

Г.І. ЛИСЕНКО, д. мед. н., професор; О.Б. ЯЩЕНКО, к. мед. н.; Л.В. ХІМІОН, к. мед. н.; С.В. ДАНИЛЮК, к. мед. н.
/Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ/

Діагностика стабільної стенокардії на рівні первинної медичної допомоги

Визначення і причини стенокардії

Стенокардія – це клінічний синдром, з яким зустрічаються не тільки кардіологи, але й лікарі всіх спеціальностей, насамперед лікарі загальної практики – сімейної медицини, що проявляється болем або відчуттям дискомфорту в грудній клітці стискаючого, давлячого характеру, який найчастіше локалізується за грудниною і може іррадіювати в ліву руку, шию, нижню щелепу, епігастральну ділянку.

Біль провокується фізичним навантаженням, виходом на холод, прийомом значної кількості їжі, емоційним стресом, підвищенням артеріального тиску (АТ). Біль зменшується і зникає у стані спокою, усувається шляхом сублінгвального прийому нітроглицерину протягом однієї або кількох хвилин.

Стенокардія зумовлена транзиторною ішемією міокарда, розвивається при невідповідності між потребою міокарда в кисні та його доставкою коронарним кровоотоком.

Морфологічним субстратом стенокардії практично завжди є атеросклеротичне звуження коронарних артерій (КА). Стенокардія з'являється під час фізичних навантажень або стресових ситуацій при звуженні просвіту коронарної артерії не менше ніж на 50–70%. Тяжкість стенокардії залежить від ступеня, локалізації та довжини стенозів, їх кількості й числа уражених артерій. Ступінь стенозу, особливо ексцентричного, може варіювати залежно від тонуусу гладеньких м'язів у ділянці атеросклеротичної бляшки, що проявляється різною переносимістю фізичного навантаження.

В окремих випадках стенокардія може розвиватися за відсутності видимого стенозу КА як вторинний синдром у пацієнтів із клапанними вадами серця, вираженою гіпертрофією міокарда (наприклад, у хворих з гіпертрофічною кардіоміопатією – ГКМП), неконтрольованою артеріальною гіпертензією (АГ), будучи наслідком відносної коронарної недостатності.

Також існують пацієнти, у яких спостерігається вазоспастична стенокардія, що розвивається при нормальній структурі міокарда і ангіографічно незмінених коронарних судинах.

З іншого боку, стенокардія може бути «німою» – коли наявна ішемія міокарда не проявляється больовим синдромом, а маніфестує клінічними еквівалентами – задишкою і серцебиттям при фізичному або емоційному навантаженні.

Для встановлення наявності стенокардії як прояву ішемічної хвороби серця головним є правильна інтерпретація скарг і даних анамнезу. Відповідно, якщо клінічні дані свідчать про наявність стенокардії, належну увагу при подальшому обстеженні варто звернути на фактори ризику, наявність інших захворювань серця,

судин, супутніх захворювань, що може вплинути на прогноз, тактику ведення і медикаментозне лікування пацієнта.

Зважаючи на те, що ретельна оцінка даних анамнезу є ключовим моментом у діагностиці стенокардії, ефективним є застосування спеціальних опитувальників для її скринінгу. Одним із найбільш апробованих є опитувальник, розроблений Rose і Blackburn (London School and Hygiene and Tropical Medicine), рекомендований для застосування Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та Європейським товариством кардіологів (ЄТК) для скринінгу стенокардії.

Епідеміологія

Ішемічна хвороба серця (ІХС) протягом багатьох років є головною причиною смертності населення в багатьох економічно розвинених країнах. В даний час серцево-судинні захворювання (ССЗ) відіграють вирішальну роль в еволюції загальної смертності в Україні. За статистичними даними в Україні головною причиною смерті при ІХС, навіть у працездатному віці, є атеросклеротичний кардіосклероз. Питома вага смертності від гострого інфаркту міокарда в структурі захворювань системи кровообігу станом на 01.01.2009 р. становила 2,2% серед всього населення, а від ІХС – 651,0 на 100 тисяч населення.

