



Интервью с заместителем главного врача по высокотехнологичной медицинской помощи «Кардиоклиники», интервенционным кардиологом к. м. н. Екатериной Седовой.

– Екатерина Викторовна, нередко за сердечные принимают боли при остеохондрозе или межреберной невралгии. А как на самом деле болит сердце? На что надо обратить внимание и какие меры следует принять?

– Самая типичная боль сердца – это боль за грудиной. Чаще всего она оценивается человеком даже не как боль, а как дискомфорт, как «что-то давящее, сжимающее». Главная закономерность появления этих ощущений – связь с физической нагрузкой. Например, пациент быстро идет или поднимается по лестнице, и в этот момент возникает чувство давления или сжатия в центре грудной клетки (за грудиной). Пациент вынужден остановиться, подождать. Обычно через 2–3 минуты боль проходит, и он может идти дальше. Это типичная сердечная боль, она называется стенокардией напряжения. Пациенты «со стажем» при таких приступах пользуются нитроглицерином. Это самый действенный препарат, он расширит сосуды и позволит человеку продолжить движение. Иногда та же самая давящая боль за грудиной или дискомфорт может иметь иррадиацию в спину, в руки, даже в челюсть, правда, такое случается крайне редко.

Как правило, стенокардитическая боль связана с какой-либо нагрузкой, и не только с физической, иногда с психоэмоциональной (стрессом). Под действием нагрузки сердце начинает активнее работать, быстрее сокращаться и требует больше крови и кислорода. А суженные атеросклерозом артерии ограничивают приток нужного количества крови к мышце сердца. Мы называем это ишемией. В этот момент человек может испытывать загрудинную боль или дискомфорт – это и есть типичная стенокардия.

Обычно приступ стенокардии длится 2–3 минуты, но если боль не проходит и нарастает, может развиваться инфаркт миокарда! Похожая боль в груди в течение нескольких часов, при которой пациент может отвлечься, забыть про нее, скорее всего не сердечная боль.

При возникновении болей в сердце надо пройти комплексное кардиологическое обследование. Помимо электрокардиограммы (ЭКГ), необходимо выполнить, эхокардиографию (УЗИ сердца), которая позволит оценить состояние клапанов, размеры сердечных полостей, выявить зоны сниженной сократимости. При нормальных показателях электрокардиограммы желательно провести пробу с нагрузкой – велоэргометрию. Велоэргометрия заключается в том, что пациенту, сидящему на велотренажере, на педали подается ступенеобразно возрастающая нагрузка под постоянным контролем электрокардиограммы и артериального давления. По изменениям ЭКГ и по росту давления можно сделать выводы о функциональном состоянии сердца. Кроме того, велоэргометрия – основной метод на выявление ишемии, т. е. связи боли в области сердца с патологией коронарных артерий.

Что такое инфаркт и можно ли его предотвратить?

Автор: Администратор
25.11.2011 04:20

По результатам кардиологического обследования, принимается решение о необходимости использования более серьезных методов.

– Кто чаще болеет сердечно-сосудистыми заболеваниями и когда нужно начинать профилактику, чтобы вдруг не умереть от инфаркта или инсульта?

В особую группу риска по сердечно-сосудистым заболеваниям попадают мужчины, особенно курящие; пациенты любого пола с повышенным артериальным давлением (даже с небольшим повышением АД), ведущие малоподвижный образ жизни, имеющие лишний вес и отягощенную наследственность. Отягощенная наследственность означает, что у родственников пациента в достаточно молодом возрасте (до 55 лет у женщин и до 50 лет у мужчин) зафиксированы случаи инфарктов, инсультов или внезапных смертей. Если у мужчины имеется несколько факторов риска, то даже при отсутствии болей в сердце после 40 лет ему рекомендуется пройти кардиологическое обследование. Одновременно необходимо сделать анализ крови на липидограмму (холестерин и его фракции). Теперь уже недостаточно определить уровень общего холестерина, надо знать уровень «вредного» холестерина – липопротеидов низкой плотности. У здоровых людей он не должен превышать 3,5. Если он значительно выше, нужно начинать с ним борьбу. Это может быть строгая диета, а в некоторых случаях, если высокий уровень «вредного» холестерина обусловлен наследственностью, следует принимать статины – препараты, которые будут его снижать и тем самым тормозить процессы атеросклероза. Доказано, что статины уменьшают вероятность развития инфаркта и инсульта более чем на 40 %.

