

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

Заместитель начальника по
науке Главного управления
кадровой политики, учебных
заведений и науки

Н.И. Доста



29 сентября 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М. Ореховский



30 сентября 1999 г.
Регистрационный № 81-9907

ТАКТИКА ВЫБОРА ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Минск 1999

Учреждение-разработчик:

Белорусский НИИ кардиологии Министерства здравоохранения Республики Беларусь

Авторы: д-р. мед. наук, проф. Н.А. Манак, канд. мед. наук

И.С. Карпова, С.И. Худолей

Рецензент: проф. В.П. Сытый

В методических рекомендациях на современном уровне изложены общие принципы организации выявления и диагностики стабильной стенокардии с обоснованием выбора и последовательности применения инструментальных методов обследования и наиболее оптимального алгоритма диагностических мероприятий. Предназначены для кардиологов, терапевтов, участковых врачей.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

ТАКТИКА ВЫБОРА ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Исходя из патофизиологических механизмов ишемии миокарда, лежащей в основе стенокардии, а именно несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой, успех терапевтических мероприятий определяется возможностью повышения способности коронарной системы по доставке крови к ишемизированным зонам или в уменьшении потребности миокарда в кислороде. Учитывая тот факт, что преимущественной причиной стенокардии является атеросклеротическое поражение коронарных артерий, предопределяющее хроническое течение заболевания, ожидать быстрого эффекта от лечения не приходится. Поэтому после установления точного диагноза (формы, особенностей течения заболевания, степени коронарной недостаточности, осложнений и сопутствующей патологии) необходимо настроить пациента на долговременную программу лечебно-оздоровительных мероприятий. Она должна включать в себя выяснение возможных индивидуальных причин развития заболевания: условий работы (наличия вредности, степени напряженности, сменности); характера семейных отношений; условий питания; наличия факторов риска; непосредственных факторов, провоцирующих приступы стенокардии (физические или психоэмоциональные нагрузки, прием пищи, курение, половой акт и т.п.).

Устранение некоторых из перечисленных факторов (профессиональная вредность, сменность, перевод с тяжелого физического труда на более легкий), отказ от курения и приема алкоголя, постепенное расширение двигательного режима и т.д. порой достаточно для сдвига имеющегося несоответствия между «потребностью и доставкой» в благоприятную сторону без медикаментозного лечения. Такой подход имеет еще ряд положительных моментов. Во-первых, это способствует установлению контакта, доверительных отношений между врачом и пациентом, что является весьма важным. Доказано, что при таких условиях даже плацебо оказывается эффективным у трети больных. Во-вторых, при ориентации больного на определенные действия он становится не только активным помощником врача в лечебном процессе, но и в какой-то мере ответчиком за его соблюдение. По первой части этого положения уместно вспомнить известное выражение, что в лечебном процессе участвуют трое: врач, больной и болезнь — и успех его определяется только при объединении усилий врача и больного (два против одного).

При даче рекомендаций по устранению или ослаблению действия факторов риска ИБС следует определить (выработать вместе с пациентом) поэтапность вмешательства, так как у большинства больных они закреплялись длительное время и одномоментное лишение всех привычных для него стереотипов окажется чрезмерно трудным заданием. Необходимо разделить эту большую задачу и решать ее постепенно.

При планировании медикаментозного вмешательства обязательно необходимо получить сведения о предшествующем лечении, его содержании, эффективности, переносимости, оценить его адекватность тяжести заболевания и уяснить, как оно выполнялось больным.

Цель лечения: уменьшение клинических проявлений стенокардии (улучшение качества жизни), профилактика инфаркта миокарда, внезапной смерти, развития сердечной недостаточности.

Медикаментозное лечение должно предусматривать решение следующих задач:

а) увеличение коронарного кровотока за счет расширения коронарных артерий, устранение и предотвращение их спазма;

б) уменьшение потребности миокарда в кислороде, что может быть реализовано при снижении пред- и постнагрузки, урежении сердечного ритма, снижении артериального давления, уменьшении адренергических влияний на сердце, коррекции нарушений ритма сердца;

в) улучшение кровотока в системе микроциркуляции путем воздействия на реологические свойства крови, коллатеральное кровообращение;

г) уменьшение процессов ремоделирования миокарда и сосудов;

д) стабилизация электродинамических свойств миокарда.

С учетом атеросклеротического генеза стенокардии необходимо предусмотреть и решение таких задач, как стабилизация атеросклеротической бляшки, предотвращение тромбообразования, улучшение эндотелиальной функции сосудов.

Ближайшая цель лечения — устранение или ослабление симптомов ишемии, отдаленная цель — улучшение прогноза заболевания (предотвращение инфаркта миокарда, снижение смертности, сохранение трудоспособности). Основные пути достижения цели сводятся к медикаментозной терапии и вторичной профилактике. Медикаментозное лечение ИБС включает в себя при наличии признаков низкого риска развития инфаркта миокарда или внезапной смерти использование нитратов, антагонистов кальция или β -адреноблокаторов (последние имеют как симптоматическое, так и этиологическое применение), высокого риска — добавление метаболической терапии (предуктал), проведение ангиопластики. Кроме того, следует проводить постоянное этиологическое лечение с применением аспирина, статинов, гормонозамещающей терапии, уменьшение факторов риска. Вторичная профилактика ИБС подразумевает немедикаментозное, медикаментозное и хирургическое лечение. Немедикаментозная профилактика включает в себя холестеринснижающую низкокалорийную диету, увеличение физической активности, прекращение курения. Из медикаментозных препаратов с целью вторичной профилактики используются аспирин, β -адреноблокаторы, статины, сахароснижающие, антигипертензивные медикаменты. Хирургические методы улучшения прогноза заболевания включают в себя ангиопластику и аортокоронарное шунтирование.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Основными направлениями медикаментозного лечения стенокардии являются антитромботическое (аспирин, тиклопидин), антиишемическое, включая антиатеросклеротическое (статины, фибраты, препараты никотиновой кислоты), метаболическое (предуктал).

Препаратами выбора или препаратами первого ряда при стенокардии являются лекарственные средства трех основных групп: нитраты, блокаторы бета-адренергических рецепторов и антагонисты ионов кальция, или блокаторы кальциевых каналов.

В настоящее время в группу нитратов входят три основных органических соединения: тринитрат глицерола, т.е. нитроглицерин, динитрат изосорбида — изосорбидодинитрат и его «дочерняя» форма — одонитратный метаболит — изосорбида-5-мононитрат. Другие органические нитраты, такие, как эринитил тетранитрат, пентаэритрол тетранитрат (эринит) широкого распространения не нашли из-за своей низкой эффективности дозы. Препараты нитроглицерина короткого действия выпускаются в виде таблеток или капсул для сублингвального приема, аэрозолей; лекарственные формы, обеспечивающие пролонгированное действие, — в виде пероральной, микрокапсулярной, трансдермальной, буккальной и инъекционной форм. Препараты изосорбида динитрата предназначены для сублингвального применения (выпускаются также в виде аэрозолей), для приема внутрь, трансдермально (в виде мази, аэрозолей), буккально или внутривенно. Форма выпуска изосорбида-5-мононитрата предназначена только для приема внутрь в виде препаратов пролонгированного действия.