Протягом 20-річного періоду Фремінгемського дослідження щорічна захворюваність на стенокардію серед чоловіків віком 45–54 роки становила 0,3%, 55–64 роки – 0,8%, 65–74 роки – 0,6%. Серед жінок відповідного віку рівні захворюваності становили 0,2%, 0,6% та 0,6%. У половини пацієнтів після першого інфаркту міокарда (ІМ) з'являються напади стенокардії, в той час як до інфаркту такі напади відзначали лише у 1/4 із них. У хворих на стабільну стенокардію (СС) ризик розвитку нефатального ІМ і смерті від ІХС протягом 2 років становить відповідно 14,3% і 5,5% у чоловіків та 6,2% і 3,8% у жінок.

Щодо індивідуального прогнозу конкретного пацієнта з СС необхідно пам'ятати, що цей показник може значно коливатися, до 10 разів перевищуючи середній показник у загальній популяції. Таким чином, оцінка прогнозу пацієнта є важливою частиною ведення пацієнта з СС. Необхідно вчасно визначити пацієнтів з більш тяжким перебігом захворювання, несприятливим прогнозом для вчасного проведення більш агресивного лікування та інвазивних втручань (реваскуляризація). З іншого боку, важливим є також виокремлення пацієнтів з більш легким перебігом СС для уникнення непотрібних в такому випадку вартісних додаткових неінвазивних та інвазивних лікувально-діагностичних втручань.

Фактори ризику

Стенокардія є клінічним проявом атеросклерозу КА. Ризик розвитку атеросклерозу істотно збільшується за наявності таких факторів ризику (ФР), як чоловіча стать, похилий вік, дисліпідемія (ДЛП), АГ, тютюнопаління, цукровий діабет (ЦД), підвищена частота серцевих скорочень (ЧСС), порушення в системі гемостазу, низька фізична активність, надмірна маса тіла, зловживання алкоголем. Після виникнення у хворого ознак ІХС або іншого захворювання, пов'язаного з атеросклерозом, ФР продовжують чинити несприятливий вплив, сприяючи прогресуванню захворювання і погіршуючи прогноз, тому корекція ФР у хворого має бути складовою частиною тактики лікування та вторинної профілактики.

1. Більшість із перерахованих ФР пов'язані зі способом життя, одним із найважливіших компонентів якого є харчування. Вплив харчування на розвиток атеросклерозу різноманітний: зміна ліпідного спектра крові, процеси тромбоутворення тощо. Значення підвищеного АТ як ФР серцево-судинних ускладнень доведено проведеними численними дослідженнями. Шляхом активної діагностики та регулярного лікування АГ можна істотно знизити ризик розвитку серцево-судинних ускладнень.
2. У масштабних епідеміологічних дослідженнях було показано, що між підвищеним вмістом у плазмі крові загального холестерину (ЗХС), холестерину ліпопротеїдів низької густини (ХС ЛПНГ) і ризиком розвитку атеросклерозу існує чіткий позитивний зв'язок, тоді як щодо холестерину ліпопротеїдів високої густини (ХС ЛПВГ) цей зв'язок має зворотний характер, тобто рівень ХС ЛПВГ можна розглядати як фактор антиризиків. Корекцію ДЛП у хворих на стенокардію слід проводити навіть при незначних змінах ліпідного спектра крові.
3. Зв'язок куріння з розвитком і прогресуванням атеросклерозу добре відомий. На жаль, куріння характеризується значною поширеністю. Слід пам'ятати, що порада лікаря відмовитися від паління інколи має вирішальне значення, і цим не варто нехтувати.
4. Цукровий діабет підвищує ризик розвитку і прогресування атеросклерозу, причому у жінок більшою мірою, ніж у чоловіків. Відносний ризик смерті навіть у осіб з порушенням толерантності до глюкози (ПТГ) підвищується на 30%, а у хворих на ЦД 2-го типу – на 80%. З метою зниження ризику судинних ускладнень у хворих на ЦД необхідна корекція вуглеводного обміну та інших ФР, насамперед АГ і ДЛП.
5. Ожиріння часто поєднується з підвищенням ризику розвитку АГ, гіперліпідемії, ЦД, подагри. Особливо несприятливе ожиріння за абдомінальним типом, коли жир відкладається в ділянці живота. Обвід талії (ОТ) >88 см у жінок та >102 см у чоловіків може свідчити про абдомінальне ожиріння. Оптимальне зниження ризику ССЗ досягається при ОТ = 80 см у жінок і 94 см у чоловіків (цільові рівні). Всім пацієнтам з СС необхідно регулярно вимірювати індекс маси тіла (ІМТ) та ОТ та заохочувати до змін способу життя, для того щоб підтримувати показник ІМТ у межах від 18,5 до 24,9 кг/м². Для зниження надмірної маси тіла першорядне значення мають два компоненти: низькокалорійна дієта і підвищення фізичної активності.
6. У людей, що ведуть малорухливий спосіб життя, ІХС зустрічається в 1,5–2,4 рази частіше, ніж у фізично активних. При