Не будет лишним знать уровень «полезного» холестерина – липопротеидов высокой плотности. Женщинам в этом плане повезло больше: как правило, они имеют достаточно высокие значения этой фракции холестерина в отличие от мужчин, особенно курящих. Повышать уровень «полезного» холестерина гораздо сложнее, нежели снижать уровень «вредного». Но три способа все-таки существуют : регулярные физические нагрузки аэробного типа, отказ от курения и употребление с пищей полиненасыщенных жирных кислот омега-3 и омега-6. Что касается диеты, то самая эффективная кардиологическая диета – это средиземноморская, включающая в себя в первую очередь рыбу, оливковое масло, овощи, фрукты и морепродукты (признано Европейским обществом кардиологов).

– Что такое коронарография и может ли человек сам, без назначения врача, пройти это обследование?

– Коронарография – это инвазивное исследование коронарных артерий с помощью рентгеноконтрастного вещества, которое доставляется к сердцу с помощью тоненького катетера. Это исследование проводится посредством пункции бедренной артерии, в которой делается маленькое отверстие около 2 мм, через которое проводится катетер. Процедура выполняется без наркоза, под местной анестезией, пациент все время находится в сознании. После такого вмешательства накладывается давящая повязка на 6 часов. Потом повязку снимают, и пациент уходит домой.

Пациенты переносят процедуру очень спокойно, в отличие, например, от

фиброгастроскопии, которая вызывает бурю неприятных ощущений. Традиционно коронарография воспринимается как довольно опасное исследование, но на самом деле при соблюдении всех правил ее проведения вероятность каких-либо осложнений составляет менее 1 %, включая и местные реакции. Несмотря на это, к проведению коронарографии должны быть строгие показания. Кого направляют на коронарографию? Пациентов с типичной стенокардией напряжения, с впервые возникшей стенокардией, с нестабильной стенокардией и в экстренном порядке, с острым инфарктом. Если же состояние пациента стабильно, желательно провести ряд неинвазивных исследований, о которых я говорила выше, и если по их результатам у пациента имеется ишемия, врач должен направить его на коронарографию.

Коронарография – «золотой стандарт» визуализации коронарных артерий. Достоверность этого исследования приближается к 100 %. Мы получаем полную информацию о состоянии артерий сердца: все ли они проходимы, имеют ли сужения, насколько сильно они выражены, где расположены и насколько опасны? По результатам коронарографии врач определяет дальнейшую тактику лечения: можно ли лечить пациента с помощью медикаментозных средств, или необходимо имплантировать стент в суженый сосуд, а может быть, болезнь зашла так далеко, что не обойтись без операции аортокоронарного шунтирования.

– Можно ли с помощью лекарственных препаратов растворить бляшки и обойтись без стентирования или шунтирования?

– Если выявляется существенное сужение артерии и если эта артерия крупная, а не какая-то маленькая веточка, то растворить бляшку медикаментозным путем невозможно. Препараты для снижения холестерина (статины) могут укрепить поверхность этой бляшки и не дать ей надорваться, (Если бляшка надывается, становится нестабильной, то на ее поверхности быстро формируется тромб, который может закрыть просвет артерии, вызывая инфаркт.) Статины при регулярном длительном, не менее года, приеме могут даже уменьшить бляшку, но если речь идет о стенозе, который ограничивает кровоток к сердцу, то с помощью лекарств уменьшить эту бляшку невозможно. Можно только механически расширить артерию стентом.

– Существуют рекомендации мужчинам после 40 пожизненно принимать разжижающие кровь препараты, содержащие аспирин.

– Действительно, есть кардиологические формы ацетилсалициловой кислоты, или аспирин, – кардиомагнил, тромбо-асс, аспирин-кардио, которые специально созданы для кардиологических пациентов. Они не раздражают слизистую оболочку желудка. Эти препараты разжижают кровь посредством механизма инактивации действия тромбоцитов. То есть тромбоциты, которые формируют тромб, становятся неактивными. Прием этих препаратов в малых дозах позволяет держать кровь в разжиженном состоянии и тем самым предотвращать развитие инфарктов и инсультов. Пациенты с установленным диагнозом ишемической болезни сердца или мозга обязательно должны принимать их пожизненно. На этапе имплантации стента или при ухудшении течения заболевания к аспирину добавляется более сильный препарат для разжижения крови.

