

Європейські рекомендації по ліченню хронічних форм ішемічної болізни серця (2013): ключеві положення

Основні клініко-патогенетичні характеристики хронічної ішемічної болізни серця (ХІБС) представлені в таблиці 1.

Характеристика		Особенності
Патогенез		Стойкі морфологічні (атеросклероз) і/або функціональні змінення епікардіальних артерій і/або мікроциркуляторного русла
Клінічні форми	Стенокардія напруження – механізми ішемії міокарда	<ul style="list-style-type: none"> Фіксований стеноз епікардіальних артерій Мікріваскулярна дисфункція Вазоконстрикція в зоні динамічного стеноза Сочетання указаних механізмів
	Стенокардія покоя – варіанти вазоспазма	<ul style="list-style-type: none"> Епікардіальний – фокальний або дифузний Мікріваскулярна дисфункція Сочетання указаних механізмів
	Бессимптомна ішемія	<ul style="list-style-type: none"> В відсутності ішемії і/або дисфункції лівого желудочка При наявності ішемії і/або дисфункції лівого желудочка
	Ішемічна кардіоміопатія	
Течення		Хронічне (стабільна симптоматика або відсутність симптомів), змінюється острым коронарним синдромом

Для визначення генеза болі в грудній клітці необхідно провести клінічний аналіз наступних її характеристик, які потрібно в'яснити при зборі скарги.

<ul style="list-style-type: none"> Загрудний дискомфорт типичного характеру і типичної тривалості Возникнення на фоні фізичної навантаження або емоціонального перенапруження Купірування покоєм і/або прийомом нітратів в теченні декількох хвилин
--

В залежності від кількості діагностично значимих характеристик болі в грудній клітці класифікують наступним чином (табл. 2).

Варіант болі в грудній клітці	Діагностика
Типична (визначена) стенокардія	Наявність всіх 3 діагностичних критеріїв ішемічної болі в грудній клітці
Атипична (ймовірна) стенокардія	Наявність 2 діагностичних критеріїв ішемічної болі в грудній клітці
Неангінозна болі в грудній клітці	Наявність ≤ 1 діагностичного критерію ішемічної болі в грудній клітці

Тяжкість стенокардії напруження по-прежнему слід визначати, користуючись класифікацією Канадського серцево-судинного товариства (табл. 3).

Функціональний клас	Клінічний критерій	Умови виникнення приступу стенокардії
I	Відсутність приступу стенокардії в умовах повсякденної активності (ходьба, підйом по сходах)	На фоні інтенсивної, або швидко виконуваної, або тривалої фізичної навантаження в робоче або неробоче час
II	Незначне обмеження повсякденної активності	Ходьба по рівній місцевості на відстані >2 кварталів (>200 м) або підйом на >1 етаж стандартної сходи (в звичайному темпі і при типових умовах). Пройдене відстань може бути менше, якщо ходьба або підйом по сходах здійснюються в швидкому темпі, після прийому їжі, в холодну/вітряну погоду, на фоні емоціонального перенапруження, в перші декілька годин після пробудження
III	Значне обмеження повсякденної активності	Ходьба по рівній місцевості на відстані 1-2 кварталів (100-200 м) або підйом на 1 етаж стандартної сходи (в звичайному темпі і при типових умовах)
IV	Неможливість виконання будь-якої фізичної навантаження без виникнення дискомфорту в грудній клітці	Може виникати в покое

Лабораторне обстеження хворих з хронічною ІБС для визначення тактики лікування

1. При підозрі на можливість острого коронарного синдрому / дестабілізації клінічного течення ХІБС для виключення некрозу міокарда рекомендується повторне визначення рівня тропоніну (желателно з використанням високо-чутливих методик) (I, A).

2. Всім хворим рекомендується проводити розвернутий аналіз крові, включаючи визначення рівня гемоглобіну і кількості лейкоцитів (I, B).

3. У хворих з ймовірною або встановленою ХІБС для розпізнавання потенційно можливого цукрового діабету (СД) 2 типу рекомендується внаслідок визначити

рівень глікозилизованого гемоглобіну і глюкози крові натощак. Якщо результати цих досліджень діагностично неопределенні, рекомендується проводити пероральний глюкозотолерантний тест (I, B).