По продолжительности действия нитраты подразделяются на короткодействующие, используемые для купирования приступов стенокардии, и пролонгированного действия, применяющиеся для предупреждения ангинозных приступов.

Большинство больных стенокардией наблюдается амбулаторно, что требует от врача, работающего в условиях поликлиники, хорошего знания современных лекарственных препаратов и их дозировок.

Таблетки (гранулы, капсулы и ингаляционные формы) для сублингвального приема относятся к короткодействующим препаратам нитроглицерина. В таблетках и капсулах (1% масляный раствор) содержится по 0,0005 нитроглицерина. Для этих же целей может использоваться 1% спиртовой раствор нитроглицерина — по 3–5 капель на кусочке сахара. Ингаляционные формы выпускаются в аэрозольной упаковке и содержат 180–200 разовых доз. При применении гранул нитроглицерина следует помнить о быстрой потере их эффективности в открывавшихся флакончиках (через 60–70 дней). Больным следует рекомендовать периодически менять тубики нитроглицерина или иметь запасной нераспечатанный. Преимущество аэрозольной формы (изомак спрей, изокет, нитроминт и др.) перед сублингвальными таблетками состоит в том, что продолжительность действия изосорбида динитрата составляет 1,5–2 ч, что позволяет использовать препарат в такой форме не только для купирования, но и для предупреждения стенокардии перед ожидаемой физической нагрузкой. Распыление 1 дозы для предупреждения, 2–3 — для снятия ангинозных приступов осуществляется на или под язык при задержке дыхания (не вдыхать!) с интервалом в 30 с.

Таблетки для приема внутрь (оральные) — препараты пролонгированного действия изготавливаются таким образом, что часть нитроглицерина быстро абсорбируется в желудочно-кишечном тракте и начинает действовать через 10 мин, а остальная часть всасывается медленнее и обеспечивает эффект в течение 4–6 ч. Предназначаются только для предупреждения, но не для купирования приступов стенокардии. Как правило, выпускаются в двух дозировках — мите и форте (тринитраты), простых и ретардных (динитраты и мононитраты). Дозировка простых форм от 2,5 мг до 20 мг, причем таблетки, содержащие 2,5–10 мг изосорбида динитрата, могут использоваться для сублингвального приема. Таблетки пролонгированного действия (ретардные) выпускают в дозах по 20, 40,

60 и 120 мг. Патентованные названия препаратов нитроглицерина: сустак, нитронг, нитрогранулонг, нитро-мак, нитроминт, ленираль и др.; изосорбида динитрата: нитросорбит, изосорбит, изокет, изомак, карвазин, лазердил, васкардин и др.; изосорбида -5-моонитрата: мономак, монизид, оликард, имдур и др.

Следует отметить, что в достаточных дозировках они обладают примерно одинаковой антиангинальной эффективностью. Для тринитратов (препаратов нитроглицерина) разовая доза должна быть равна не менее 6,5 мг (эффект мите-доз не отличается от эффекта плацебо — это доказано специальными фармакодинамическими исследованиями). При первом прохождении через печень мите-формы практически полностью разрушаются. Разовые дозы препаратов изосорбида динитрата и 5-моонитрата составляют 10–30 мг. Преимущество моонитратов заключается в том, что они мало разрушаются в печени и к ним в меньшей мере развивается толерантность. Ретардные формы обычно принимают 1–2 раза в день. Кратность приема простых форм определяется степенью тяжести стенокардии: чем выше функциональный класс (ФК) коронарной недостаточности, тем с большей частотой они должны применяться.

Имеются и комбинированные препараты из группы нитратов. Например, нитродурат (Германия) — содержит 0,5 мг глицерол-тринитрата + 5 мг изосорбит-динитрата.

Максимум действия нитратов при приеме внутрь начинается через 60–90 мин.

Буккальные пластинки или таблетки для аппликации на слизистую верхней десны выпускаются в дозах 1 мг, 2 мг и 4 мг, способны как купировать приступ стенокардии в те же сроки, что и таблетки для сублингвального приема, так и предупреждать его в течение 3–5 ч. Отличаются высокой биодоступностью. Отечественные препараты — тринитролонг и динитросорбилонг. Последний препарат изосорбида динитрата выпускается в пластинках по 40 мг и обеспечивает длительность действия более 10 ч. Импортные препараты аналогичной формы: сусадрин, сустабукал, нитробукал, нитрогард, сускард.

Трансдермальные формы (пластыри, диски, мази, спрей) применяются для предупреждения приступов стенокардии. Длительность действия от 12 до 24 ч, начало действия — через 30–60 мин. Эта лекарственная форма прошла уже пик своей невероятной популярности. Ее недостатками являются нестабильная биодоступность, местное раздражающее действие, дороговизна, отсутствие стабильного эффекта в течение суток и способность вызывать не только толерантность (привыкание), но и тахифилаксию (быстрое привыкание) к нитратам. Патентованные названия: нитродерм, нитролор, минитрон, нитродур, диафузор, нитромазь и др. Достоинства — минует печеночный барьер, легко дозируется (в любой момент можно прекратить их действие простым снятием пластыря), ну и, конечно же, продолжительность действия.

Нитраты являются препаратами выбора у больных, у которых ангинальный синдром быстро купируется сублингвальным приемом нитроглицерина, при сочетании стенокардии с недостаточностью кровообращения, легочной гипертензией, при исходной брадикардии. Необходимо учитывать, что с увеличением дозы нитратов достоверно увеличивается продолжительность их действия.

Главным моментом, который необходимо учитывать при проведении лечения нитратами, является выявленный в последнее время факт снижения антиангинальной эффективности нитратов при длительном их применении

из-за развития толерантности (привыкания) к нитроглицерину — состояния, при котором для достижения того же антиангинального или гемодинамического эффекта требуется постоянное увеличение дозы препарата.

Толерантность чаще всего развивается к трансдермальным формам нитратов. Считается, что развитие толерантности обуславливается возникновением дефицита сульфгидрильных групп и изменением синтеза ЦГМФ. Поэтому для устранения или ослабления выраженности толерантности к нитратам предлагается использовать донаторы сульфгидрильных групп, например, унитиол, метионин, дибунол и даже капотен. Существует также мнение, что ослабление действия нитратов наблюдается вследствие системного падения артериального давления, в ответ на которое возникает нейрогуморальный ответ: повышается тонус симпатической нервной системы, увеличивается синтез ренин-альдостерона с последующей ретенцией воды. В результате этого происходит возврат давления наполнения левого и правого желудочков до исходных или высших значений.