виборі програми фізичних вправ для хворого необхідно враховувати їх вид, частоту, тривалість та інтенсивність. Дозовані фізичні тренування (ДФТ) повинні проводитися в індивідуальній зоні безпечної ЧСС.

7. В останні роки приділяється увага вивченню таких ФР розвитку ІХС та її ускладнень, як психосоціальний стрес, запалення (рівень С-реактивного білка – СРБ тощо), гіпергомоцистеїнемія, порушення системи гемостазу (фібриноген та ін.), дисфункція судинного ендотелію, підвищена ЧСС. За результатами дослідження BEAUTIFUL 2008 ЧСС ≥ 70 уд./хв у хворих на ІХС є незалежним предиктором ІМ та інших серцево-судинних ускладнень.
8. В епідеміологічних дослідженнях доведено зв'язок між підвищенням ЧСС і ризиком загальної та кардіоваскулярної смертності, а також розвитком ССЗ як у загальній популяції, так і у пацієнтів з АГ, ЦД та ІХС. Цей зв'язок безпосередньо залежав від рівня ЧСС, а не від інших факторів ризику. Доведено залежність між рівнем ЧСС та тривалістю життя. В 2007 році в новій редакції Рекомендацій ЄТК з попередження ССЗ показник ЧСС вперше було внесено до переліку факторів кардіоваскулярного ризику.
9. Слід враховувати сімейну схильність до ССЗ (по чоловічій лінії – до 55 років, по жіночій – до 65 років), станів, що провокують і посилюють ішемію міокарда: захворювання щитовидної залози, анемія, хронічні інфекції.
10. У жінок розвитку коронарної недостатності можуть сприяти передчасна менопауза, прийом контрацептивних гормональних препаратів.

Сімейною лікарю доводиться мати справу з пацієнтами, у яких присутні два і більше ФР одночасно. Тому, навіть якщо кожен із них буде виражений помірно, ризик розвитку ССЗ зростає через поєднаний вплив ФР на розвиток атеросклерозу КА. У зв'язку з цим важливо враховувати всі наявні у пацієнта ФР та їх внесок у формування сумарного показника ризику смертельного кінця захворювання.

Діагностика

Хворим на стенокардію необхідно проводити клініко-лабораторне обстеження та спеціальні кардіологічні неінвазивні та інвазивні дослідження. Їх використовують для підтвердження ішемії міокарда у хворих з передбачуваною стенокардією, ідентифікації супутніх станів або ФР та оцінки ефективності лікування. На практиці діагностичні та прогностичні дослідження проводяться одночасно, а чимало діагностичних методів дозволяють одержати важливу інформацію про прогноз.

Основні клінічні ознаки

Клінічний діагноз стенокардії ставиться на підставі даних детального кваліфікованого опитування хворого та уважного вивчення анамнезу. Всі інші методи дослідження використовують для підтвердження або виключення діагнозу, уточнення тяжкості захворювання, прогнозу, оцінки ефективності лікування.

До отримання результатів об'єктивного обстеження необхідно ретельно оцінити скарги хворого.