4. Всім хворим рекомендується визначати рівень сировоточного креатиніну і оцінювати функцію нирок (кліренс креатиніну) (I, B).

5. Всім хворим рекомендується визначати рівень ліпідів крові (в т.ч. холестерин ліпопротеїнів низької щільності) натощак (I, C).

6. Всім пацієнтам з верифікованим діагнозом ХІБС рекомендується 1 раз в рік проводити повторну оцінку метаболізму глюкози і визначення в крові рівня ліпідів і креатиніну (I, C).

7. Якщо виникає підозрі на захворювання щитовидної залози, рекомендується оцінити її функцію (I, C).

8. Рекомендується провести лабораторну оцінку функції печінки вчасно після початку прийому статинів (I, C).

9. Визначення рівня креатиніна рекомендується проводити у пацієнтів, приймаючих статини і при цьому пред'являючих скарги, які можуть вказувати на розвиток міопатії (I, C).

10. При підозрі на серцеву недостатність слід розглянути необхідність визначення в крові рівня мозгового натрійуретичного пептиду / N-термінального предшественника мозгового натрійуретичного пептиду (Іа, С).

Інструментальні методи діагностики при стартуванні обстеження пацієнтів з ХІБС

1. Електрокардіограму (ЕКГ) в покое рекомендується реєструвати всім хворим з клінічними проявленнями ХІБС (I, C).

2. ЕКГ в покое рекомендується реєструвати всім хворим в час або невідкладно після приступу болі в грудній клітці, яка може бути проявом дестабілізації клінічного течення ХІБС (I, C).

3. Амбулаторне моніторування ЕКГ рекомендується проводити пацієнтам з ХІБС, у яких підозрівають серцеву аритмію (I, C).

4. При підозрі на вазоспастичну стенокардію слід розглянути необхідність амбулаторного моніторування ЕКГ (Іа, С).

5. Трансторакальну ехокардіографію в покое рекомендується проводити всім хворим для виключення інших причин стенокардії; виявлення локальної дискінезії стінки лівого желудочка (ЛЖ) як признаку ІБС; визначення фракції викида (ФВ) ЛЖ для стратифікації ризику; оцінки диастолічної функції ЛЖ (I, B).

6. Ультразвукове дослідження сонних артерій, виконане спеціалістом, об'єктивним чином підготуваною, може бути рекомендовано для виявлення утолщення комплексу «інтима – медія» і/або фіброатером у хворих з підозрією на ХІБС, але без предшляючої верифікації атеросклеротичного ураження судин (Іа, С).

7. Рентгенографія органів грудної клітки рекомендується пацієнтам з атипичною клінікою або підозрією на захворювання легких (I, B).

8. Целесообразність проведення рентгенографії органів грудної клітки може бути розглянута у хворих з підозрією на серцеву недостатність (Іа, С).

Навантажувальне ЕКГ-тестування, проводиме для визначення початкової тяжкості стенокардії або причини скарги хворого

1. Навантажувальне ЕКГ-тестування рекомендується як стартування методу діагностики ХІБС у пацієнтів, не отримуючих антиішемічної терапії, але з клінікою стенокардії і проміжну ймовірність (ПТВ) ІБС (15-65%), при умові, що дані хворі толерантні до фізичної навантаження, а змінення, реєструвані на ЕКГ в покое, не будуть перешкодити точній трактовці отриманих результатів (I, B).

2. Навантажувальне тестування з використанням в початку діагностичного процесу візуалізуючих методів рекомендується в тому випадку, якщо ці методи доступні і їх проводить спеціаліст, об'єктивним чином підготуваною (I, B).

3. Целесообразність проведення навантажувального ЕКГ-тестування може бути розглянута у хворих, приймаючих терапію, для оцінки симптоматичної і антиішемічної ефективності останньої (Іа, С).

4. Не рекомендується проведення навантажувального ЕКГ-тестування з діагностичною метою, якщо на ЕКГ в покое реєструється депресія сегмента ST $\geq 0,1$ мВ або пацієнт приймає дигіталіс (III, C).

Величини ПТВ у пацієнтів різних вікових груп наведені в таблиці 4.