В этой же связи, т.е. с целью предупреждения развития толерантности, необходимо через каждые 1,5–2 мес. курсового приема нитратов делать перерыв на 1–2 недели. За это время эффективность действия нитратов восстанавливается.

Если нет возможности полностью отменить нитраты, то на время перерыва можно назначить корватон (сиднофарм) — препарат, к которому не развивается перекрестная толерантность.

По этой же причине оправдан прием нитратов только перед предстоящей физической нагрузкой или перед ожидаемыми приступами стенокардии, так называемые прерывистые схемы назначения нитратов, при которых в течение суток остаются промежутки, свободные от действия препаратов (8–12 ч и более). Причем чем больше доза препарата, тем большие перерывы рекомендуется соблюдать.

Следует также знать, что время появления и выраженность ослабления действия нитратов не одинаковы для каждого больного и разных сосудистых зон. По нашим данным, быстрее всего ослабляется действие нитратов на малый круг кровообращения, затем на объемы желудочков и в последнюю очередь на периферические артериальные сосуды и коронарное кровообращение. Поэтому, оценивая развитие толерантности, надо пользоваться комплексными данными. Можно также рекомендовать для предотвращения толерантности менять пути введения нитратов в организм за счет использования разных лекарственных форм, например, пероральный прием на сублингвальный или заменить тринитраты на динитраты, а еще лучше на моонитраты.

Побочные явления. Наиболее частые — распирающая головная боль, шум в ушах, головокружение. В основе их лежит шунтирование крови из общей сонной артерии в вены полости черепа. Вследствие этого мозговой кровоток снижается, а переполненные внутричерепные вены являются источником болевых ощущений. У многих больных через 2–3 дня от начала приема нитратов головная боль проходит. Для облегчения состояния рекомендуется прием небольших доз кофеина, аспирина, анальгетиков. Головная боль, возникающая при приеме короткодействующих форм нитроглицерина, может предупреждаться или облегчаться одновременным приемом валидола. В известных каплях Вотчала (1% спиртовой раствор нитроглицерина — 1,0 + 3% раствор ментолового спирта — 9,0) заложен этот же принцип.

Противопоказания. Гиперчувствительность к нитратам (сильная головная боль, гипотония, тахикардия), острое нарушение мозгового кровообращения, повышенное внутричерепное давление, состояние шока или коллапса; острый инфаркт миокарда, протекающий с гипотонией, коллапсом; осторожность при выраженном атеросклерозе сосудов мозга, при беременности. К противопоказаниям также относятся гипотония, гиповолемия, констриктивный перикардит или тампонада сердца, инфаркт правого желудочка.

В начале 60-х гг. в клиническую практику лечения стенокардии вошел новый класс лекарственных соединений — блокаторы бета-адренергических рецепторов (ББ). Адренергические вещества типа катехоламинов играют ведущую роль в патогенезе ИБС. Известно, что при повышенном выбросе (образовании) катехоламинов, что, как правило, происходит при различных стрессовых ситуациях, они не только резко увеличивают потребление кислорода миокардом, но и могут оказывать повреждающее действие на миокард даже при полноценном коронарном кровообращении.

ББ представляют гетерогенную группу лекарственных препаратов. Они подразделяются на некардиоселективные и кардиоселективные. Кардиоселективные по сравнению с некардиоселективными реже приводят к нарушениям периферического кровообращения и бронхоспазму. ББ разделяются также в зависимости от способности проявления собственной симпатомиметической активности, а также по наличию и выраженности хинидиноподобного действия или мембраностабилизирующей активности, присущей местным анестетикам. Пропранолол наиболее активен в отношении мембраностабилизирующих свойств. Выраженность антиангинального эффекта ББ не находится в прямой зависимости от кардиоселективности, симпатомиметической активности и мембраностабилизирующих свойств, а определяется дозой и особенностями фармакокинетики препарата. Наибольшее распространение в клинической практике получил пропранолол, терапевтическая доза которого составляет 120–140 мг в сутки. Некардиоселективные ББ, обладающие собственной симпатомиметической активностью (окспренолол, алпренолол и пиндолол), мало влияют на ЧСС в покое, но ограничивают тахикардию во время физических и психоэмоциональных нагрузок. Поскольку целью назначения ББ является блокада сердечных бета-рецепторов, предпочтительнее назначать кардиоселективные препараты (метопролол, атенолол, талинолол-корданум, ацебутолол-сектраль). Суточные дозы препаратов составляют: корданум — 150–200 мг, метопролол — 100–200 мг, сектраль — 400–1200 мг, тразикор — 120–320 мг. Последнее время производятся ББ с новыми свойствами, а именно вазодилатирующими (целипролол, деливалол, мепиндолол, карведилол и др.), и препараты с избирательной суперселективностью (бетаксоллол), которые отличаются еще одним важным свойством — длительным периодом полувыведения (16 ч) и соответственно длительным действием, что позволяет принимать его один раз в сутки по 20, 40 мг. Из ББ с пролонгированными свойствами известны еще коргард (80 мг), слаутразикор (160 мг), теноретик (125 мг). Эти препараты принимаются 1 раз в день.

Лечение ББ предусматривает подбор эффективной дозы индивидуально для каждого больного. Подобранную эффективную дозу назначают длительное время с целью поддерживающей терапии. В отличие от нитратов при длительном ББ привыкания к ним не наступает. Отменять препараты надо с постепенным снижением дозы.

Из всех антиангинальных препаратов ББ, согласно многочисленным контролируемым исследованиям, оказались самыми надежными средствами для предотвращения различных осложнений стенокардии благодаря наличию в них следующих эффектов:

- антифибрилляторный и антиаритмический (↓ количество случаев внезапной смерти);
- уменьшение напряжения миокарда (↓ количество случаев разрывов миокарда, ↓ потребление кислорода миокардом);
- удлиняют диастолу (улучшается кровоснабжение миокарда);
- снижают артериальное давление (↓ вероятность разрыва или повреждения атеросклеротических бляшек);
- дезагрегационный эффект (предотвращение тромбообразования);
- предотвращение ремоделирования миокарда после острого инфаркта миокарда;
- тормозят апоптозис (карведилол).

Подобный ББ препарат — кордарон, который вызывает торможение реакции альфа- и бета-рецепторов на симпатическую стимуляцию. В период насыщения (1–2 недели) препарат назначают по 400–600 мг в сутки, в период поддерживающей терапии — по 200–400 мг ежедневно в течение 5 дней.

Противопоказания. В кардиологической практике основными противопоказаниями к назначению ББ являются прогрессирующая сердечная недостаточность и нарушения атриовентрикулярной проводимости, синдром Рейно и эндартериит. Блокада В-рецепторов сопровождается усилением бронхоспазма, поэтому бронхиальная астма является противопоказанием к назначению ББ. С осторожностью следует подходить к назначению ББ больным с обострением язвенной болезни из-за возможности усиления желудочковой секреции; больным с сахарным диабетом, принимающим гипогликемические средства, из-за возможности усиления гипогликемии и при беременности.