Першим і найважливішим етапом у діагностиці ІХС є докладний опис больового синдрому. Зазвичай оцінюють 5 характеристик болю:

- характер болю;

- локалізація;
- тривалість;
- фактори, що провокують біль;
- фактори, що купірують біль.

Для опису характеру ангінозного болю пацієнти використовують різноманітні визначення: «стискаючий», «давлячий», «пекучий», «задушливий», часто біль описують як тяжкість або «кілок» за грудниною. Нерідко пацієнти описують свої відчуття як «дискомфорт», «але не біль».

Біль при стенокардії майже ніколи не буває точковим, гострим або колючим і зазвичай не змінюється залежно від зміни положення тіла та фази дихання.

Біль, як правило, локалізується за грудниною, але може також поширюватися на шию, нижню щелепу, епігастральну ділянку, руки, пальці. Біль, що з'являється вище нижньої щелепи, нижче епігастрію або локалізується на невеликій ділянці в лівій половині грудної клітки в точці проекції верхівки серця, для стенокардії не характерний.

Іноді стенокардія може супроводжуватися менш специфічними симптомами – задишкою, втомою, слабкістю, нудотою, підвищеною збудливістю, відчуттям тривоги, страхом смерті, потовиділенням. Частіше нетипові прояви стенокардії зустрічаються у жінок.

Ангінозний біль зазвичай нетривалий, не довше 5 хвилин, іноді – навіть менше 1 хвилини. Дискомфорт або тупий біль, що триває годинами, навряд чи може бути симптомом стенокардії.

Стенокардія зазвичай провокується фізичним або емоційним стресом і усувається під час відпочинку. Біль у ранкові години після підйому пацієнта з ліжка, а також після прийому їжі – класичні ознаки тяжкої стенокардії. Біль, що з'являється не під час, а після фізичного чи психоемоційного напруження, менш характерний для ІХС.

Сублінгвальний прийом нітрогліцерину повністю купірує або зменшує вираженість ангінозного болю протягом 30 секунд – кількох хвилин.

Слід пам'ятати, що стенокардію можуть імітувати інші захворювання, які супроводжуються болем або неприємним відчуттям у грудях. Докладні дані анамнезу, клінічне та інструментальне дослідження допомагають у цих випадках уникнути діагностичних помилок.

Основні стани, що провокують ішемію міокарда або погіршують її перебіг

Що підвищують споживання кисню:

- несерцеві: АГ, гіпертермія, гіпертиреоз, інтоксикація симпатоміметиками, збудження, артеріовенозна фістула;
- серцеві: ГМКП, аортальні вади серця, тахікардія.

Що знижують надходження кисню:

- несерцеві: гіпоксія, анемія, гіпоксемія, пневмонія, бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), легенева гіпертензія, синдром нічного апное, гіперкоагуляція, поліцитемія, лейкоемія, тромбозитоз;
- серцеві: вроджені та набуті вади серця, систолічна та/або діастолічна дисфункція лівого шлуночка (ЛШ).

У таблиці 1 представлено клінічну класифікацію болю в грудній клітці.

При оцінці клінічної картини важливо визначити пацієнтів із нестабільною стенокардією, які потребують невідкладної госпі-

Таблиця 1. Клінічна класифікація болю в грудній клітці (ACC/ANA, 2002)

Вид стенокардії	Ознаки
Типова стенокардія (вірогідна)	1. Загруднинний біль або дискомфорт типового характеру і тривалості 2. Провокується фізичним навантаженням або емоційним стресом 3. Припиняється в стані спокою і/або при прийомі нітрогліцерину
Атипова стенокардія (ймовірна)	Реєструються дві вищевказані ознаки
Некардіальний біль у грудній клітці	Реєструється одна або жодна із вищевказаних ознак

Таблиця 2. Класифікація стабільної стенокардії Канадського кардіоваскулярного товариства

