**ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА**

1. Рекомендации по ведению стабильной коронарной болезни сердца Европейского общества кардиологов, 2013г.
2. Рекомендации Российского Национального общества по изучению атеросклероза, 2013г.

**Определение**

Ишемическая болезнь сердца — поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям.

Поражение коронарных артерий бывает органическим (необратимым) и функциональным (преходящим).

Главная причина органического поражения коронарных артерий — стенозирующий атеросклероз.

**Клиническая классификация стабильной ИБС (**продолжительность заболевания более 1 месяца**)**

1. Стенокардия напряжения
2. Безболевая ишемия миокарда
3. Микроваскулярная стенокардия
4. Вазоспастическая стенокардия
5. Ишемическая кардиомиопатия (дисфунккция левого желудочка вследствие ранее перенесенного инфаркта миокарда и/или гибернация миокарда).

**Дифференциальная диагностика стабильной и нестабильной стенокардии:**

1. *Стенокардия покоя* (типичные приступы стенокардии, возникающие в покое, продолжительностью до 20 мин)
2. *Впервые возникшая стенокардия напряжения*  — продолжительность заболевания до 1 мес. с момента появления.
3. *Прогрессирующая стенокардия* — увеличение частоты, тяжести и продолжительности приступов в ответ на обычную для данного больного нагрузку, уменьшение эффективности нитроглицерина в течение 1 месяца и менее.

**Признаки типичной (несомненной) стенокардии напряжения (все 3 признака):**

1) боль в области грудины, возможно с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительностью 2—5 мин. Эквивалентами боли бывают одышка, ощущение «тяжести», «жжения».

2) Вышеописанная боль возникает во время сильного эмоционального стресса или физической нагрузки;

3) Вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приема нитроглицерина.

Встречаются атипичные варианты иррадиации (в эпигастральную область, в лопатку, в правую половину грудной клетки). Главный признак стенокардии напряжения — четкая зависимость возникновения симптомов от физической нагрузки.

Эквивалентом стенокардии могут быть одышка (вплоть до удушья), ощущение «жара» в области грудины, приступы аритмии во время физической нагрузки.

Эквивалентом физической нагрузки может быть кризовое повышение артериального давления с увеличением нагрузки на миокард, а также обильный прием пищи.

**Признаки атипичной (возможной) стенокардии**

Диагноз атипичной стенокардии ставится, если у пациента присутствуют любые 2 из 3 вышеперечисленных признаков типичной стенокардии.

**Неангинозные (нестенокардитические) болевые ощущения в грудной клетке**

1) Боли локализуются справа и слева от грудины;

2) Боли носят локальный, «точечный» характер;

3) После возникновения боли продолжаются более 30 минут (до нескольких часов или суток), могут быть постоянными или «внезапно прокалывающими»;

4) Боли не связаны с ходьбой или иной физической нагрузкой, однако возникают при наклонах и поворотах корпуса, в положении лежа, при длительном нахождении тела в неудобном положении, при глубоком дыхании на высоте вдоха;

5) Боли не изменяются после приема нитроглицерина;

6) Боли усиливаются при пальпации грудины и/или грудной клетки по ходу межреберных промежутков.

**Функциональные классы стенокардии**

В ходе расспроса, в зависимости от переносимой физической нагрузки различают 4 функциональных класса стенокардии (по классификации Канадского кардиологического общества) Табл 1.

**Таблица 1. Функциональные классы стенокардии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ФК I** | **ФК II** | **ФК III** | **ФК IV** |
| «Латентная» стенокардия. Приступы возникают лишь при экстремальном напряжении | Приступы стенокардии возникают при обычной нагрузке: быстрой ходьбе, подъеме в гору, по лестнице (более 1-2 пролетов), после обильной еды, сильных стрессов | Приступы стенкардии резко ограничивают физическую активность — возникают при незначительной нагрузке: ходьбе в среднем темпе <500 м, при подъеме по лестнице на 1-2 пролета. Изредка приступы возникают в покое | Неспособность к выполнению любой, даже минимальной нагрузки из-за возникновения стенокардии. Приступы возникают в покое. В анамнезе часто ИМ, сердечная недостаточность |

**Оценка данных первичного обследования и априорная вероятность ИБС**

После первичных исследований врач строит план дальнейшего обследования и лечения больного, исходя из полученных первичных данных и априорной вероятности диагноза хронической ИБС (Таблица 2).

**Таблица 2. Априорная вероятность диагноза хронической ИБС в зависимости от характера боли в грудной клетке**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Типичная стенокардия** | **Атипичная стенокардия** | **Боль некоронарного характера** |
| **Возраст, лет** | **мужчины** | **женщины** | **мужчины** | **женщины** | **мужчины** | **женщины** |
| 30—39 | 59 | 28 | 29 | 10 | 18 | 5 |
| 40—49 | 69 | 37 | 38 | 14 | 25 | 8 |
| 50—59 | 77 | 47 | 49 | 20 | 34 | 12 |
| 60—69 | 84 | 58 | 59 | 28 | 44 | 17 |
| 70—79 | 89 | 68 | 69 | 37 | 54 | 24 |
| >80 | 93 | 76 | 78 | 47 | 65 | 32 |
| **Примечание**: указана вероятность в % |

Если по результатам первичных исследований априорная вероятность хронической ИБС превышает 85% — дальнейшие исследования для уточнения диагноза можно не проводить, а приступать к стратификации риска осложнений и назначению лечения.

