Автор: Т.Тябут, профессор кафедры кардиологии и ревматологии БелМАПО, доктор мед. наук, доцент



Сегодняшний разговор об одной из форм ИБС — о **стабильной стенокардии**. Само определение "стабильная" — свидетельство того, что в течение определенного периода времени заболевание протекает без значимых изменений клинической картины, переносимости физических нагрузок, эффекта принимаемых лекарственных средств.

**Немного истории:** первое описание стенокардии и применение термина "angina pectoris" ("грудная жаба") было сделано в 1772 году В. Геберде-ном. Его описание клинической картины заболевания было следующим: "Те, которые больны ею, бывают застигнуты (особенно при быстром подъеме в гору после принятия пищи) сильными болезненными и очень неприятными ощущениями в грудной клетке. Они, кажется, задушат жизнь, если и дальше будут продолжаться и усиливаться. Но в тот момент, когда больной останавливается, это неприятное ощущение исчезает".

Прошло более двух веков, выявлены причины, приводящие к возникновению приступа стенокардии, созданы новые технологии лечения, активно разрабатываются методы профилактики, но клинические проявления болезни идентичны первым описаниям.

**Что такое стабильная стенокардия сегодня?**

Под стенокардией понимают приступ болей или внезапное ощущение сдавления за грудиной, возникающее на фоне определенного уровня физической нагрузки или в покое. Приступ продолжается 3—10 минут, заканчивается после прекращения нагрузки

или приема нитроглицерина.

**Каковы причины возникновения подобных ощущений?**

В основе приступа лежит несоответствие между потребностями миокарда (сердечной мышцы) в кислороде и возможностями доставки его по системе коронарных артерий. Увеличение потребности миокарда в кислороде чаще всего возникает при физических нагрузках, при стрессовых ситуациях, при других заболеваниях, например, при артериальной гипертензии, тиреотоксикозе, гипертрофии миокарда и т.д. Возможность доставки кислорода к миокарду определяется в первую очередь состоянием коронарных артерий.

**Анатомия коронарных артерий.**

Кровоснабжение сердца осуществляется по двум коронарным (венечным)

артериям — правой и левой. Левая в свою очередь делится на две ветви: переднюю межжелудочковую и огибающую. Каждая из артерий доставляет кровь к определенным участкам сердечной мышцы.

**Выделяют 3 типа кровоснабжения сердца:**

I — симметричный, или сбалансированный тип, встречается, по данным разных авторов, у 24—68% больных. При этом типе правая и левая коронар ные артерии принимают одинаковое участие в снабжении кровью передней и задней стенок левого желудочка;

II — левовенечный, или левосторонний, встречается у 13— 17%;
III — правовенечный, или правосторонний — у 50—63% больных.

Особенности коронарного кровотока определяют индивидуальные особенности течения заболевания, несмотря на одинаковую клиническую картину, и в определенной мере — прогноз заболевания. Наряду с анатомическими особенностями для адекватного обеспечения сердца кислородом значима и степень развития коллатеральных сосудов, по которым может осуществляться кровоток из системы одной коронарной артерии в другую. Определенное значение для достаточного кровоснабжения сердечной мышцы имеют и интрамуральные артерии, на которые делятся крупные ветви, проникающие в толщу миокарда.

Необходимо отметить, что причиной нарушения коронарного кровотока могут быть врожденные аномалии ве-нечных артерий, среди которых наиболее часто встречается гипоплазия (недоразвитие) одной или обеих коронарных артерий.

**Изменения коронарных артерий,** способствующие возникновению приступа стенокардии. Наиболее частой причиной приступа стенокардии является атеросклеротическое поражение коронарных артерий. Оно может быть концентрическим, когда сосуд поражается по ходу всей окружности, и эксцентрическим, когда поражена часть сосуда. Одной из причин возникновения приступа стенокардии может быть также спазм коронарной артерии, который возникает при эксцентрическом поражении или на фоне не пораженной атеросклеротическим процессом артерии. Клинические симптомы возникают в случае сужения просвета коронарной артерии более чем на 75%. Исходя из этого, необходимо отметить, что длительное время атеросклеротическое поражение коронарных артерий может протекать бессимптомно.

Кроме стенокардии, возникающей при поражении коронарных артерий, синдром стенокардии может формироваться у больных с хронической ревматической болезнью сердца при наличии аортального стеноза, вызывающего уменьшение сердечного выброса, что в свою очередь приводит к уменьшению поступления крови в коронарное русло. Еще одной причиной формирования синдрома стенокардии может быть

гипертрофическая кардиомиопатия — так называемый иди-опатический гипертрофический субаортальный стеноз.