Функціональний клас стенокардії	Характеристика стенокардії
I	Звичайна фізична активність (ходьба, підйом сходами) не викликає стенокардії. Біль з'являється під час інтенсивного чи тривалого навантаження
II	Помірне обмеження звичайної фізичної активності. Стенокардія з'являється під час швидкої ходьби, при підйомі сходами, після прийому їжі, на холоді, під час емоційного стресу або протягом кількох годин після сну. Стенокардія з'являється при ходьбі на відстань понад 200–400 м або при підйомі більше ніж на один прогін стандартних сходів звичайним кроком у нормальних умовах
III	Значне обмеження звичайної фізичної активності. Стенокардія з'являється при ходьбі на відстань 100–200 м або при підйомі більше ніж на один прогін стандартних сходів звичайним кроком у нормальних умовах
IV	Неможливість виконання будь-якого фізичного навантаження без появи симптомів дискомфорту або стенокардії спокою

талізації або невідкладної медичної допомоги! Нестабільна стенокардія має такі ознаки:

- ангінозний біль, що виникає в стані спокою і має тривалість до 20 хвилин;
- прогресуюча стенокардія (збільшення тяжкості, частоти нападів, виникнення їх при менших навантаженнях у попередньо стабільного пацієнта протягом короткого проміжку часу – до 4 тижнів);
- напади ангінозного болю, що з'явилися вперше.

Пацієнти з нестабільною стенокардією повинні одержувати допомогу згідно з протоколом щодо ведення пацієнтів із гострим коронарним синдромом (ГКС).

Для оцінки тяжкості СС і подальшого моніторингу стану функціональної активності пацієнта, а також ефективності терапії визначають її функціональний клас (ФК). Найчастіше з цієї метою використовують класифікацію тяжкості СС Канадського кардіоваскулярного товариства (табл. 2).

Методи фізикального обстеження

При огляді хворого необхідно оцінити ІМТ та ОТ, визначити ЧСС, параметри пульсу, АТ на обох руках.

Слід звертати увагу на ознаки порушення ліпідного обміну: ксантоми, ксантелазми, крайове помутніння рогівки у вигляді «старечої дуги». Ознаки атеросклеротичного ураження судин

позасерцевої локалізації – шум над сонною артерією, послаблений пульс на стопі чи аневризма черевної частини аорти – підвищують імовірність наявності ІХС.

При фізикальному обстеженні у хворих зі СС зазвичай не виявляють патологічних змін. Однак може бути корисним обстеження під час болювого нападу. При ІХС може визначатися 4-й або 3-й тон серця, ритм галопу, систолічний шум на верхівці серця як ознака ішемічної дисфункції папілярних м'язів і мітральної регургітації, парадоксальне розщеплення 2-го тону, пульсація грудної клітки, застійні хрипи в легенях.

При детальному обстеженні серцево-судинної системи може бути виявлена інша патологія, що супроводжується стенокардією, наприклад, клапанна вада серця (особливо аортальний стеноз) або ГКМП.

Підвищений АТ або наявність ексудату в сітківці ока також характерні для факторів ризику виникнення ІХС.

Болючі ділянки при пальпації грудної клітки можна виявити у пацієнтів, у яких біль у грудній клітці є наслідком скелетно-м'язового синдрому. Проте біль у грудній клітці внаслідок підвищеного АТ або скелетно-м'язового генезу можливий і у пацієнтів зі стенокардією.

Наявність шуму тертя характерна для перикардиту або плевриту.

Лабораторні методи дослідження

Діагностичні лабораторні дослідження обирають індивідуально з метою одержання інформації про можливі причини ішемії, фактори серцево-судинного ризику та для оцінки прогнозу.

Первинне лабораторне обстеження пацієнта з підозрою на СС включає (клас I – для всіх пацієнтів, рівень доказовості B):

- загальний аналіз крові (при недоступності – визначення рівня гемоглобіну);
- визначення рівня глюкози в плазмі крові натще для виявлення хворих з недиагностованим цукровим діабетом;
- повний ліпідний профіль.

