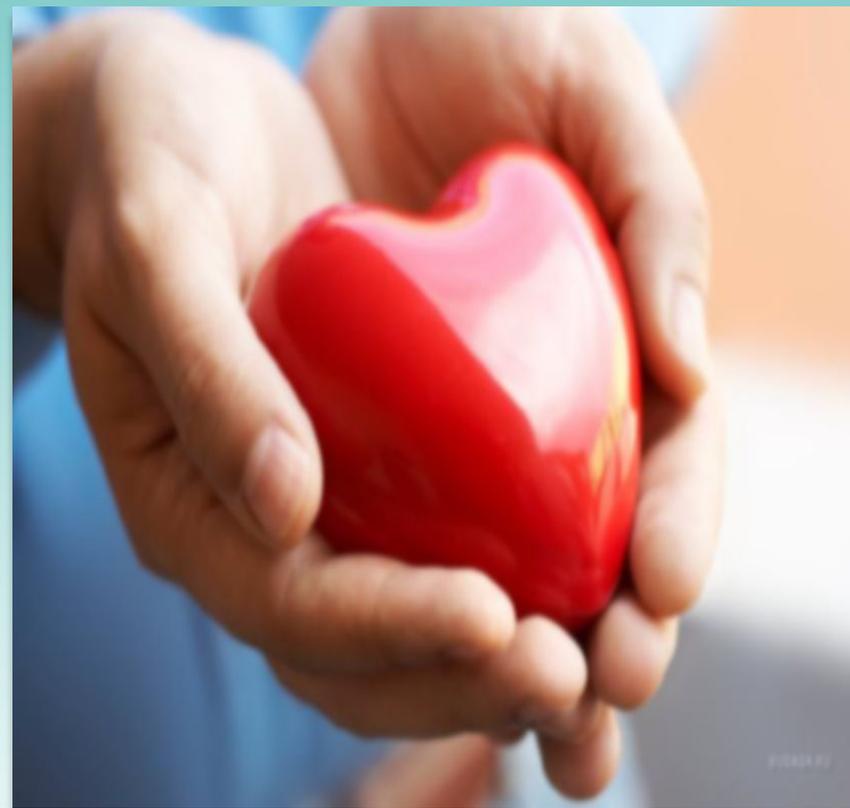


Факторы риска развития ИБС

- Гиперхолестеринемия и другие дислипидемии.
- Артериальная гипертензия.
- Сахарный диабет.
- Курение.
- Ожирение, особенно абдоминальное.
- Гиподинамия.