Что такое инфаркт и можно ли его предотвратить?

Автор: Администратор
25.11.2011 04:20

Что касается профилактики, то если у пациента имеются факторы риска, если у него повышается давление, если он старше 50 лет, тогда ему показан постоянный прием аспирина. Если же человек здоров, у него нет проблем с давлением, он не входит в группу риска, то не думаю, что ему нужно назначать аспирин.

– Итак, возможна такая схема: если у человека возникли какие-либо проблемы с сердцем, он приходит в вашу клинику и за 1,5 часа проходит комплексное обследование. Затем врач-кардиолог оценивает результаты обследования и выдает рекомендации. Какие возможны рекомендации?

– Это либо углубленное обследование с помощью коронарографии, либо назначение препаратов для коррекции холестерина и других факторов риска. Если у пациента нет серьезного заболевания, а нужны профилактические осмотры, то достаточно один раз в год посетить кардиолога, сдать кровь на анализ и снять ЭКГ. Делать каждый год УЗИ необязательно, достаточно выполнять это исследование раз в два-три года. Если пациент находится в группе риска, то ему желательно ежегодно делать нагрузочную пробу.

– *Вы говорили, что в группу риска входят мужчины с 40 лет. А женщины страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями меньше, чем мужчины?*

– Риск возникновения ишемической болезни сердца у женщин возникает позднее. До наступления менопаузы женщины крайне редко болеют ИБС. В группу риска попадают либо курящие женщины, либо женщины с ранним климаксом, лишним весом, отягощенной наследственностью. Если женщина не курит, ведет здоровый образ жизни, не имеет серьезных наследственных проблем, ей можно обращаться к кардиологу после наступления менопаузы. Пик ИБС у женщин приходится на 60 лет, когда эстрогены перестают работать.

– *Вернемся к коронарографии. Не облучается ли пациент во время этой процедуры? Ведь там используется рентген.*

– Это, действительно, рентген. Но доза, которую получает пациент во время коронарографии, крайне мала при условии, что исследование выполняется на оборудовании не старше 5–7 лет. В современных установках рентгеновская нагрузка снижена за счет очень хорошей обработки изображения. И однократное облучение, которое пациент получает при коронарографии, вреда не принесет. Этот вопрос стоит обсуждать при планируемых длительных операциях под рентгеном, которые могут длиться 2–3 часа, например при лечении хронической окклюзии (попытке восстановить кровоток в давно закрывшейся коронарной артерии). Обычная ангиопластика со стентированием занимает от 20 минут до максимум полутора часов.

– *Насколько сложна операция стентирования? Как долго хирург набивает руку? Когда ты отдаешь себя в руки хирурга, хочется верить, что он хороший специалист.*

– В европейских, американских стандартах прописано количество процедур, которое

должен провести интервенционный кардиолог (так во всем мире называют этих врачей, которые изначально осваивают кардиологическую, а не хирургическую специальность) в качестве ассистента, для того чтобы получить право выполнять вмешательство – ангиопластику, коронарографию – самостоятельно. Самый высший пилотаж – стентирование при остром инфаркте миокарда. В нашей клинике такие операции ежедневно выполняют два врача. Оба проходили обучение за границей, в Германии и Америке. Кроме того, для того чтобы обеспечить круглосуточный прием пациентов с острыми инфарктами, мы прибегаем к помощи наших коллег, ведущих специалистов из других городских центров. Сейчас у нас выполняется порядка 30–40 ангиопластик в месяц, коронарографий соответственно в 3 раза больше. Это абсолютно не предел наших возможностей, так как короткие сроки госпитализации позволяют увеличить этот поток в 2–3 раза, ничего не меняя. При этом не пострадает и привычный принцип индивидуального подхода к пациенту. Мы стремимся к тому, чтобы один и тот же доктор обследовал своего пациента, проводил функциональные пробы, выполнял коронарографию и впоследствии он же наблюдал его. Это европейский вариант работы кардиолога, и мы активно внедряем его в нашей клинике. Большинство пациентов и рады бы получать полный спектр кардиологической помощи (включая высокотехнологичную) в стенах нашей частной клиники, но ангиопластика и стентирование требуют применения дорогостоящих расходных материалов и, к сожалению, не оплачиваются страховыми компаниями. Надеемся, что это решится в ближайшем будущем.

– Если пациент попадает с острым инфарктом, то стентирование его спасает?