Рівні ЗХС, ХС ЛПНГ, ХС ЛПВГ і тригліцеридів (ТГ) необхідно оцінювати у всіх пацієнтів з підозрою на ІХС (СС), щоб встановити ступінь ризику і визначити потребу в проведенні гіполіпемічного лікування. Ліпідний профіль крові та глікемічний статус необхідно періодично визначати повторно з метою оцінки ефективності лікування, а у пацієнтів без ЦД – виявити можливе його виникнення. Рекомендується щорічний контроль вищезазначених показників. Пацієнтам з високим рівнем ліпідів у сироватці крові, хворим на ЦД і особам, яким планується проведення інтвенційних втручань, обстеження слід проводити за показаннями.

Інструментальні методи дослідження

Для діагностики ішемії міокарда можуть бути використані різні методики: реєстрація ЕКГ у стані спокою, холтеровське ЕКГ-моніторування, навантажувальні тести (третміл-тест, велоергометрія – ВЕМ), фармакологічні проби, стресова ехоКГ, радіонуклідні методи дослідження тощо.

Вибір методики виявлення ішемії міокарда має визначатися насамперед клінічною картиною і конкретними завданнями, які ставить перед собою лікар. Крім того, необхідно враховувати особливості кожного діагностичного методу: показання та проти-показання до його застосування, переваги і недоліки, обмеження у використанні, що залежать як від характеристик самого методу, так і від стану хворого, можливості методу щодо оцінки

характеру і тяжкості ураження коронарного русла та міокарда, його прогностичні можливості.

Реєстрація ЕКГ у стані спокою

У всіх хворих з підозрою на стенокардію слід зареєструвати ЕКГ у 12 відведеннях у стані спокою. Результати цього дослідження не дозволяють з повною впевненістю стверджувати про наявність або відсутність ІХС; нормальна картина ЕКГ у стані спокою не є рідкістю навіть у хворих з дуже тяжкою стенокардією. Проте на ЕКГ у спокої можуть визначатися такі ознаки ІХС, як вогнищеві зміни після перенесеного у минулому ІМ або патологічний характер реполяризації міокарда.

Під час ішемії міокарда на ЕКГ фіксуються зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу – сегмента ST і зубця T. Гостра ішемія зазвичай призводить до транзитного горизонтального чи косонизхідного зниження сегмента ST та сплюснення чи інверсії зубця T. Іноді визначають підйом сегмента ST, що свідчить про більш тяжку трансмуральну ішемію міокарда.

На відміну від гострого ІМ, при стенокардії всі відхилення сегмента ST швидко нормалізуються після купірування симптомів.

Крім того, на ЕКГ можуть бути виявлені інші порушення, такі як ознаки гіпертрофії ЛШ, порушення ритму чи провідності, наявність блокад серця, передзбудження шлуночків, перенесений ІМ.

Така інформація може бути корисною у визначенні механізмів, відповідальних за виникнення болю у грудній клітці, або при виділенні підгруп хворих із підвищеним ризиком смерті або ІМ.

На основі показників ЕКГ, які не відповідають нормі, визначають пацієнтів з високим ризиком коронарних подій у майбутньому. Проте нормальні показники ЕКГ не виключають наявності ІХС.

Тих пацієнтів зі стенокардією, які мають зміни на ЕКГ, знятої у 12 відведеннях у стані спокою, необхідно негайно направляти до кардіолога (клас I, рівень доказовості B).

При діагностиці СС спокою рекомендується реєструвати:

- клас I (всі хворі) – ЕКГ в спокої поза нападом стенокардії (рівень доказовості C) та ЕКГ під час епізоду болю (по можливості) (рівень доказовості C);
- клас IIb – при рутинному обстеженні пацієнтів із хронічною СС рекомендується періодична реєстрація ЕКГ у спокої навіть у разі відсутності клінічних змін (рівень доказовості C).

Подальше обстеження

Метою подальшого обстеження є отримання діагностичної і прогностичної інформації, а також виявлення пацієнтів, яким необхідно подальше втручання.

Проведення стрес-ЕКГ (з фізичним навантаженням) є більш чутливим і специфічним методом виявлення ішемії міокарда, ніж ЕКГ у стані спокою.