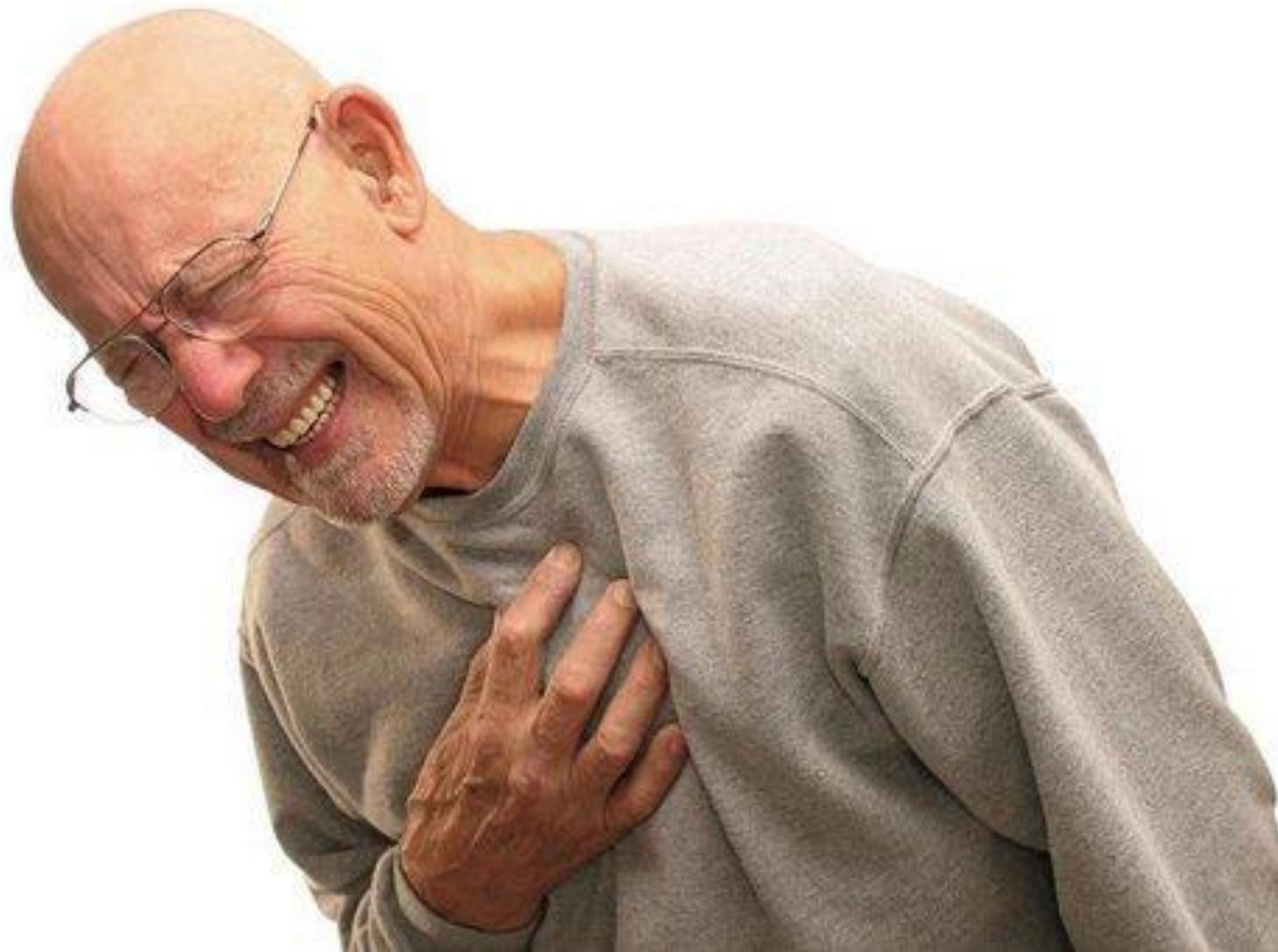
- **Стенокардия** — это клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область.



Основные факторы, провоцирующие боль в груди:

- физическая нагрузка (ФН): быстрая ходьба, подъем в гору или по лестнице, перенос тяжестей;
- повышение артериального давления (АД);
- холод;
- обильный прием пищи;
- эмоциональный стресс





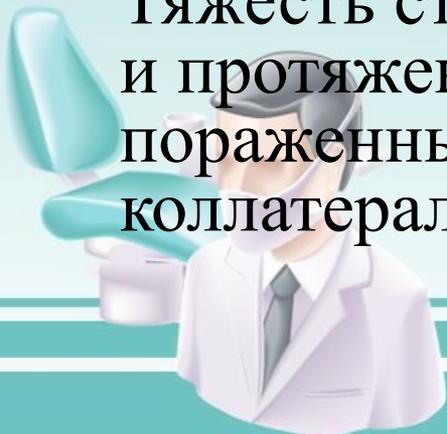
- Стенокардия обусловлена преходящей ишемией миокарда, основой которой является несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой по КА.
- Следует отметить, что стенокардия может возникать при аортальных пороках, гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), при тяжелой артериальной гипертензии (АГ) и ряде других заболеваний и состояний, в т.ч. некардиального генеза.