Если по результатам первичных исследований априорная вероятность хронической ИБС не превышает 15% — следует заподозрить функциональное заболевание сердца или некардиальные причины симптомов.

Пациентов с промежуточной априорной вероятностью ИБС (15—85%) направляют на дополнительные неинвазивные визуализирующие исследования (Таблица 3).

**Таблица 3. Диагностические пробы при ИБС**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Диагностика ИБС |
| Чувствительность (%) | Специфичность (%) |
| Нагрузочная ЭКГ | 45—50 | 85—90 |
| Стресс-ЭхоКГ | 80—85 | 80—88 |
| Стресс-ОЭКТ | 73—92 | 63—87 |
| Стресс-ЭхоКГ с добутамином | 79—83 | 82—86 |
| Стресс-МРТ | 79—88 | 81—91 |
| Стресс-ЭхоКГ с вазодилататором | 72—79 | 92—95 |
| Стресс-ОЭКТ с вазодилататором | 90—91 | 75—84 |
| Стресс-МРТ с вазодилататором | 67—94 | 61—85 |
| МСКТ-ангиография КА | 95—99 | 64—83 |
| Стресс-ПЭТ с вазодилататором | 81—97 | 74—91 |
| **Примечания**: КА – коронарные артерии; МРТ – магнитно-резонансная томография; МСКТ – мультиспиральная рентгенкомпьютерная томография; ОЭКТ – однофотонная эмиссионная компьютерная томография; ЭхоКГ - эхокардиография |

**Стратификация риска осложнений**

Конечной целью неинвазивных диагностических исследований является распределение больных с доказанной ИБС в группы: с высоким, умеренным или низким риском тяжелых осложнений и фатальных исходов (**Таблица 8**).

Стратификация пациентов на группы риска имеет важное практическое значение, поскольку позволяет избежать ненужных дальнейших диагностических исследований и сократить медицинские расходы у одних пациентов, и активно направлять на КАГ и реваскуляризацию миокарда других больных.

* В группе с низким риском осложнений (предполагаемая ежегодная смертность <1%) проведение дополнительных визуализирующих исследований с диагностической целью не оправданно. Также нет необходимости в рутинном направлении таких больных на КАГ.
* Больных с высоким риском осложнений (предполагаемая ежегодная смертность >3%) следует направлять на КАГ без дальнейших неинвазивных исследований.
* У больных, отнесенных к группе умеренного риска (предполагаемая ежегодная смертность 1—3%) показания к КАГ определяют по дополнительным исследованиям (визуализирующие стресс-тесты, наличие левожелудочковой дисфункции).

**Распределение больных с ИБС по степени риска на основании неинвазивных диагностических исследований**

| **Низкий риск** | **Умеренный риск** | **Высокий риск** |
| --- | --- | --- |
| **(ежегодная смертность <1%)** | **(ежегодная смертность 1—3%)** | **(ежегодная смертность >3%)** |
| Высокий тредмил-индекс (>5) | Незначительная/умеренная дисфункция ЛЖ в покое (ОФВ 35—49%) | Тяжелая дисфункция ЛЖ в покое (ОФВ<35%) |
| Незначительный дефект перфузии или его отсутствие в покое и при нагрузке\* | Пограничный тредмил-индекс (-11/+5) | Низкий тредмил-индекс (< -11) |
| Нормальная сократимость миокарда по данным нагрузочной эхокардиографии. Либо имеющиеся участки локального гипокинеза не увеличиваются при нагрузке\* | При нагрузке индуцируется дефект перфузии миокарда умеренной величины без сопутствующей дилатации ЛЖ и без увеличения поглощения индикатора легкими | Тяжелая дисфункция ЛЖ при нагрузке (ОФВ<35%) |
|  | При фармакологической стресс-эхокардиографии нарушение локальной сократимости вызывается только большими дозами препарата и распространяется не более, чем на 2 сегмента | Крупный дефект перфузии при нагрузке (особенно в передней стенке ЛЖ) |
|  |  | Множественные умеренные дефекты перфузии миокарда при нагрузке |
|  |  | Крупный необратимый дефект перфузии миокарда в сочетании с постстрессовой дилатацией ЛЖ или увеличением поглощения индикатора легочной тканью |
|  |  | При стресс-эхокардиографии — нарушение локальной сократимости в >2 сегментах на фоне введения низких доз фамакологического препарата или при низкой ЧСС (<120/мин) |
|  |  | Распространенный гипокинез по данным стресс-эхокардиографии с использованием иных методов нагрузки |
| Примечание: \* — сочетание этого признака с низким тредмил-индексом и/или выраженной дисфункцией ЛЖ в покое (ОФВ <35%) переводят его из группы низкого риска в группу высокого риска |