Проведення тесту на толерантність до фізичних навантажень залежить від наявності обладнання та кваліфікованих фахівців на місцях. Обладнанням можуть користуватися лікарі загальної практики – сімейної медицини за наявності відповідної підготовки. Кабінет має бути оснащений засобами невідкладної допомоги, в тому числі дефібрилятором, яким лікар також повинен вміти користуватися. В інших випадках тест на толерантність до фізичного навантаження виконується як частина консультації кардіолога.

Якщо традиційний тест на толерантність до фізичних навантажень неможливо здійснити через наявність протипоказань, аль-

тернативою є проведення стрес-ехокардіографії з добутамінном, сцинтиграфічна оцінка міокардіальної перфузії, проведення коронарної ангіографії, але ці дослідження проводяться тільки у спеціалізованих клініках.

Первинна оцінка пацієнтів зі стабільною стенокардією

При первинній оцінці пацієнта зі СС необхідно:

- визначити профіль факторів ризику ІХС: куріння, вживання алкоголю, підвищення АТ, рівень фізичної активності, показники ліпідного обміну, рівень глюкози у плазмі крові натще; сімейні фактори ризику – рання кардіальна смерть серед родичів першого ступеня (жіночої статі – у віці до 65 років, чоловічої – до 55 років);
- визначити особливості харчування пацієнта;
- провести антропометрію – виміряти ОТ, визначити ІМТ;
- визначити АТ, ЧСС;
- провести фізикальний огляд пацієнта, звертаючи увагу на ознаки серцевої недостатності, гіперхолестеринемії, системного атеросклеротичного ураження (кульгавість, динамічні порушення мозкового кровообігу, аускультативно – шум і/або акцент над аортою, брюшною аортою, над нирковими артеріями); звукову картину при аускультатії серця (ознаки вад серця, особливо аортального стенозу), ознаки інших супутніх захворювань, що впливають на прогноз СС (анемія, ураження нирок) (рівень доказовості В);
- провести ЕКГ в стані спокою (рівень доказовості В).

Впевнитися, що хворий на СС відповідає таким критеріям (Institute for Clinical Systems Improvement – ICSI, 2009):

- комплекс симптомів є стабільним мінімум 60 днів;
- відсутність значних змін у тривалості, частоті, факторах, що погіршують стан, або полегшення від послаблення симптомів стенокардії як мінімум 60 днів;
- відсутність даних про нещодавнє (ішемічне) ушкодження міокарда.

Провести клінічну стратифікацію ризику (тобто визначити за клінічними ознаками і результатами ЕКГ – чи відноситься пацієнт зі СС до групи високого ризику смерті від кардіоваскулярних причин). До групи високого ризику (розвиток кардіоваскулярних ускладнень і смерті $\geq 2\%$ за рік) відносяться пацієнти зі СС, у яких виявляються (клас I, рівень доказовості В):

- множинні фактори ризику;
- ознаки серцевої недостатності (СН);
- ознаки системного атеросклеротичного ураження;
- ЕКГ ознаки: перенесеного ІМ, блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гіса, повна блокада лівої ніжки пучка Гіса, атріовентрикулярна блокада II–III ступеня, фібриляція передсердь.

Важливо визначити та обговорити з пацієнтом провокуючі фактори для того, щоб запобігти виникненню стенокардитичного нападу шляхом прийому швидкодіючих нітратів.

При консультації хворого необхідно з'ясувати наявні ФР, які можуть викликати прогресування стенокардії, та обговорити їх із пацієнтом.

Направлення до кардіолога

Своєчасне рішення про направлення до кардіолога пацієнта з підозрою на стенокардію чи виявленою стенокардією є важливим моментом, тому що може знадобитися додаткове обстеження чи втручання (реваскуляризація).