Больным пожилого возраста предпочтительнее назначать препараты, обладающие внутренней симпатомиметической активностью, особенно в начале лечения, так как у них повышается возможность увеличения частоты побочных эффектов ББ.

При типичных приступах вазоспастической стенокардии предпочтение следует отдать антагонистам кальция (АК). Наиболее широкое применение в клинической практике получили нифедипин, верапамил и дилтиазем. Суточные дозы их составляют 40–80 мг, 120–480 и 120–480 мг соответственно.

С каждым годом все активнее в клиническую практику входят АК второго поколения, отличающиеся избирательной селективностью к отдельным сосудистым зонам, пролонгированностью действия (период полувыведения норваска, например, составляет 35–50 ч) и отсутствием нейрогуморальной активации в ответ на вазодилатацию. В основном это новые дигидропиридиновые соединения (нитрендипин, исрадипин, фелодипин, амлодипин (норваск), никардипин) или производные индапамида (эмопамил, ариффон, лорвас).

Из АК первого поколения с пролонгированным действием на фармацевтическом рынке имеются изоптин ретард и коринфар ретард.

Особенности механизма действия АК определяют показания к их дифференцированному применению. Препараты верапамила, учитывая их тормозящее влияние на проводящую систему миокарда и его сократимость, а также отрицательный хронотропный эффект, целесообразнее использовать у больных стенокардией со склонностью к нарушениям ритма, тахикардии, повышению артериального давления. Препараты нифедипина из-за их преимущественного действия на тонус сосудов в первую очередь предпочтительнее использовать у больных стенокардией в сочетании с артериальной гипертензией. Антиаритмическая активность у нифедипина, в отличие от верапамила, выражена мало. В последнее время появляются сообщения об осторожном подходе к использованию нифедипина при ИБС вследствие возможности возникновения тахикардии при их приеме и соответственно увеличения потребления миокардом кислорода. Поэтому их не рекомендуют (особенно короткодействующие формы) применять при появлении признаков нестабильности, при остром инфаркте миокарда, при недостаточности кровообращения и, естественно, тахикардии. При этом желательно, чтобы суточные дозы не превышали 30–40 мг, а продолжительность лечения была не более одного месяца.

Перечисленным особенностям действия этих препаратов предопределяется возможность сочетания их с другими препаратами.

Верапамил нежелательно сочетать с В-блокаторами из-за опасности потенцирования отрицательного инотропного эффекта и нарушения атриовентрикулярной проводимости. Использование же препаратов нифедипина с В-блокаторами в этом плане полностью оправдано и подтверждается хорошим клиническим эффектом. Дилтиазем и его аналоги по основным клиническим характеристикам занимают промежуточное положение между верапамилем и нифедипином. Все АК являются препаратом выбора при вазоспастическом генезе стенокардии. Препараты нифедипина при необходимости получения быстрого эффекта могут приниматься сублингвально. В таких случаях эффект наступает через 20–30 мин, т.е. в 2–3 раза быстрее, чем при приеме внутрь.

Имеются данные о замедлении прогрессирования атеросклероза при длительном приеме АК из-за их воздействия на липидный обмен, особенно препаратов второй генерации.

По данным контролируемых исследований, из препаратов второй генерации для лечения стенокардии хорошо себя зарекомендовал амлодипин. Он не только повышал толерантность к физической нагрузке, но и снижал летальность.

Практически все АК при длительном применении уменьшают гипертрофию левого желудочка.

АК вступают во взаимодействие со многими другими препаратами. Так, верапамил вызывает увеличение концентрации дигоксина в крови, что необходимо учитывать при их одновременном приеме.

Противопоказания: кардиогенный шок, прогрессирующая сердечная недостаточность, беременность; для верапамила и дилтиазема — нарушение атриовентрикулярной проводимости.

Побочные явления наблюдаются сравнительно редко: диспептические явления, гиперемия кожи, сонливость, головная боль, отеки ног, тахикардия при приеме нифедипина или брадикардия при лечении верапамилем и дилтиаземом.

ВЫБОР И СОЧЕТАНИЕ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Приведенный перечень антиангинальных средств свидетельствует о больших возможностях медикаментозного воздействия, в то же время о сложности выбора необходимого препарата для конкретного больного. Лечим мы не болезнь, а больного со многими индивидуальными особенностями.

Основопологающими принципами для выбора оптимальной терапии являются дифференцированный и индивидуализированный подходы. Чаще всего врачами применяется дифференцированный подход. Сущность его заключается в дифференциации (распределении) больных на однородные группы по какому-нибудь признаку, например, по наличию тахикардии, склонности к повышению артериального давления, увеличению сердечного выброса, низкому периферическому сопротивлению сосудов, и назначению препаратов, обладающих механизмами воздействия на выделенные признаки. В приведенном примере препаратами выбора могут быть ББ или препараты верапамила из группы АК. Напротив, брадикардия или наличие признаков сердечной недостаточности предполагает использование нитратов. При диагностировании вазоспастического генеза стенокардии препаратами выбора являются АК. Одним из методов дифференцированного подхода является ступенчатая схема назначения антиангинальных препаратов, предложенная Б.А. Сидоренко и В.С. Гасилиным. Дифференциация проводится в зависимости от установленного класса коронарной недостаточности. Первая ступень предполагает использование одного из антиангинальных препаратов и, как правило, применяется у больных стенокардией с ФКII. Выбор конкретного препарата проводится с учетом описанных выше принципов. При ФКI медикаментозное лечение обычно не проводится, достаточно урегулирования образа жизни, воздействия на факторы риска и профилактического приема небольших доз аспирина (80–90 мг в сутки). Вторая ступень используется у больных с ФКIII и предполагает одновременное применение двух препаратов по описанному выше принципу. Третья ступень — это комбинация трех основных антиангинальных препаратов, назначается больным стенокардией с ФКIV, например: нитраты+дилтиазем+анаприлин или нитраты+верапамил+тенормин.

Вполне очевидно, что чем «тоньше» уровень дифференциации, т.е. чем больше имеется объективных показателей, характеризующих сердечно-сосудистую и другие системы организма, тем точнее можно подобрать необходимый препарат для лечения конкретного больного.

Более высокой ступенью выбора оптимальной наиболее адекватной терапии является индивидуализированный подход, предполагающий изучение ответной реакции организма на введенный лекарственный препарат. Для оценки эффективности антиангинальных препаратов при лечении больных стенокардией был предложен метод парных фармакодинамических исследований. Сущность его заключается в том, что после определения исходной толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии или другого метода тестирования больному дается разовая доза одного из антиангинальных препаратов и на высоте его действия (для нитратов это 60 мг, для АК и ББ — 90–120 мг) проводится повторное тестирование. По величине изменения толерантности к физической нагрузке в сопоставлении с исходными значениями судят об эффективности примененного препарата. Помимо велоэргометрии могут использоваться и другие методы контроля, например, эхокардиография, или

импедансная реография. Поочередное проведение фармакодинамических исследований с разными препаратами позволяет подобрать именно тот, который оказывает наиболее выраженный антиангинальный или антиишемический эффект.