Таким образом, вывод один: наличие стенокардии требует тщательного обследования для выявления причин развития заболевания, разработки мер индивидуальной профилактики прогрессирования процесса и лечения для предупреждения развития острых форм болезни, в первую очередь инфаркта миокарда.

**Что может сделать врач для уточнения диагноза?**

Установить, являются ли ощущения, возникающие у пациента, проявлениями стенокардии. Для этого пациент должен проанализировать свои ощущения и ответить на вопросы: где локализуется боль, какая она по характеру, ирради-ирует (распространяется) ли она в другие зоны, что вызывает боль, как долго она продолжается, что облегчает боль?

Обычно боль локализуется в средней части грудной клетки, за грудиной. В атипичных случаях может возникать в других местах: в нижней челюсти, на внутренней поверхности левой руки и левого плеча, между лопатками, ниже и левее соска, могут быть болевые ощущения в эпигастральной области, чувство распирания в животе, боль в области языка или твердого нёба, ощущения затрудненного дыхания или легко го удушья.

Болевые ощущения носят давящий характер, воспринимаются как тяжесть, сжатие, жжение, то есть не всегда расцениваются как боль.

**Причиной возникновения приступа стенокардии может быть** физическая нагрузка различного уровня, необходимо ее оценить — быстрая ходьба, подъем в гору, по лестнице, ходьба в обычном темпе на определенное расстояние, ходьба в холодную, ветреную погоду. Кроме этого, необходимо отметить значимость психоэмоцио-нального стресса, повышения артериального давления,тахикардии (частого сердечного ритма).

В типичном случае продолжительность приступа составляет 3—5 минут.

При боли, сохраняющейся более 30 минут, которая нарастает, не снимается обычной дозой нитроглицерина, надо бить тревогу! Такое состояние может быть началом инфаркта миокарда. Медлить нельзя ни минуты — чем раньше вызвана "скорая помощь", тем больше возможностей для проведения эффективного лечения.

Вот мы одновременно и разобрали вопрос: **что помогает при приступе?** Обычно прекращение нагрузки приво-дит к исчезновению приступа. Отсюда и термин "исследователи витрин", который использовали французские кар-диологи в 19 веке. Прием под язык таблетки нитроглицерина прекращает, купирует приступ. Необходимо помнить: чем тяжелее поражение коронарных артерий, тем большее количество таблеток нитроглицерина приходится иногда принимать для снятия боли. При ином характере сердечной боли эффект нитроглицерина незначителен и наступает позже или вообще не отмечается.

После получения всей нужной информации от пациента врач проводит его клиническое обследование и электрокардиографическое исследование. И здесь можно встретиться с таким мнением: на ЭКГ изменений нет — значит, все в порядке. Это заблуждение. При большинстве вариантов стенокардии напряжения ЭКГ, снятая вне приступа, никаких изменений не показывает. Да и в момент приступа не у всех больных они выявляются.

Есть ли выход из данной ситуации, **можно ли диагностировать стенокардию напряжения?** Да. Сегодня мы можем использовать целую группу методов диагностики для подтверждения диагноза.

В первую очередь это нагрузочные тесты, т.е. ЭКГ-исследование в период выполнения физической или психо-эмоциональной нагрузки. Наиболее часто в клинической практике используются велоэргометрический тест — ВЭМ, "бегущая дорожка" — тредмил-тест, тест чреспищеводной стимуляции. Они позволяют обеспечить определенный уровень нагрузки, выявить признаки ишемии (несоответствие между потребностями миокарда и возможностями коронарного кровотока), определить устойчивость (тренированность, толерантность) к физическим нагрузкам, а также коронарный резерв. Сегодня разработаны методы проведения нагрузочных тестов, показания и противопоказания для их применения. Необходимо помнить, что не только больные с имеющимися клини-ческими проявлениями, но и люди с факторами риска должны проходить нагрузочное тестирование 1 раз в год.

Кроме нагрузочных тестов широко используются методы суточного мони-торирования ЭКГ, позволяющие вы-явить эпизоды безболевой или бессимптомной ишемии, для которой характерны только изменения на элек-трокардиограмме при отсутствии клинических проявлений.

Начинают широко внедряться в клиническую практику методы стресс-эхокардиографии, радиоизотопные методы изучения состояния коронарного кровотока.

Наиболее достоверную информацию о состоянии коронарных артерий можно получить с помощью селективной коронароангиографии — рентгенангиографического исследования, основанного на введении контрастного вещества в коронарные артерии.

Таким образом, заканчивая этот раздел, можно с уверенностью говорить о том, что сегодня существуют разнообразные методы диагностики стенокардии. Главное, что нужно сделать больному, — своевременно обратиться к врачу со своими жалобами, а главная задача врача — на основании комплексного исследования установить диагноз и

разработать схему лечения и профилактики прогрес-сирования процесса.