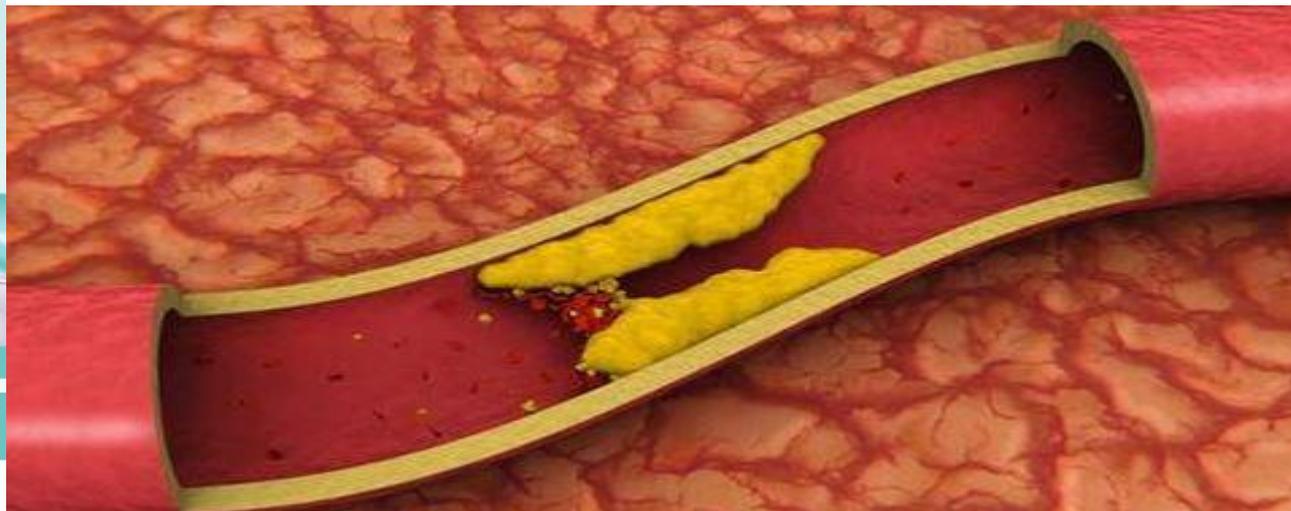
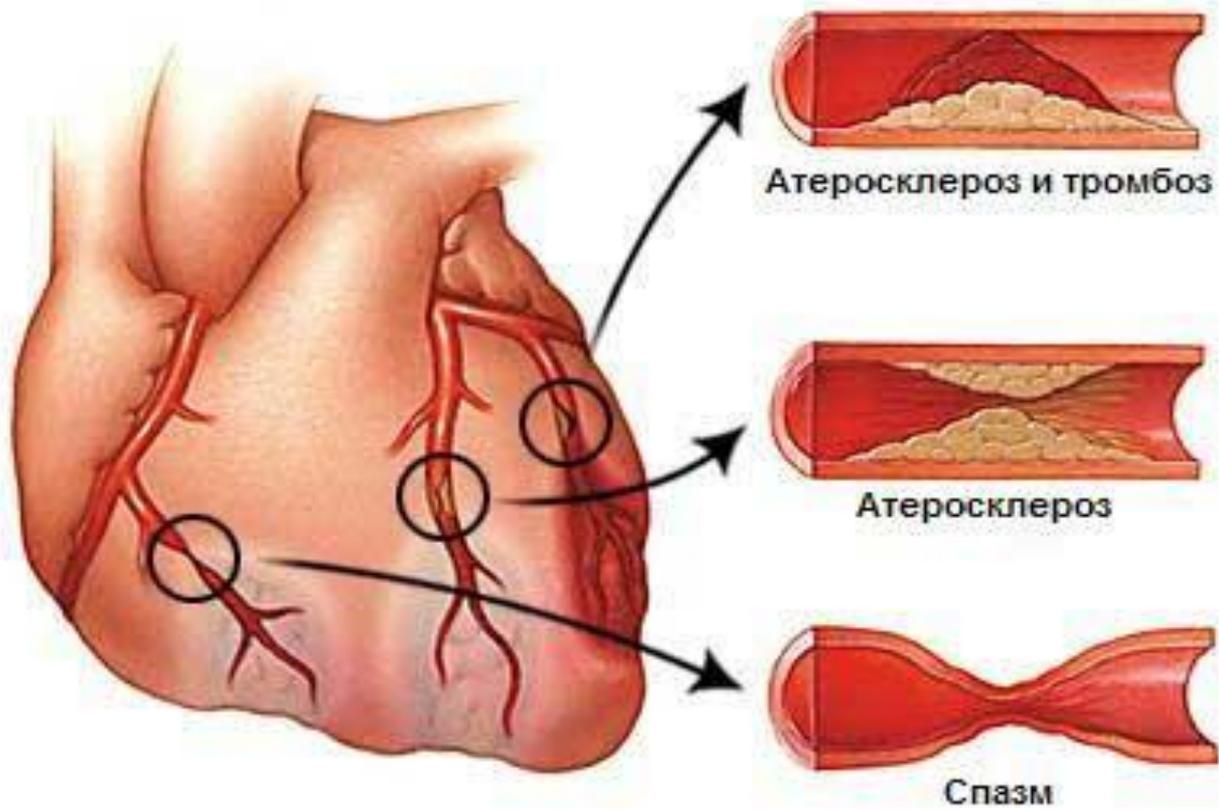