Вік, літ	Варіант болі в грудній клітці					
	Типична стенокардія		Атипична стенокардія		Неангінозна болі	
	Міжч.ч.	Жінч.ч.	Міжч.ч.	Жінч.ч.	Міжч.ч.	Жінч.ч.
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

Примечания. Белые ячейки – ПТВ <15%: пацієнти не потребують в подальшому обстеженні. Голубі ячейки – ПТВ 15-65%: в якості стартування діагностичного методу показано навантажувальне ЕКГ-тестування (однак, якщо є можливість, краще використовувати неінвазивні візуалізуючі методи, особливо у осіб молодого віку). Сиреневі ячейки – ПТВ 66-85%: для діагностики ХІБС показані неінвазивні візуалізуючі методи. Червоні ячейки – ПТВ >85%: ХІБС існує, пацієнти потребують тільки в стратифікації ризику.

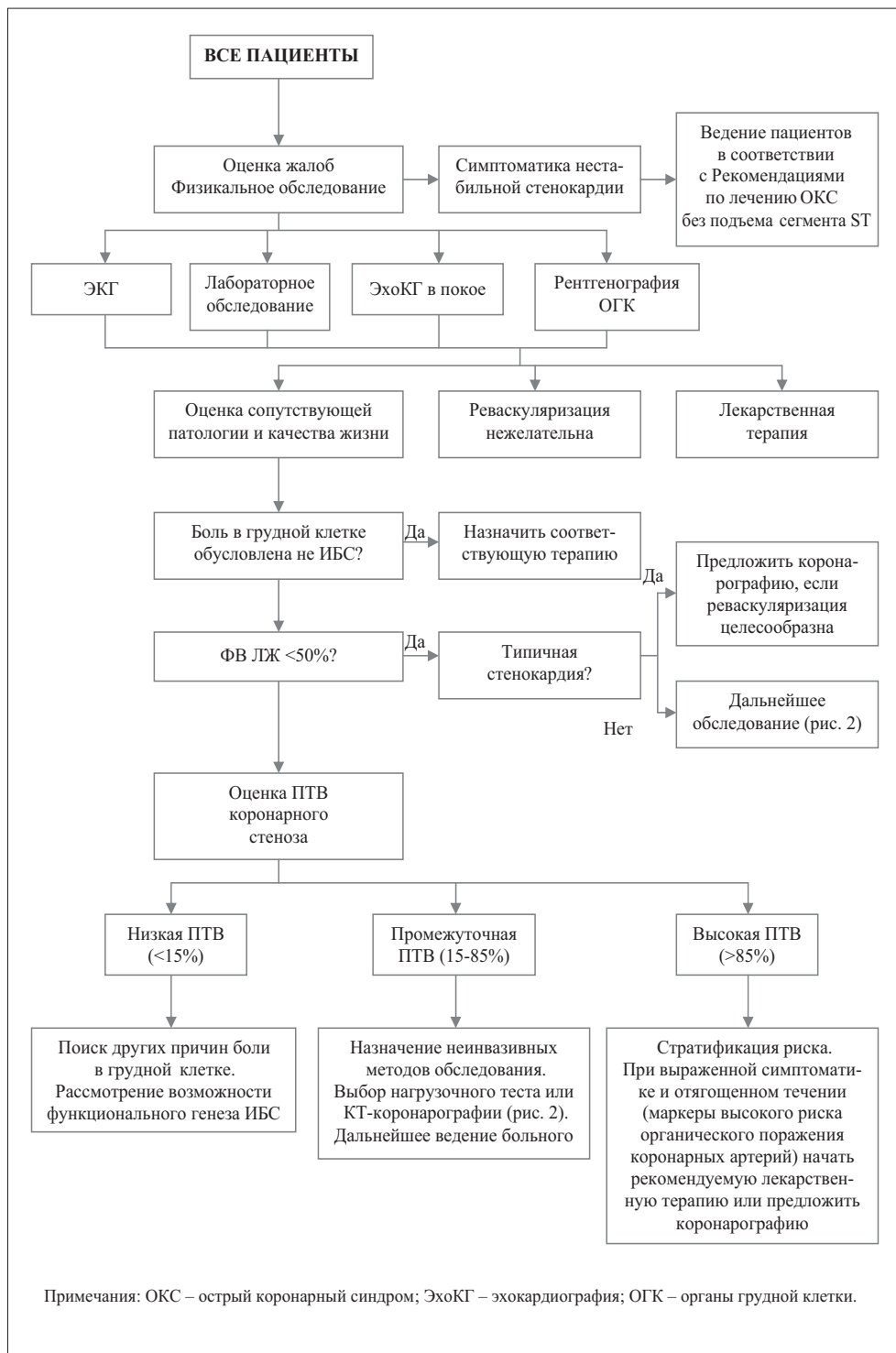


Рис. 1. Тактика обследования пациента с подозрением на ХИБС

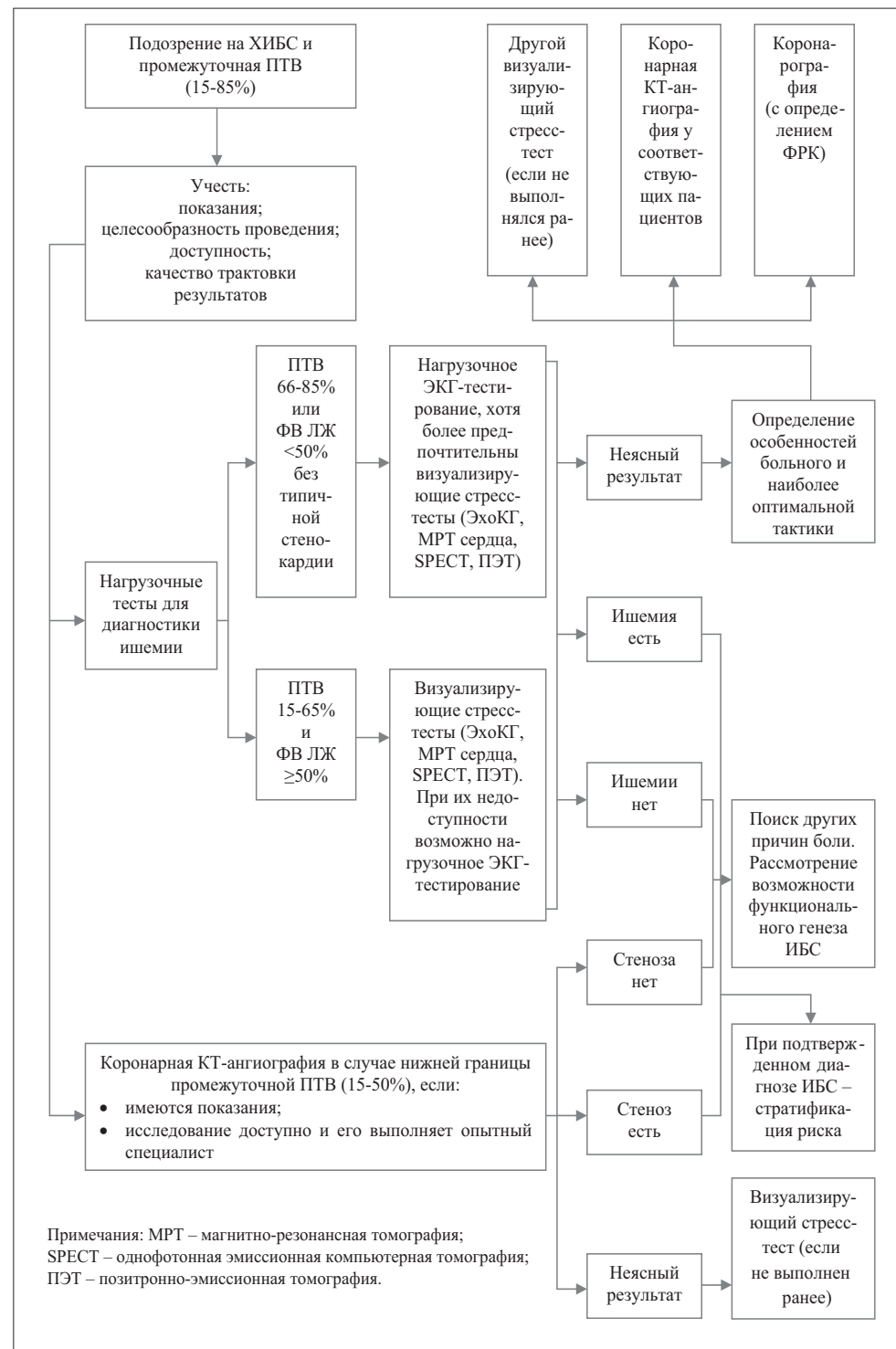


Рис. 2. Неинвазивное обследование пациента с подозрением на ХИБС и промежуточной ПТВ

