

Е. Н. Николаевский,

д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры экологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Самарский государственный экономический университет»

Современные принципы диагностики и лечения особых форм ишемической болезни сердца

Согласно классификации ишемической болезни сердца (ИБС) к особым ее формам относятся: спонтанная (вариантная, вазоспастическая) стенокардия Принцметала, кардиальный синдром Х, безболевая ишемия миокарда (БИМ). Развитие этих форм ухудшает прогноз у больных ИБС.

В случае регистрации тяжелых, длительных или впервые возникших и повторяющихся приступов стенокардии Принцметала у 20–25% больных в течение 3 мес. развивается инфаркт миокарда (ИМ) или наступает внезапная сердечная смерть. Также установлено, что у 30% больных ИБС с БИМ развивается типичная стенокардия, ИМ или наступает внезапная сердечная смерть. Известно, что наличие БИМ повышает риск внезапной смерти в 5–6 раз, аритмий – в 2 раза, развитие ИМ и хронической сердечной недостаточности (ХСН) – в 1,5 раза по сравнению с риском у больных стабильной стенокардией напряжения (СН). Летальность среди этой категории больных достигает 3–9% в год.

В этой связи представляется очень важной своевременная диагностика особых форм ИБС.

Спонтанная (вариантная) стенокардия Принцметала

Спонтанная (вазоспастическая) стенокардия Принцметала – это особая форма стенокардии покоя, которая возникает внезапно, без действия провоцирующих факторов, характеризуется выраженным спазмом коронарных артерий (КА), тяжелым болевым ангинозным приступом и значительным преходящим подъемом сегмента *RS-T* на ЭКГ.

Патогенез

В основе вариантной стенокардии лежит выраженный спазм КА, ведущий к кратковременному сужению просвета артерий. Прекращение или резкое уменьшение коронарного кровообращения приводит к глубокой ишемии миокарда, снижению локальной сократимости левого желудочка сердца, значительной электрической нестабильности миокарда, проявляющейся нарушением ритма и проводимости. Морфологические изменения венечных сосудов весьма вариабельны. В одних случаях имеется более или менее выраженный фиксированный стеноз проксимальной КА, обусловленный атеросклеротической бляшкой, суживающей просвет артерии. В других случаях атеросклеротическое сужение крупных КА может быть минимальным или даже отсутствовать. Спазм КА происходит на уровне мелких венечных сосудов, морфологические изменения которых не выявляются.

Клинические проявления

Клинические проявления спонтанной стенокардии Принцметала имеют некоторые особенности, отличающие ее от типичной СН. Интенсивные болевые приступы возникают в покое, чаще ночью во время сна или в ранние утренние часы (4–6 ч). Болевым приступам обычно не предшествуют явные провоцирующие факторы, в т. ч. те, которые сопровождаются повышением потребности миокарда в кислороде, увеличением ЧСС, подъемом АД. Боли локализируются за грудиной, иррадиируют в левую руку, плечо, лопатку. Продолжительность боли может быть различной (от 5–10 до 20–30 мин). Нередко на фоне болевого приступа возникает брадикардия. Вместе с тем на высоте приступа или в конце его может появиться тахикардия.

Боли могут сопровождаться одышкой, слабостью, потливостью, головокружением, что указывает на снижение сократимости ЛЖ сердца и выраженные вегетативные расстройства. Прием нитроглицерина не всегда купирует боль и облегчает состояние больного. Хороший эффект получают от применения блокаторов медленных кальциевых каналов группы нифедипина. Частыми проявлениями вариантной стенокардии являются нарушения ритма и проводимости. Они возникают во время болевого приступа и обусловлены выраженной электрической нестабильностью миокарда и замедлением проводимости. Во время приступа вариантной стенокардии могут развиваться преходящие внутрижелудочковые и атриовентрикулярные блокады, частая желудочковая экстрасистолия высоких градаций, пароксизмальная тахикардия, иногда фибрилляция желудочков. Внезапное формирование атриовентрикулярной блокады II или III степени, остановка синусового узла могут сопровождаться синкопальными состояниями.