– Однозначно да. В нашем городе есть официальная статистика: летальность при остром инфаркте без инвазивных вмешательств в остром периоде достигает 20 %. Если пациенту быстро, в начале развития симптомов, выполнить коронарографию, успеть открыть артерию (европейский стандарт – 90 минут от начала болей), поставить в место сужения стент, то мышца сердца если и будет поражена, то частично. Очень опасны так называемые проникающие инфаркты. Проникающие потому, что ишемия поражает всю толщину мышцы сердца. В этих случаях на какое-то время по артерии полностью прекращается кровоток и мышечная ткань умирает, что может привести к остановке сердечной деятельности. Если пациент выжил, в зоне инфаркта формируется рубец. Рубец уже не выполняет функцию сокращения, что в итоге может привести к очень тяжелой сердечной недостаточности, к слабости сердечной мышцы и, к сожалению тоже может стать причиной смерти человека. Даже если пациент переживает тяжелый инфаркт, он без эндоваскулярного лечения может остаться инвалидом, будет плохо переносить нагрузку, его будет беспокоить одышка и другие проблемы, то есть он не сможет вести нормальный образ жизни. Если же артерию вовремя открыть, то кровоток к ней возобновляется, мышца сердца постепенно восстанавливается, не теряется ее функция, и пациент сможет впоследствии вернуться к привычному образу жизни.

К сожалению, люди начинают задумываться о состоянии своего сердца, только когда уже перенесут инфаркт миокарда. Довольно мало пациентов, которые приходят к нам просто для профилактики.

Что такое инфаркт и можно ли его предотвратить?

Автор: Администратор
25.11.2011 04:20

– Наши люди, особенно пожилые, часто терпят до последнего любую боль, боясь потревожить врачей. Когда нужно срочно вызывать скорую, потому что без медицинской помощи можно просто умереть?

– Если появилась сильная давящая, жгучая, интенсивная боль за грудиной, которая не проходит ни от валидола, ни от нитроглицерина и сохраняется больше 20 минут, надо срочно звонить в скорую. На ЭКГ, как правило, инфаркт определяется, хотя бывают и исключения. Иногда боль прекращается до приезда скорой, и тогда ЭКГ может быть в норме какой-то период времени. Но доктор должен заподозрить такую ситуацию и предложить пациенту госпитализацию, для того чтобы в течение суток с помощью анализов крови на кардиоспецифичные ферменты, контроля динамики ЭКГ разобраться, есть ли опасность развития острого инфаркта. Если имеются подозрения на «предынфарктное состояние», то выполняется коронарография, которая и даст окончательный ответ.

– Есть ли при остром инфаркте миокарда какие-либо ограничения по времени, в течение которого помощь будет действенной?

– Если речь идет о серьезном инфаркте, вызванном закупоркой артерии, желательно, чтобы пациент в течение полутора часов оказался в клинике, где круглосуточно работает ангиографическая лаборатория и отделение кардиореанимации. В стационаре оценивается так называемое время «door to balloon» – период от поступления пациента до открытия артерии. Это время, как я уже говорила, должно быть не более 90 минут. Пациенту желательно не ждать, а сразу же вызвать скорую помощь. Врач скорой снимет ЭКГ, и если подтвердится диагноз инфаркта, то пациент (по последним международным рекомендациям) должен немедленно доставляться в клинику, где есть ангиографическая лаборатория. Если по каким-то причинам это невозможно, то тогда пациенту надо вводить тромболитики – препараты, которые разжижают тромб в артерии и восстанавливают кровоток. Но даже после введенного тромболитика пациент должен быть доставлен в клинику с возможностью проведения экстренной ангиопластики. Если тромболизис – растворение тромба – окажется неэффективным, то должна проводится ангиопластика спасения. При эффективном тромболизисе за пациентом необходимо наблюдать 24 часа, а потом провести коронарографию, для того чтобы убедиться, что тромб растворился. Идеальный вариант – первичная ангиопластика, которая проводится сразу после того, как поставлен диагноз инфаркта. Уже в течение 5 лет в нашей клинике успешно функционирует экстренная круглосуточная служба эндоваскулярного лечения острого инфаркта: пациента привозят в любое время – часто глубокой ночью или в выходной день, он сразу попадает в кардиореанимацию и после короткой подготовки и обезболивания – в рентген-операционную, где бригада из четырех специалистов готова спасти его жизнь.

Источник: <http://www.medsovet.info/articles/2541>