Патоморфологическим субстратом стенокардии практически всегда являются атеросклеротические сужения КА.

Стенокардия появляется во время ФН или стрессовых ситуаций при наличии сужения просвета КА, как правило, не менее чем на 50—70%. Чем больше степень стеноза КА, тем тяжелее стенокардия.

Тяжесть стенокардии зависит также от локализации и протяженности стенозов, их количества, числа пораженных КА и индивидуального коллатерального кровотока.





Классификация тяжести стабильной стенокардии напряжения согласно классификации Канадской ассоциации кардиологов (Campeau L, 1976 г.)

ФК

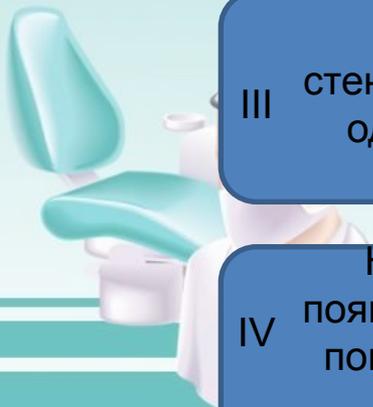
Признаки

I Обычная повседневная физическая активность (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает стенокардии. Боли возникают только при выполнении очень интенсивной, и при очень быстрой, или продолжительной ФН.

II Небольшое ограничение обычной физической активности, что означает возникновение стенокардии при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице, на холоде или в ветреную погоду, после еды, при эмоциональном напряжении, или в первые несколько часов после пробуждения; во время ходьбы на расстояние > 200 м (двух кварталов) по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном

III Значительное ограничение обычной физической активности - стенокардия возникает в результате спокойной ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100-200 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном

IV Невозможность выполнения какой-либо физической нагрузки без появления неприятных ощущений, или стенокардия может возникнуть в покое, при незначительных физических нагрузках, ходьбе по ровному месту на расстояние менее



Клиническая классификация болей в груди (Diamond AG, 1983)

- **Типичная стенокардия (определенная)**

Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности.

Возникает при ФН или эмоциональном стрессе.

Проходит в покое и (или) после приема нитроглицерина.

- **Атипичная стенокардия (вероятная)**

Два из перечисленных выше признаков.

Несердечная боль (не связанная с ишемией миокарда)

Один или ни одного из вышеперечисленных признаков



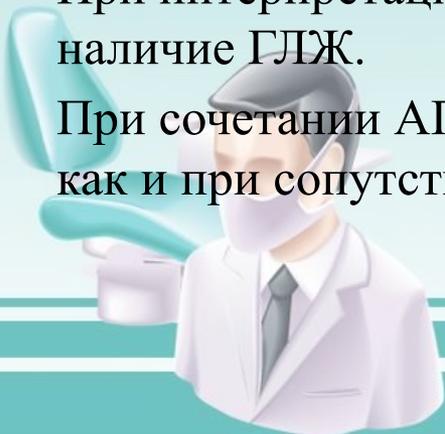
Стенокардия при АГ

- АГ часто сопутствует стенокардии, особенно у пожилых. Доказано, что АГ является существенным и независимым ФР развития атеросклероза, а также ССО: СН, ИМ. По современным данным более чем у 60% больных ИБС определяется АД > 140/90 мм рт.ст.
- **Особенности диагностики стенокардии на фоне АГ**

При высоком АД не рекомендуется проводить нагрузочные пробы. Некоторые: антигипертензивные средства (β -АБ, АК) одновременно оказывают антиишемическое действие и на фоне их приема результаты нагрузочных проб могут быть неинформативными. Наиболее информативным исследованием при сочетании СтСт напряжения и АГ является одновременный бифункциональный мониторный контроль АД, ЧСС и ЭКГ.