До кардіолога слід направляти:

- пацієнтів з ознаками нестабільної стенокардії (невідкладна госпіталізація у спеціалізоване відділення, невідкладна допомога щодо ГКС);
- пацієнтів з високим ризиком ускладнень і смерті за клінічними ознаками і результатами ЕКГ чи з іншими порушеннями, що викликають побоювання у лікаря загальної практики – сімейної медицини;
- пацієнтів із тяжкою стенокардією, які раніше не були консультовані кардіологом;
- при підозрі на наявність вади клапанів серця, кардіоміопатії;
- пацієнтів з недостатньою ефективністю лікувально-профілактичних заходів.

Додаткові клінічні причини для направлення до кардіолога включають:

- необхідність підтвердження або виключення діагнозу у пацієнтів із сумнівними симптомами стенокардії;
- визначення ефективності лікування та необхідності подальшого обстеження пацієнта;
- консультації певних пацієнтів щодо проведеного лікування, насамперед у випадках, коли пацієнт не реагує на модифікацію ФР і лікування;
- наявність кількох ФР чи несприятливого сімейного анамнезу;
- бажання пацієнта одержати консультацію у кардіолога;
- наявність проблем з роботою, страхуванням життя або неможливістю зміни способу життя;
- наявність серйозного супутнього захворювання, наприклад ЦД.

Не всім пацієнтам необхідна консультація кардіолога. Деякі пацієнти не хочуть проходити подальше обстеження. Лікар повинен реагувати відповідно до ситуації та не залишати пацієнта без уваги.

Важливо не відкладати лікування під час очікування консультації кардіолога.

Пацієнти зі СС, які відносяться до групи низького ризику або не потребують подальшого обстеження, повинні постійно спостерігатися у лікарів загальної практики – сімейної медицини.

Список використаної літератури

1. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Национальные клинические рекомендации: Сборник / Под ред. Р.Г. Оганова. – М., 2010. – 592 с.
2. Медикаментозное лікування стабільної стенокардії. Методичні рекомендації Робочої групи з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС Асоціації кардіологів України. – К., 2008. – 64 с.
3. Серцево-судинні захворювання. Рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая. – К.: Моріон, 2011. – 408 с.
4. Стабільна стенокардія. Адаповані клінічні рекомендації, засновані на доказах. – 2010.
5. Стандарт медичної допомоги. Стабільна стенокардія. – 2010.
6. Туровская Т.В. Современные аспекты применения метаболической терапии у больных с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия. – 2012. – №6 (26). – С. 41–46.

Проект «Післядипломне навчання на сторінках журналу «Ліки України»

Випуск 1/2013

Фах: сімейна медицина

Модератор: кафедра сімейної медицини і амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П.Л. Шупика

Термін відправлення відповідей:

Надсилати лише оригінали тестів протягом одного місяця з дати отримання журналу

Анкета учасника проекту «Післядипломне навчання на сторінках журналу «Ліки України»

1. ПІБ _____
Прізвище, ім'я, по батькові

2. Лікарська атестаційна категорія (на даний момент) _____

3. Професійні дані

Спеціальність _____ Звання _____ Посада _____

Останнє удосконалення (вид) _____ Останнє удосконалення (років) _____

4. Місце роботи

Повна назва закладу _____

Повна адреса закладу _____

Відомча належність (підкреслити): МОЗ, МШС, МО, СБУ, МВС, АМН, ЛОО або ін. _____

5. Домашня адреса

Індекс _____ Область _____ Район _____ Місто _____

Вулиця _____ Будинок _____ Корпус _____ Квартира _____

6. Контактні телефони

Домашній _____ Робочий _____ Мобільний _____

7. E-mail _____

Особистий підпис _____

Я, _____ (П.І.Б.), надаю свій дозвіл на обробку моїх, вказаних вище, персональних даних відповідно до сформульованої в анкеті (учасника проекту) мети

_____ Ваш підпис

Правила відповідей на тести:

Позначайте правильну відповідь на запитання.

Ви можете вказати один або декілька правильних варіантів відповідей.

Журнал «Ліки України» Ви і Ваші колеги можуть придбати:

1. Шляхом передплати через Укрпошту (передплатний індекс 40543).

2. На медичних заходах, де представлено журнал «Ліки України».

3. За сприяння представників фармацевтичних компаній, з якими Ви співпрацюєте.