Как правило, на каждый препарат отводится один день. Повторяя фармакодинамические исследования несколько раз на протяжении суток, можно точно определить и продолжительность действия препарата, соответственно объективизировать и кратность его назначения.

Для упрощения подбора антиангинальных препаратов таким путем нами предложено использование вместо велоэргометрии дозированной ходьбы, то есть ходьбы, контролируемой с помощью серийно выпускаемых приборов, например, определителя физической нагрузки. По наибольшему приросту пройденного расстояния в заданном темпе или по наибольшему времени продолжительности ходьбы выбирается оптимальный препарат. Предложенная методика выбора может применяться и в амбулаторных условиях без отрыва больных от производства. В таких условиях найти оптимальное лекарственное средство для больных стенокардией легче, чем в условиях стационара. В больнице пациенты лишены обычных бытовых и производственных нагрузок, и исчезает такой ориентир для контроля за эффективностью лечения, как уменьшение числа принятых таблеток нитроглицерина. Кстати, этот ориентир, а также количество приступов стенокардии в течение суток и проходимая дистанция до появления ангинозных болей являются критериями для оценки эффективности проводимой терапии. По этим критериям необходимо постоянно контролировать эффективность лечения и при их изменении вносить соответствующую корректировку.

Опыт показывает, что используя дифференцированный и индивидуализированный подходы можно за 3–4 дня подобрать оптимальную терапию для большинства больных, в то время как при использовании традиционных подходов на это уходит несколько недель.

К тому же, при традиционном подходе для достижения одинакового эффекта, как правило, приходится использовать значительно большее количество лекарств. Известное крылатое выражение: «Исход боя решает не количество выпущенных снарядов, а точность попадания их в цель» — очень точно отражает ситуацию с оптимизацией антиангинального лечения.

При выраженной коронарной недостаточности (ФКIII–IV), как правило, одновременно используются препараты разных фармакологических групп для усиления антиангинального эффекта. При этом необходимо учитывать особенности действия каждого из назначаемых препаратов. Оправданным является сочетание нитратов с ББ и АК и ББ с АК. Нитраты и ББ могут использоваться в любых сочетаниях без особых ограничений. При одновременном назначении нитратов и АК из последних лучше всего использовать препараты подгруппы верапамила и дилтиазема. Нежелательно совместное применение нитратов и нифедипина из-за возможности возникновения серьезных побочных эффектов: резкого снижения АД, развития коллапса.

В то же время ББ целесообразно комбинировать с препаратами нифедипина, последние противодействуют вазоконстрикторному действию ББ. Комбинация ББ и верапамила также возможна, антиангинальный эффект при этом достоверно увеличивается, но и повышается возможность нарастания кардиодепрессивного эффекта, что следует учитывать при исходно нарушенной функции левого желудочка. При необходимости такой

комбинации препараты можно применять только в стационарных условиях, где есть постоянный динамический контроль.

Необходимо иметь ввиду возможность комбинации двух различных по действию антагонистов кальция: верапамила с нифедипином, если отсутствует дилтиазем.

Кроме того, в пределах каждой ступени рекомендуется дифференцированное назначение антиангинальных препаратов. Так, нитраты назначаются больным с хорошим положительным эффектом купирования приступов стенокардии нитроглицерином и при этом не отмечается сильных головных болей. Нитраты также предпочтительны у больных с нормальным (или склонностью к пониженному) АД, при исходной брадикардии и начальных признаках недостаточности кровообращения.

ББ рекомендуется в первую очередь назначать больным с клиническими признаками гиперкинетического синдрома, при склонности к повышению АД, тахикардии, наличии нарушений ритма, при отсутствии признаков недостаточности кровообращения.

АК предпочтение отдается в случаях сочетания стабильной стенокардии со спонтанной, изменчивости толерантности к физическим нагрузкам на протяжении суток, присутствии синдрома «расхаживания», при сопутствующем повышении АД и нарушениях ритма.

При сочетании нитратов с АК на второй ступени из последних используются препараты из группы верапамила. При назначении сочетания ББ и АК из последних применяются препараты из группы нифедипина.

Такой же принцип сочетания антиангинальных препаратов сохраняется и на третьей ступени. В случае отсутствия эффекта лечения в течение одной недели при назначении первой и второй ступеней в последующем применяется более высокая ступень.

Кроме этого, выбор антиангинальных препаратов проводится с учетом данных центральной и внутрисердечной гемодинамики. Так, нитраты являются препаратами выбора у больных стенокардией с гипокINETическим типом гемодинамики и увеличением конечно-диастолического объема (КДО) левого желудочка больше $165 \pm 4,8$ мл. Пропранолол чаще оказывается эффективным препаратом у больных с гиперкинетическим типом кровообращения, с низкими значениями конечно-систолического объема (КСО) и КДО ($130 \pm 5,7$ мл). Антагонисты кальция оказывают лучший эффект у больных с эукинетическим типом гемодинамики и с показателями КДО в пределах 130–160 мл.

Таким образом, при гипокINETическом варианте кровообращения больным с ФКII назначаются нитраты, больным с ФКIII — нитраты и АК; при гиперкинетическом варианте больным с ФКII — ББ, с ФКIII — ББ и АК; при эукинетическом варианте больным с ФКII — АК, с ФКIII — АК и нитраты. При наличии вазоспазма коронарных артерий в схему лечения включаются АК.

С учетом определения ведущего звена коронарной недостаточности в комплексное лечение включаются препараты, воздействующие на агрегационные свойства тромбоцитов, перекисное окисление липидов, нарушения микроциркуляции. Для улучшения последней у больных стенокардией чаще всего используются препараты, воздействующие на агрегантные свойства крови (аспирин, курантил, тиклид), и препараты, непосредственно воздействующие на систему микроциркуляции (трентал, агапурин, ксантинол никотинат и др.). Для получения

антиагрегационного эффекта оправдано применение ацетилсалициловой кислоты (аспирина) по 100–300 мг в сутки ежедневно или через день. Установлено, что назначение аспирина снижает общую летальность у больных ИБС на 10% и уменьшает вероятность развития повторного инфаркта миокарда. При выраженном нарушении агрегационных свойств форменных элементов крови дополнительно к аспирину назначается дипиридамолом (курантил) по 25–50 мг 3 раза в день. Последний используется также при наличии противопоказаний к применению аспирина (язвенная болезнь, эрозивный гастрит, геморрой и т.п.).