При интерпретации результатов нагрузочных проб необходимо учитывать наличие ГЛЖ.

При сочетании АГ и Ст Ст целесообразно поддержание АД < 130/80 мм рт.ст., как и при сопутствующих СД и хронической почечной недостаточности.



Стенокардия при СД

- СД рассматривают как независимый ФР ИБС.
- Большинство больных СД погибают от ССО, при этом осложнения ИБС занимают ведущее место среди причин смерти.
- Сочетание СД и ИБС неблагоприятно с точки зрения прогноза, особенно при неконтролируемой гипергликемии.
- **Особенности развития и течения ИБС при СД:**

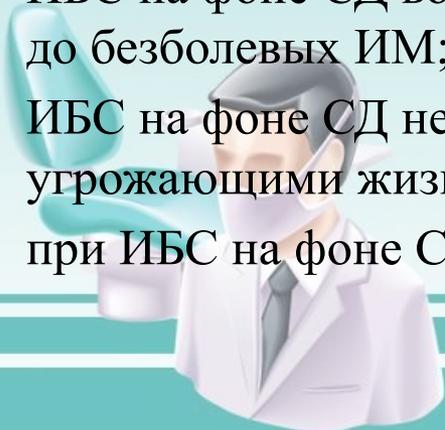
риск развития ИБС у больных СД повышен в 3—5 раз, течение ИБС на фоне СД зависит в большей степени от длительности, чем от тяжести СД;

осложнения ИБС развиваются на фоне СД раньше, чем при его отсутствии; к 50-летнему возрасту 40—50% больных СД возникает, по меньшей мере, одно из ССО;

ИБС на фоне СД во многих случаях протекает бессимптомно как ББИМ, вплоть до безболевых ИМ;

ИБС на фоне СД нередко осложняется нестабильной стенокардией, ИМ, угрожающими жизни нарушениями сердечного ритма;

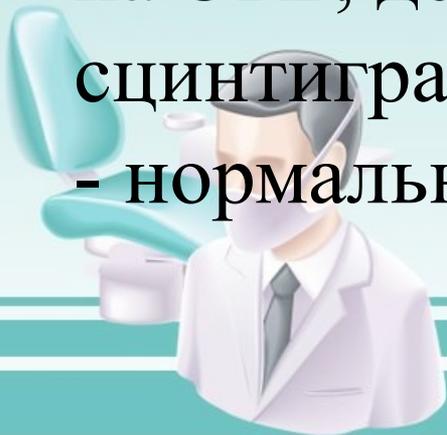
при ИБС на фоне СД быстрее развивается ХСН, в т.ч. после ИМ;



Коронарный синдром X

Клиническая картина предполагает наличие трех признаков:

- типичная стенокардия, возникающая при ФН (реже - стенокардия или одышка в покое);
- положительный результат ЭКГ с ФН или других стресс-тестов (депрессия сегмента ST на ЭКГ, дефекты перфузии миокарда на сцинтиграммах);
- нормальные коронарные артерии на КАГ.



