

Тактика ведения больных со стабильной стенокардией в условиях поликлиники



Выполнила студентка
лечебного ф-та 6 курса
20 группы Алексеева Т.
А.

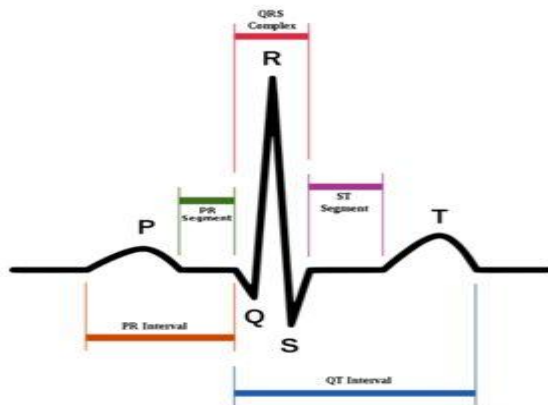
Определение

- Стабильная стенокардия – хронический тип преходящей ишемии, провоцируемый физической активностью или стрессом и купируемый в течение нескольких минут в покое или приёмом нитратов.

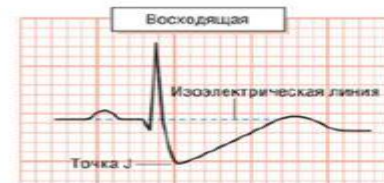
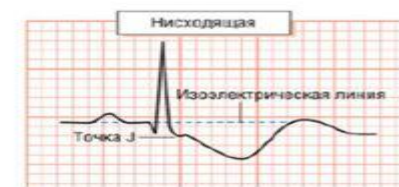


Изменения на ЭКГ

- Эпизоды стенокардии часто ассоциируются с преходящей депрессией сегмента ST.



Нормальная электрокардиограмма



Виды депрессии сегмента ST на ЭКГ

Таблица 2. Классы тяжести стенокардии напряжения (классификация стенокардии напряжения Канадского кардиологического общества) /Campeau L. Circulation 1976; 54: 522–523/

Класс	Признаки
I	<i>Обычная повседневная физическая активность (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает приступа стенокардии. Приступ стенокардии возникает при выполнении очень интенсивной или очень быстрой, либо продолжительной нагрузки, а также во время отдыха вскоре после ее выполнения.</i>
II	<i>Небольшое ограничение обычной физической активности. Это означает возникновение приступа в результате быстрой ходьбы или быстрого подъема по лестнице, после еды или на холоде, в ветренную погоду или под влиянием эмоционального стресса, а также во время ходьбы на расстояние больше 200 м (двух кварталов) по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.</i>
III	<i>Выраженное ограничение обычной физической активности. Приступ возникает после ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100–200 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.</i>
IV	<i>Невозможность выполнять любой вид физической деятельности без развития приступа стенокардии или одышки. Приступ может возникнуть в покое.</i>

Тактика амбулаторного ведения

- Оценка состояния больного
- Контроль факторов риска
- Адекватное назначение медикаментозной терапии
- Реваскуляризация миокарда

Оценка состояния больного

- В течение первого года заболевания состояние пациентов нужно оценивать каждые 4–6 месяцев. Если состояние остается стабильным, то достаточно проводить амбулаторное обследование 1 раз в год. В иных случаях амбулаторные визиты должны быть более частыми.



Контроль факторов риска

- Прекратить курение
- Адаптизировать физическую нагрузку
- Диета
- Контроль ИМТ
- Контроль сопутствующих заболеваний

Медикаментозная терапия

- Антиагреганты: аспирин и клопидогрел (75-150 мг/сут)
- Статины (иногда в комбинации с эзитимибом): розувастатин, симвастатин, аторвастатин (10-80 мг/сут)
- иАПФ: престариум, энап, лозап (5-20 мг/сут)
- БРА: валсартан, телмисартан, кандесартан (20-80 мг/сут)
- В-адреноблокаторы: конкор (5-10 мг/сут)
- Блокаторы Са каналов: дигидропиридиновые или недигидропиридиновые
- Блокаторы If каналов: кораксан (5-15 мг/сут)
- Нитраты: нитроглицерин, кардикет, монопак

Реваскуляризация миокарда

- В случае низкой эффективности медикаментозного лечения и прогрессирования тяжести состояния больного
- При стабильном состоянии больного, но низкой ФВ



Заключение

Адекватное амбулаторное ведение больных, включающее максимальный контроль факторов риска, оптимальную медикаментозную терапию и реваскуляризацию миокарда, позволяет значительно снизить риск развития инфаркта миокарда и улучшить прогноз

Благодарю за внимание