**Лечение стабильной стенокардии состоит из 2 этапов:** купирование приступа и предупреждение возникновения новых приступов.

Для купирования приступа стенокардии используются препараты короткого действия, в первую очередь таблетки нитроглицерина для приема под язык. Учитывая, что нитроглицерин может быстро снизить кровяное дав-ление, первый прием препарата желательно провести под контролем врача. Если это не получается, по возможности первый раз примите нитроглицерин дома, причем в половинной дозе.

Так как нитроглицерин по-особому действует на системный кровоток, многие больные в первые дни приема испытывают головные боли, из-за чего иногда отказываются от этих таблеток. Для уменьшения и снятия такого по-бочного эффекта возможно сочетан-ное применение нитроглицерина с валидолом, но сам по себе валидол приступ стенокардии снять не может. Сегодня наряду с таблетками для снятия приступа стенокардии используются лекарственные формы в виде капсул и спреев.

Схемы лечения и группы лекарственных препаратов, используемых для предупреждения приступов стено-кардии, зависят от функционального класса стенокардии, величины артериального давления, частоты сердечных сокращений, сопутствующей патологии. Основные группы лекарственных средств, используемых для профилактики приступов стенокардии, представлены нитратами, бета-адренобло-каторами, антагонистами кальция.

Пациенты, страдающие стенокардией длительное время, хорошо знают различные препараты этих групп. Но необходимо отметить, что арсенал лекарств увеличивается. Так, в группе нитратов на смену препаратам нитроглицерина продленного действия приходят изосорбит динитраты и изосорбит мононитраты. В классе бета-адрено-блокаторов появляются новые препараты с высокой избирательностью к рецепторам сердца, что уменьшает количество побочных эффектов. Среди антагонистов кальция (группа дигидропиридинов) появились препараты третьего

поколения, в частности амлодипин (торговое название — нормодипин), который хорошо зарекомендовал себя у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией, при вазоспастической стенокардии.

В зависимости от переносимости физических нагрузок, результатов нагрузочных тестов, причин, приводящих к возникновению приступов стенокардии, международные классификации выделяют функциональные классы (ФК) стабильной стенокардии. Уровень ФК определяет тактику лечения больных.

**Стабильная стенокардия I ФК** — это стенокардия чрезмерных нагрузок. В данном случае постоянной антианги-нальной терапии не требуется. Необходимо избегать чрезмерных физических и эмоциональных нагрузок, выполнять рекомендации по профилактике факторов риска прогрессирова-ния атеросклероза и повышенного тромбообразования.

**Стабильная стенокардия II ФК** характеризуется возникновением приступов при ходьбе на расстояние бо-

лее 500 м, при подъеме на 2 и более лестничных пролета, при ходьбе после приема пищи в морозную или ветреную погоду. Данная категория больных в зависимости от вида трудовой деятельности, сопутствующей патологии обычно получает монотерапию препаратом одной из перечисленных групп в сочетании с профилактикой факторов риска и повышенного тромбообразования.

**Стабильная стенокардия III ФК** появляется при ходьбе по ровному месту на расстояние менее 500 м (обычно 100—300 м), подъеме на 1 лестничный пролет, может сопровождаться редкими приступами стенокардии покоя. В данной ситуации требуется постоянное лечение основными и вспомогательными препаратами в сочетании с выполнением профилактических мероприятий.

**Стабильная стенокардия IV ФК** — стенокардия при значительном снижении уровня физической активности, сочетающаяся с приступами стенокардии покоя и проявлениями хронической сердечной недостаточности. Данная категория больных требует сочетанной терапии антиангина-льными средствами, основными препаратами для лечения хронической сердечной недостаточности, препаратами, улучшающими метаболизм в миокарде, антитромботическими препаратами.

Необходимо отметить, что по мере увеличения ФК стенокардии качество жизни больных существенно снижа-ется и медикаментозная терапия не всегда позволяет добиться длительной стабилизации. Сегодня в Беларуси имеются все возможности для применения хирургических методов лечения ИБС, которые позволяют восстановить нарушенный коронарный кровоток, обеспечить нормализацию кровоснабжения сердца и улучшить качество жизни пациентов. Чем раньше проведено восстановительное лечение, тем выше его эффект.

**Но самым лучшим методом сохранения высокого качества жизни является первичная профилактика заболевания, а при его возникновении — вторичная профилактика прогрессирования и развития осложнений. Об этом стоит поговорить обстоятельно, когда вы хорошо усвоите только что прочитанное. Поэтому продолжим разговор в следующем номере журнала.**