Симптомокомплекс стенокардии

Признаки	Характеристика
Локализация боли/дискомфорта	наиболее типичная за грудиной, чаще в верхней части, симптом «сжатого кулака».
Иррадиация	в шею, плечи, руки, нижнюю челюсть чаще слева, эпигастрий и спину, иногда может быть только иррадиирующая боль, без загрудинной.
Характер	неприятные ощущения, чувство сжатия, стеснения, жжения, удушья, тяжести.
Продолжительность (длительность)	чаще 3-5 мин
Приступообразность	имеет начало и конец, нарастает постепенно, прекращается быстро, не оставляя неприятных ощущений.
Интенсивность (выраженность)	от умеренной до нестерпимой.
Условия возникновения приступа/боли	физическая нагрузка, эмоциональное напряжение, на холоде, при обильной еде или курении.
Условия (обстоятельства) вызывающие прекращение боли	прекращение или уменьшение нагрузки, приемом нитроглицерина.
Однотипность (стереотипность)	характерен для каждого пациента свой стереотип болей
Сопутствующие симптомы и поведение больного	положение больного застывшее или возбужден, одышка, слабость, усталость, головокружение, тошнота, потливость, тревога, м. б. спутанность сознания.
Давность и характер течения заболевания, динамика симптомов	выяснить течение заболевания у каждого пациента.



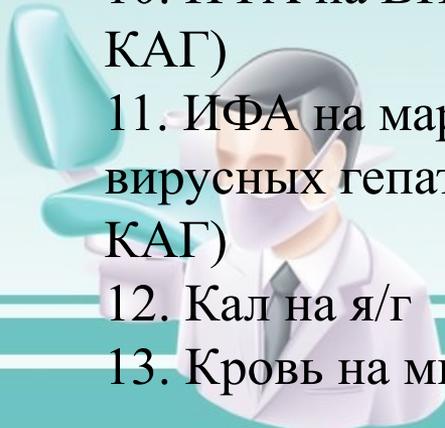
Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

Лабораторные анализы:

1. ОАК
2. ОАМ
3. Сахар крови
4. Креатинин крови
5. Общий белок
6. АЛТ
7. Электролиты крови
8. Липидный спектр крови
9. Коагулограмма
10. ИФА на ВИЧ (перед КАГ)
11. ИФА на маркеры вирусных гепатитов (перед КАГ)
12. Кал на я/г
13. Кровь на микрореакцию.

Инструментальные обследования:

1. ЭКГ
2. ЭхоКГ
3. ФГ/рентгенография ОГК
4. ЭФГДС (по показаниям)
5. ЭКГ с нагрузкой (ВЭМ, тредмил-тест)
6. Стресс-ЭхоКГ (по показаниям)
7. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (по показаниям)
8. Коронароангиография



Рекомендации по лабораторному обследованию больных стабильной стенокардией

Класс I (все больные)

1. Уровни липидов натощак, включая общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП и триглицериды (B)
2. Гликемия натощак (B)
3. Общий анализ крови, включая определение гемоглобина и лейкоцитарной формулы (B)
4. Уровень креатинина (C), расчет клиренса креатинина
5. Показатели функции щитовидной железы (по показаниям) (C)

Класс IIa

Пероральная проба с нагрузкой глюкозой (B)

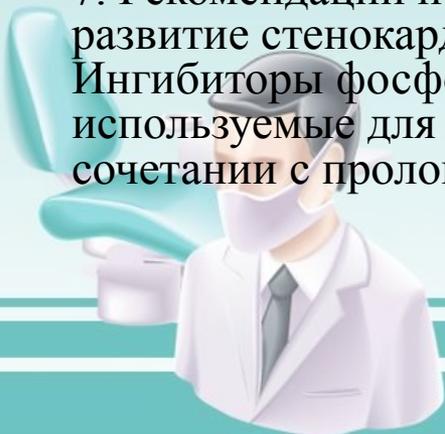
Класс IIb

1. Высокочувствительный С-реактивный белок (B)
2. Липопротеин (a), АпоА и АпоВ (B)
3. Гомоцистеин (B)
4. HbA1c(B)
5. NT-BNP

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение:

1. Информирование и обучение пациента.
2. Отказ от курения.
3. Индивидуальные рекомендации по допустимой физической активности в зависимости от ФК стенокардии и состояния функции ЛЖ.
4. Рекомендуются диета: употребление широкого спектра продуктов; контроль за калорийностью пищи, во избежание ожирения; 5. Недопустимо злоупотребление алкоголем.
6. Лечение сопутствующих заболеваний: при АГ - достижение целевого уровня АД <130 и 80 мм.рт.ст., при СД - достижение количественных критериев компенсации, лечение гипо- и гипертиреоза, анемии.
7. Рекомендации по сексуальной активности - половой акт может спровоцировать развитие стенокардии, поэтому перед ним можно принять нитроглицерин. Ингибиторы фосфодиэстеразы: силденафил (виагра), тадафил и варденафил, используемые для лечения сексуальной дисфункции не следует применять в сочетании с пролонгированными нитратами.