Визуализирующие методы, комбинируемые с физической нагрузкой или введением фармакологических средств

1. Нагрузочное тестирование с использованием визуализации как стартового метода диагностики ХИБС рекомендуется пациентам с ПТВ 66-85% или при ФВ ЛЖ <50% (если отсутствует типичная стенокардия) (I, B).
2. Нагрузочное тестирование с визуализирующим методом рекомендуется проводить у тех пациентов, у которых изменения, регистрируемые на ЭКГ в покое, будут препятствовать верной трактовке результатов, полученных при нагрузочном ЭКГ-тестировании (I, B).
3. Тесты с физической нагрузкой предпочтительнее тестов с введением фармакологических средств (I, C).
4. Целесообразность нагрузочного тестирования с визуализирующим методом рекомендуется рассматривать у пациентов с манифестной ХИБС, которым выполнена первичная реваскуляризация миокарда (чрескожное коронарное вмешательство или аортокоронарное шунтирование) (IIa, B).
5. Целесообразность нагрузочного тестирования с визуализирующим методом для оценки функционального статуса рекомендуется рассматривать у пациентов с промежуточной степенью повреждения сосудов по данным коронарографии (IIa, B).

Визуализация коронарных артерий с помощью компьютерной томографии для диагностики ХИБС

1. Если ПТВ ХИБС находится в пределах нижней границы промежуточного уровня, можно ожидать, что качество визуализации коронарных артерий окажется высоким. У таких пациентов визуализацию коронарных артерий с помощью компьютерной томографии (КТ) рекомендуется рассматривать как альтернативу нагрузочному тестированию с визуализирующим методом (IIa, C).
2. Целесообразность проведения КТ-коронарографии рекомендуется рассматривать при сомнительных результатах нагрузочного ЭКГ- или визуализирующего тестирования в случаях, когда ПТВ ХИБС находится в пределах нижней границы промежуточного уровня (IIa, C).
3. Целесообразность проведения КТ-коронарографии рекомендуется рассматривать у пациентов с противопоказаниями к нагрузочному тестированию, когда ПТВ ХИБС находится в пределах нижней границы промежуточного уровня, вследствие чего ожидается диагностически приемлемое качество результатов КТ-коронарографии. В этом случае КТ-коронарография позволит избежать выполнения инвазивной коронарографии (IIa, C).

4. Для выявления стеноза коронарных артерий не рекомендуется проводить КТ-диагностику их кальцификации (III, C).
 5. КТ-коронарографию не рекомендуется проводить у больных, которым была выполнена первичная реваскуляризация миокарда (III, C).
 6. КТ-коронарографию не рекомендуется проводить как скрининговый тест при отсутствии симптомов, указывающих на возможность поражения коронарных артерий (III, C).
- Операционные характеристики инструментальных методов, используемых для диагностики ХИБС, представлены в таблице 5.

Метод исследования	Операционные характеристики	
	Чувствительность, %	Специфичность, %
Нагрузочное ЭКГ-тестирование	45-50	85-90
Стресс-эхокардиография	80-85	80-88
Нагрузочная однофотонная эмиссионная КТ	73-92	63-87
Стресс-эхокардиография с добутамином	79-83	82-86
Магнитно-резонансная томография с добутамином	79-88	81-91
Эхокардиография с введением вазодилатора	72-79	92-95
Однофотонная эмиссионная КТ с введением вазодилатора	90-91	75-84
Магнитно-резонансная томография с введением вазодилатора	67-94	61-85
Коронарная КТ-ангиография	95-99	64-83
Позитронно-эмиссионная томография с введением вазодилатора	81-97	74-91

Принципы обследования больных с подозрением на ХИБС представлены на рисунках 1 и 2.

Продолжение следует.

Перевел с англ. Глеб Данин