Трентал, ксантинол никотинат назначаются в виде курсовой терапии (1,5–3 мес.) при обострении заболевания, увеличении степени коронарной недостаточности или отсутствии выраженного эффекта лечения основными антиангинальными препаратами (нитратами, ББ, АК).

Метаболическая терапия при стабильной стенокардии (АТФ, кокарбоксилаза, ретаболил, рибоксин), по данным специальных исследований, не оказывает антиангинального эффекта и не способствует повышению толерантности к физической нагрузке. При выраженном нарушении липидного обмена наряду с целенаправленным антисклеротическим лечением имеет смысл назначение антиоксидантов (токоферол ацетат, аевит, дибунол и др.).

В последние годы арсенал антиангинальных средств пополнился препаратом с оригинальным механизмом действия — предукталом. Предуктал (триметазидин) в отличие от вышеописанных препаратов, проявляющих свое действие через гемодинамические эффекты, действует на клеточном уровне, предохраняя клетки миокарда от ишемических повреждений.

Предуктал является представителем нового класса антиангинальных средств, именуемых миокардиальными цитопротекторами. Он вмешивается во весь каскад метаболических реакций, имеющих место при ишемии и последующей гибели клеток: сохраняет энергетический потенциал клетки, корригирует нарушения ионного транспорта, препятствует токсическому действию свободных радикалов, препятствует образованию тромбосана А2 и тем самым снижает агрегацию тромбоцитов. Благодаря такому действию предуктал уменьшает размер ишемических повреждений и предохраняет от изменений функции ишемизированного миокарда. По эффективности предуктал не уступает ББ и АК. Он хорошо переносится и практически не имеет противопоказаний; сочетается с лекарственными препаратами любого другого класса. Суточная доза составляет 40–60 мг.

Следует также отметить, что все чаще появляются публикации об использовании для лечения стенокардии ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ). Сначала для этих целей были применены серосодержащие ИАПФ (каптоприл), как донаторы SH-групп в комбинации с нитратами для предотвращения развития толерантности к их действию. В дальнейшем их применение постулировалось способностью ИАПФ уменьшать постнагрузку за счет снижения тонуса периферических артерий, коронарно-расширяющего действия, благоприятного влияния на эндотелиальную функцию сосудов и, наконец, как препаратов, предотвращающих развитие левожелудочковой недостаточности. Последняя является очень частым исходом течения стенокардии. По предварительным данным, их эффективность у больных стенокардией начинает проявляться только через 3–6 мес. от начала лечения.

Эпидемиологические исследования наглядно демонстрируют целесообразность применения гормонозаместительной терапии у больных стенокардией в состоянии климакса. В последнее время предложено использование препарата ралоксифена — модулятора рецепторов эстрогенов, которые переносятся лучше последних.

Значительно снижают риск инфаркта миокарда, смертность и необходимость операции АКШ липидосодержащие препараты статины (симвастатин, аторвастатин, правастатин, ловастатин). Рекомендуются проведение этой терапии при уровне холестерина 5,2 ммоль/л и выше, ХЛ ЛПНП 3,4 ммоль/л и более, ХЛ ЛПВП 0,9 ммоль/л и ниже, триглицеридов 2,3 ммоль/л и выше. У больных с тяжелыми гиперлипидемиями применяются методы экстракорпорального очищения крови (гемосорбция, иммуносорбция, плазмаферез), лазеротерапия, ультрафиолетовое облучение крови.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Немедикаментозные методы лечения имеют самостоятельное значение при стенокардии ФКІ в виде физических тренировок, и вспомогательное — при более тяжелой степени коронарной недостаточности. Регулярные физические тренировки (дозированная ходьба, велотренировки), понижая число сердечных сокращений позволяют больному оставаться ниже критического болевого порога при обычных ежедневных нагрузках. Физические тренировки оказывают положительное психическое воздействие, снижают массу тела, благоприятно влияют на липидный состав плазмы, оказывают антиагрегантный эффект. Они проводятся методистами ЛФК по программе, разработанной лечащим врачом совместно с врачом ЛФК. Наиболее доступны физические тренировки для больных стенокардией ФКІ–II. У пациентов ФКIII проведение программы физических тренировок возможно при условии приема антиангинальных препаратов. Для больных ФКIV вне обострений следует рекомендовать утреннюю гигиеническую гимнастику, медленную ходьбу. К важнейшим общим мероприятиям относится назначение диеты малой калорийности, направленной на устранение ожирения, нередко сопутствующего ИБС, и коррекцию имеющихся у больного нарушений липидного обмена. Нельзя допускать избыточного потребления продуктов, содержащих холестерин.

Психофизиологический аспект реабилитации больных хронической ИБС направлен на устранение и вторичную профилактику негативных изменений сердечно-сосудистой системы, обусловленных повреждающим влиянием психоэмоционального напряжения на сосудистый и миокардиальный компоненты системы кровообращения.

Применяются бальнеотерапия в виде общих, камерных «водных», «сухих» ванн, а также аппаратная физиотерапия (электросон, лекарственный электрофорез, электромагнитные поля в дециметровом диапазоне волн, низкочастотное переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи. Более подробное описание немедикаментозных методов лечения представлено в пособии для врачей «Общие подходы к восстановительному лечению и типовые индивидуальные программы реабилитации больных хронической ишемической болезнью сердца», Минск, 1996.

Следует приложить максимум усилий к возможному устранению факторов риска, имеющихся у больного, включая курение.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Основным показанием к операции является упорная стенокардия ФКШ–IV, не поддающаяся антиангинальной терапии и существенно ограничивающая двигательную активность больного. Возможность оперативного лечения определяют после коронарографии. Абсолютным ангиографическим показанием к аортокоронарному шунтированию является обнаружение у больного выраженного стеноза (более 70%) основного ствола левой венечной артерии, выявление стенозов проксимальных отделов 3 крупных коронарных артерий. Хирургическое лечение включает в себя аортокоронарное (АКШ), маммарно-коронарное шунтирование (МКШ) и чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику (ЧТКА); в основном используется баллонная дилатация. Использование стентов после проведения баллонной дилатации повышает безопасность, снижает риск подострого тромбоза и сосудистых осложнений, необходимость в экстренной операции АКШ, вероятность послеоперационного инфаркта миокарда и рестеноза. При рецидиве стеноза проводится повторная ЧТКА с использованием стента или без него. ЧТКА проводится при поражении одной или двух коронарных артерий. При поражении трех артерий, в частности, если в патологический процесс вовлекается проксимальный отдел левой коронарной артерии, а также при поражении ствола левой коронарной артерии со снижением фракции выброса левого желудочка (< 30%), рекомендуется АКШ. В последнее время показаны преимущества использования постановки не венозных, а артериальных аутошунтов с проведением МКШ (отсутствие рестенозов во втором случае). Значительно менее травматичны операции шунтирования, проводимые на работающем сердце.