Медикаментозное лечение. Лекарственные препараты, улучшающие прогноз у больных стенокардией

- **1. Антитромбоцитарные препараты:**
 - ацетилсалициловая кислота (доза 75-100 мг/сутки - длительно).
 - пациентам с непереносимостью аспирина показано применение клопидогреля 75 мг в день в качестве альтернативы аспирину
 - двойная антиагрегантная терапия с аспирином и пероральным использованием антагонистов рецепторов АДФ (клопидогрель, тикагрелор) должны применяться до 12 месяцев после 4КВ, со строгим минимумом для пациентов с BMS -1 месяц, пациентов с DES - 6 месяцев.
 - защита желудка с использованием ингибиторов протонной помпы должна быть проведена в течение двойной антиагрегантной терапии у пациентов с высоким риском кровотечения.



Гиполипидемические средства

- - Статины. Наиболее изученные статины при ИБС *аторвастатин* 10-40 мг и *розувастатин* 5-40 мг.
- Назначение статинов больным Ст Ст, перенесшим ИМ или с высоким риском его развития, может существенно улучшить прогноз жизни. Эти препараты следует назначать независимо от исходного уровня ХС в крови с целью достижения содержания ХС ЛНП $< 2,5$ ммоль/л у всех больных ИБС.
- Повышать дозу любого из статинов следует, соблюдая интервал в 2-3 недели, т. к. как за этот период достигается оптимальный эффект препарата.

Ингибитор кишечной абсорбции холестерина - эзетимиб 5-10 мг 1 раз в день - ингибирует абсорбции пищевого и билиарного ХС в ворсинчатом эпителии тонкого кишечника.



β-адреноблокаторы

Положительные эффекты применения этой группы препаратов основаны на снижении потребности миокарда в кислороде.

β - блокаторам следует отдавать предпочтение у больных с ИБС при: 1) наличии сердечной недостаточности или левожелудочковой дисфункции; 2) сопутствующей артериальной гипертензии; 3) суправентрикулярной или желудочковой аритмии; 4) перенесенном инфаркте миокарда; 5) наличии четкой связи между физической нагрузкой и развитием приступа стенокардии

Метопролол сукцинат 12.5 мг дважды в день, при необходимости увеличивая дозу до 100-200 мг в сутки при двукратном применении.

Бисопролол - начиная с дозы 2,5 мг (при имеющейся декомпенсации ХСН - с 1,25 мг) и при необходимости увеличивая до 10 мг, при однократном назначении.

Карведилол - стартовая доза 6,25 мг (при гипотонии и симптомах ХСН 3,125 мг) утром и вечером с постепенным повышением до 25 мг двукратно.

Небиволол - начиная с дозы 2,5 мг (при имеющейся декомпенсации ХСН - с 1,25 мг) и при необходимости увеличивая до 10 мг, один раз в сутки.

Абсолютные противопоказания к назначению бета-блокаторов при ИБС - выраженная брадикардия (ЧСС менее 48-50 в минуту), атриовентрикулярная блокада 2-3 степени, синдром слабости синусового узла.

Относительные противопоказания - бронхиальная астма, ХОБЛ, острая сердечная недостаточность, выраженные депрессивные состояния, заболевания периферических сосудов.



Ингибиторы АПФ или АРА II

- ИАПФ назначают пациентам с ИБС при наличии признаков СН, АГ, сахарного диабета и отсутствии абсолютных противопоказаний к их назначению.
- Используются препараты с доказанным эффектом на долгосрочный прогноз (рамиприл 2,5-10 мг однократно в сутки, периндоприл 5-10 мг однократно в сутки, фозиноприл 10-20 мг в сутки, зофеноприл 5-10 мг и др.).
- При непереносимости ИАПФ могут назначаться антагонисты рецепторов ангиотензина II с доказанным положительным эффектом на долгосрочный прогноз при ИБС (валсартан 80-160 мг).

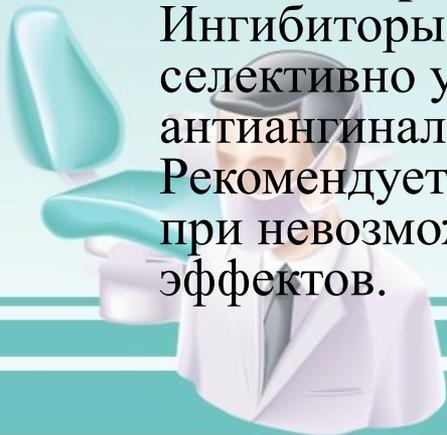


Купирование и профилактика ангинозной боли:

- **Нитраты и нитратоподобные.**
- При развитии приступа стенокардии пациент должен прекратить физическую нагрузку. Препаратом выбора является нитроглицерин (НТГ и его ингаляционные формы) или изосорбида динитрат короткого действия, принимаемые сублингвально. Профилактика стенокардии достигается с помощью различных форм нитратов, включая таблетки изосорбида ди- или моонитрата для приема внутрь или (реже) трансдермальный пластырь с нитроглицерином, наклеиваемый один раз в сутки. Долгосрочную терапию нитратами ограничивает развитие толерантности к ним, появляющейся у части пациентов, и синдром отмены - при резком прекращении приема препаратов.

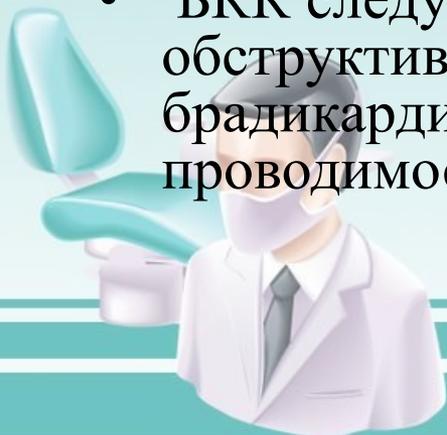
Ингибиторы If каналов.

Ингибиторы If каналов клеток синусового узла - Ивабрадин, селективно урежающие синусовый ритм, обладает выраженным антиангинальным эффектом, сопоставимый с эффектом β -блокаторов. Рекомендуются больным с противопоказаниями к β -блокаторам или при невозможности принимать β -блокаторов из-за побочных эффектов.



Антагонисты кальция (блокаторы кальциевых каналов).

- Не являются основными средствами в лечении ИБС. Могут устранять симптомы стенокардии.
- Назначаются при противопоказаниях к назначению β -блокаторов или недостаточной их эффективности в комбинации с ними (с дигидропиридинами, кроме короткодействующего нифедипина). Другим показанием является вазоспастическая стенокардия.
- В настоящее время для лечения стабильной стенокардии рекомендуются в основном БКК длительного действия (амлодипин).
- БКК следует отдавать предпочтение при сопутствующих: 1) обструктивных легочных заболеваниях; 2) синусовой брадикардии и выраженных нарушениях атриовентрикулярной проводимости; 3) вариантной стенокардии (Принцметала).



Основные лекарственные препараты

- **Нитраты**

- Нитроглицерин табл. 0,5 мг
- Изосорбид моонитрат капе. 40 мг
- Изосорбид моонитрат капе. 10-40 мг

- **Бета-блокаторы**

- Метопролола сукцинат 25 мг
- Бисопролол 5 мг, 10 мг

- **Ингибиторы АИФ**

- Рамиприл таб. 5 мг, 10 мг
- Зофеноприл 7,5 мг (предпочтительно назначение при ХБП - СКФ менее 30 мл/мин)

- **Антиагреганты**

- Ацетилсалициловая кислота таб. с покрытием 75, 100 мг

- **Гиполипидемические средства**

- Розувастатин таб. 10 мг