При поражении двух коронарных артерий к ангиопластике прибегают даже в случае полной окклюзии сосуда (анализ группы CABG); при патологии одного сосуда следует проводить только ангиопластику. Из-за противопоказаний к АКШ она проводится также при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний (почечная или легочная недостаточность).

ПРОГНОЗ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Из данных анамнеза неблагоприятное прогностическое значение имеет недавно перенесенный (до 1 года) инфаркт миокарда, особенно у больных, перенесших внезапную коронарную смерть и успешно реанимированных. У 50% перенесших инфаркт миокарда развивается постинфарктная стенокардия, в то время как лишь у 1/5 пациентов она доходит до инфаркта миокарда. Прогноз при ФК I и II значительно благоприятнее, чем при ФКШ и IV. Появление приступов спонтанной стенокардии ухудшает прогноз. Чем больше степень и распространенность стенозирующих поражений коронарных артерий, тем хуже прогноз (при трехсосудистом поражении летальность в 2 раза выше, чем при однососудистом поражении). При положительных результатах пробы велоэргометрического тестирования чем ниже толерантность к физической нагрузке и чем больше выраженность и продолжительность ишемического смещения сегмента ST на ЭКГ, тем хуже прогноз. Прогноз резко ухудшается при стенокардии с низкой толерантностью к физическим нагрузкам и кардиоимегалией, при уменьшении фракции

выброса, желудочковых аритмиях, стенозах ствола левой коронарной артерии или проксимальных ветвей левой передней коронарной артерии. Таким больным показано АКШ. Весьма неблагоприятно влияют на прогноз высокая (не контролируемая медикаментами) артериальная гипертония, тяжелые расстройства липидного обмена, тяжелые формы сахарного диабета.

У больных стабильной стенокардией прогрессирование болезни происходит медленно, субклинически. Ангиографически значимые стенозы прогрессируют разными темпами — медленно и линейно или быстро и эпизодически. Прогноз у больных с хронической стабильной стенокардией с повышенным риском может быть улучшен реваскуляризацией. При рецидивирующей ишемии в случаях нестабильной и постинфарктной стенокардии прогноз неблагоприятен. Однако ряд пациентов может иметь симптомы как стабильной, так и нестабильной стенокардии, когда заболевание прогрессирует медленно — в течение нескольких недель (прогноз при этом лучше, чем при нестабильной стенокардии). У больных стенокардией часты эпизоды немой ишемии миокарда. Ее коррекция улучшает прогноз. У большинства больных хронической стабильной стенокардией (без вышеперечисленных факторов высокого риска) прогноз относительно хороший. Исследования показали, что смертность составляет в среднем 2–3% в год.

СРОКИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕМ

Участковый врач должен осуществлять динамическое наблюдение за больными 2–4 раза в году в зависимости от ФК, 1 раз в году больные должны осматриваться кардиологом, врачом отделения восстановительного лечения, невропатологом и психотерапевтом. При обследовании должен быть сделан анализ крови 1 раз в год, определяться спектр липидов и альфа-холестерина, проводиться ЭКГ и функциональные пробы, включая ВЭП.

Лечебно-оздоровительные мероприятия должны включать:

- 1) аргументированные рекомендации по навыкам здорового образа жизни;
- 2) коррекцию факторов риска, ограничение углеводов и насыщенных жиров;
- 3) трудоустройство;
- 4) психопрофилактику;
- 5) медикаментозную терапию;
- 6) ЛФК, санаторно-курортное лечение, оздоровление в санаториях и профилакториях.

ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ И ПОКАЗАНИЯ К НАПРАВЛЕНИЮ НА МРЭК БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Основанием для временной нетрудоспособности (ВН) больных является впервые возникшая стенокардия, обострение заболевания, нестабильная стенокардия, развитие инфаркта миокарда. Продолжительность ВН определяется ФК заболевания, степенью функциональных нарушений, наличием нестабильности или развитием инфаркта миокарда.

Ориентировочные сроки ВН при стенокардии: впервые возникшая — 10–12 дней и более при прогрессирующем течении, ФК I — больные, как правило, трудоспособны, ФК II — ВН 10–14 дней, ФК III — 18–

25 дней, ФКIV — 18–25 дней до оформления направления на МРЭК, нестабильная стенокардия — 21–28 дней (при отсутствии инфаркта миокарда).

При оценке трудоспособности кроме выраженности стенокардии следует учитывать и другие показатели: состояние сократительной способности сердечной мышцы, признаки сердечной недостаточности, наличие артериальной гипертензии, аневризмы, перенесенного инфаркта миокарда, тяжести нарушений ритма и проводимости.

Для оценки трудоспособности больных и выписки на работу требуется определение толерантности к физическим нагрузкам, состояния сократительной способности миокарда и гемодинамики. При выписке на работу врач должен учитывать и социальные факторы. Так, независимо от ФК стенокардии больным абсолютно противопоказана работа, связанная с постоянным или эпизодическим значительным физическим напряжением с энергоемкостью более 5 ккал/мин (грузчик, сталевар и др.); работа, связанная с потенциальной опасностью для окружающих в случае внезапного ее прекращения (водители, диспетчеры железной дороги, аэропорта, пульта управления и др.); работа на высоте и в экстремальных условиях (верхолаз, водолаз и др.); работа, связанная с воздействием токсических ядов (сосудистых или нейротропных). Больные также нуждаются в освобождении от дополнительных нагрузок, сверхурочных работ, ночных смен, разъездов и командировок, что может быть им предоставлено по заключению ВКК лечебно-профилактических учреждений.

Если освобождение от неблагоприятных условий труда влечет за собой потерю профессии, показано направление больного на консультацию, в БНИИЭТИН (в центр медико-профессиональной реабилитации).

При абсолютных противопоказаниях к возвращению к труду и невозможности трудоустройства через ВКК больные даже I и II ФК стенокардии направляются на МРЭК. При ФКII перечень противопоказанных условий, вида и характера труда расширяется за счет работ, связанных с постоянным или эпизодически выраженным физическим напряжением с энергозатратами выше 4,2 ккал/мин (фрезеровщик, закройщик верхнего платья и др.); с выраженным нервно-психическим напряжением (административная работа большого объема, работа на конвейере и др.); с постоянной или длительной ходьбой, стоянием (станочник, продавец, парикмахер и др.); работ в полевых условиях, вдали от населенных пунктов (в геологоразведочных партиях, на строительстве линий электропередач, железных дорог и др.); связанных с постоянным пребыванием в неблагоприятных метеорологических и микроклиматических условиях (полевод, кочегар, строитель, механизатор сельского хозяйства и др.). Больные, имеющие указанные производственные факторы, при невозможности равноценного трудоустройства признаются инвалидами III группы, остальные трудоспособны.

При ФКIII больные в основном признаются ограниченно трудоспособными (инвалиды III группы), даже если заняты физическим и интеллектуальным трудом средней тяжести (энергозатраты менее 3,5 ккал/мин).

При ФКIV больные нетрудоспособны в обычных производственных условиях и могут работать только на дому. Сочетание ФКIV с сердечной недостаточностью III степени, частыми приступами левожелудочковой недостаточности является основанием для определения I группы инвалидности.

Таким образом, направлению на МРЭК подлежат больные стенокардией:

– с неблагоприятным трудовым и общим прогнозом;

- нуждающиеся в трудоустройстве при благоприятном течении болезни;
- инвалиды для переосвидетельствования.

При этом желательно, чтобы до направления на МРЭК больной был проконсультирован в центре медико-профессиональной реабилитации с целью решения вопросов профдиагностики и профориентации.

Неотъемлемой частью освидетельствования на МРЭК или в центре медико-профессиональной реабилитации является составление индивидуальной программы реабилитации (медицинской, социальной и профессиональной). Рациональное трудоустройство способствует активизации компенсаторных процессов, оказывает благотворное психологическое влияние и имеет существенное социально-экономическое значение как для самого инвалида, так и для общества в целом. При вынесении рекомендаций необходимо уделять внимание возможностям использования ранее приобретенных инвалидами трудовых навыков. Учитывая, что большинство больных — лица среднего или пожилого возраста, и освоение ими новых профессий крайне затруднительно, необходимо их трудоустраивать в прежних производственных условиях и по специальности, близкой к их прежней. Молодым людям следует рекомендовать приобретение новой профессии, если использование навыков прежней невозможно или нерационально.

В случае стойкой утраты трудоспособности целью реабилитационных мероприятий является восстановление самостоятельности больного в повседневной жизни, в быту посредством выявления резервных возможностей организма и стимуляции компенсаторных механизмов, а также профилактика прогрессирования заболевания. Необходимо диспансерное наблюдение в амбулаторных условиях, при необходимости — стационарное лечение. Целесообразно не реже 1 раза в год проводить санаторно-курортное лечение в санаториях, санаториях-профилакториях сердечно-сосудистого профиля.

Медицинская реабилитация — это фактически лечебные мероприятия, проводимые на всем протяжении наблюдения за больными. Физическая реабилитация направлена на восстановление физических сил больного, его способности выполнять мышечную работу, сопоставляемую с возможностями здорового человека соответствующего возраста и пола. Больным с ФКІ рекомендована ходьба со скоростью 110–120 шагов в минуту с ускорениями до 130 в минуту (до 10 км в 2–3 приема), занятия волейболом, баскетболом, лыжами. При ФКІІ полезны лыжи, плавание, велосипед по ровной местности, ходьба до 110 шагов в минуту с ускорениями (8–10 км в 2–3 приема). При ФКІІІ ходьба ограничивается до 6 км в 3 приема, ЛФК в щадящем режиме (до частоты сердечных сокращений 110 уд./мин). При ФКІV рекомендована ходьба со скоростью не более 70–80 шагов в минуту, ЛФК до 20 мин.

Психологическая реабилитация (включая аутогенную тренировку) нацелена на восстановление психического статуса больного к состоянию до болезни. При этом предусматривается коррекция тех изменений личности, которые возникли под влиянием психической травмы, вызванной болезнью, создание положительных установок к лечению и врачебным рекомендациям, и, наконец, активная помощь врача в психологической адаптации больного к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации. Профессиональная реабилитация касается в основном вопросов правильной экспертизы трудоспособности, трудоустройства, профессионального обучения и переобучения больных. Поскольку больные стенокардией, как правило, лечатся амбулаторно, то всю ответственность за их реабилитацию несет участковый врач.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий оценивается по следующим показателям:

- 1) степень уменьшения клинических проявлений (реже ангинозные приступы, меньшее количество потребляемых таблеток нитроглицерина и т.д.);
- 2) увеличение толерантности больных к физической нагрузке, улучшение показателей центральной и внутрисердечной гемодинамики;
- 3) улучшение качества жизни;
- 4) частота развития инфаркта миокарда;
- 5) сроки временной нетрудоспособности;
- 6) частота госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Форма заболевания, степень тяжести	Лечебные учреждения (уровень, тип)	Показания к госпитализации
1	2	3
Нестабильная стенокардия (впервые возникшая, прогрессирующая, спонтанная)	ЦРБ (пит) ГБ (пит) ОБ (пит)	Нестабильное состояние (увеличение частоты, тяжести и продолжительности приступов стенокардии и количества употребляемых таблеток нитроглицерина в ответ на обычную для данного больного нагрузку — прогрессирующая стенокардия) является показанием для госпитализации больных в палату интенсивной терапии. Впервые возникшая стенокардия и спонтанная стенокардия в период обострения подлежат госпитализации в кардиологические отделения (кардиологические койки ЦРБ).
Стабильная стенокардия напряжения ФКІ	УБ ЦРБ (т.о.) ГБ (к.о.)	Больные стабильной стенокардией (ФКІ) в случаях впервые возникшего заболевания с неясным характером течения (стабильным или нестабильным) при необходимости уточнения диагноза при атипичной клинической картине и отсутствии возможности выполнения нагрузочных проб, исследований липидного и липопротеидного обмена, микроциркуляции и т.п. в амбулаторных условиях

Окончание таблицы

1	2	3
Стабильная стенокардия напряжения ФКП–IV	ЦРБ (т.о.) ГБ (к.о.)	1. Атипичное течение и невозможность исключения прогрессирования заболевания. 2. Уточнение диагноза. 3. Установление функционального класса стенокардии.
Стабильная стенокардия напряжения ФКП–IV	ГБ (к.о.) ОБ (к.о.) ОКД	1. Рефрактерность больных к антиангинальной терапии на предыдущих этапах (УБ, ЦРБ, поликлиника, диспансер). 2. Для выявления патогенетических особенностей течения стенокардии. 3. При сложности подбора терапии у больных стенокардией в сочетании с артериальной гипертензией, со стойкими нарушениями ритма, недостаточностью кровообращения (II–III) и т.д. 4. Для решения экспертных вопросов, требующих проведения нагрузочных (фармакологических, физических) проб, невыполняемых в амбулаторных условиях, включая кардиодиспансер.
Стабильная стенокардия напряжения ФКП–IV	РЦ НИИ кардиологии	1. При необходимости коронарографического исследования и хирургического лечения. 2. Для решения вопросов индивидуализированного выбора антиангинальных препаратов. 3. В сложных дифференциально-диагностических случаях, требующих проведения специальных обследований.

Примечание: УБ — участковая больница; ЦРБ — центральная районная больница; ГБ — городская больница; ОБ — областная больница; ОКД — областной кардиологический диспансер; РЦ — республиканский центр; пит — палаты интенсивной терапии; к.о. — кардиологическое отделение; т.о. — терапевтическое отделение.