

УДК 616.11

ББК 54.10

В 35

*Аркадий Львович Вёрткин* – руководитель Национального научно-практического общества скорой медицинской помощи (ННПОСМП) и Междисциплинарной организации специалистов по изучению возрастной инволюции (МОСИВИ), заслуженный деятель науки РФ, профессор, зав. кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова

*Носова Анна Владимировна* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи

*Тополянский Алексей Викторович* – доктор медицинских наук, доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова

*Издание предназначено для специалистов. Авторы, редакторы, издатели и дистрибьюторы не несут ответственности за любые последствия от использования информации, приведенной в данном издании, и не дают никаких гарантий, явных или скрытых, в отношении содержания публикации.*

**Вёрткин, Аркадий Львович.**

В 35 Постинфарктный кардиосклероз / А.Л. Вёрткин. – Москва : Эксмо, 2015. – 144 с. : ил. – (Врач высшей категории).

ISBN 978-5-699-77273-5

У пациентов с перенесенным инфарктом миокарда повышен риск развития повторных сосудистых катастроф, сердечной недостаточности, нарушения ритма. Из-за частых госпитализаций, ухудшения качества жизни и угрозы летального исхода эта группа требует особого внимания врача.

Авторы «Постинфарктного кардиосклероза» дают клинические рекомендации по ведению пациентов с ПИКС в амбулаторной практике. В книге раскрыты все ключевые вопросы: диагностика, лечение и профилактика осложнений, включая детально описанную лекарственную терапию.

Руководство будет полезно в первую очередь врачам общей практики, терапевтам и кардиологам, а также специалистам, работающим в стационаре и бригадах «Скорой помощи».

УДК 616.11  
ББК 54.10

© Верткин А.Л., 2015

© Коллектив авторов, 2015

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2015

ISBN 978-5-699-77273-5

## Оглавление

<i>Вместо предисловия. Демонстрация больного с постинфарктным кардиосклерозом на амбулаторном приеме у терапевта . . . . .</i>	10
<i>Интрига поликлиники 2015. Пациент, перенесший инфаркт миокарда: об опасности легкого отношения к тяжелой патологии . . . . .</i>	12
<i>Диагностика постинфарктного кардиосклероза, или «Врага надо знать в лицо» . . . . .</i>	24
<i>Формулировка диагноза, или «Как вы яхту назовете, так она и поплывет» . . . . .</i>	45
<i>«Когда все болит, но есть еще силы не идти к врачу» — диспансерное наблюдение за больными, перенесшими инфаркт миокарда . . . . .</i>	53
<i>Лечение, или «Азбука кардиолога» . . . . .</i>	61
<i>Заключение, или «Краткое содержание предыдущих серий» . . . . .</i>	138
<i>Приложение . . . . .</i>	142
<i>Литература . . . . .</i>	143

Эта книга посвящена перенесенному инфаркту миокарда — еще одной частой клинической ситуации при обращении больных в поликлинику. К сожалению, клинических рекомендаций по ведению данной категории пациентов в реальной амбулаторной практике нет, возможно, с этим и связаны те проблемы, которые авторы поднимают в этой книге. Вместе с тем эти пациенты составляют группу риска развития ряда неблагоприятных исходов: повторные сосудистые катастрофы, сердечная недостаточность, нарушения ритма, частые госпитализации, ухудшение качества жизни и смерть. Поэтому все усилия должны быть направлены на стратификации больных постинфарктным кардиосклерозом и унификации наиболее эффективной, безопасной и комплаентной лекарственной терапии. В данной ситуации центральным звеном в этом процессе является амбулаторный этап оказания медицинской помощи, поскольку выявление,



лечение и профилактика больных, перенесших инфаркт миокарда, это всегда длительный процесс. Мы надеемся, что эта книга может стать наглядным пособием не только для терапевтов поликлиник, но и кардиологов, врачей общей практики, «Скорой помощи» и других специалистов, работающих как на амбулаторном этапе, так и в стационаре.

Авторы приносят благодарность сотрудникам городской клинической больницы № 50 Департамента здравоохранения города Москвы: заведующим отделениями кардиореанимации Грицанчуку А.М., патологической анатомии Астаховой О.И., а также сотрудникам Дирекции по обеспечению деятельности государственных учреждений здравоохранения Северного административного округа города Москвы, заведующей филиалом № 6 ГП № 6 к.м.н. Владимировой Н.Н., врачу-методисту Виноградовой Г.П.

Эта книга продолжает серию под названием: «Амбулаторный прием». Когда-то Сенека произнес фразу: *«Для человека, который не знает, к какой гавани он направляется, ни один ветер не будет попутным»*. В полной мере это относится к врачу-терапевту, который первым у большинства пациентов должен уметь определить именно ту гавань, где наши больные улучшат каче-

ство жизни, быстрее справятся с осложнениями, научатся себя правильно вести и долго жить.

Однако сегодня, к великому сожалению, терапия перестала быть основным «брендом» в медицинском образовании. Если раньше кафедры терапии были ведущими в любом медицинском вузе, являлись основополагающими, представляли собой широкую врачебную платформу, то сейчас образовательные и профессиональные ценности немного сместились. Много узких специальностей, профилированных кафедр, обучение акцентуируется на результатах инструментальных данных и других вспомогательных методах. При этом клиническое мышление врача, традиционный осмотр, навыки пропедевтики внутренних болезней, дифференциальная диагностика и, наконец, современная персонифицированная медицина отступили на второй план.

Мало кто знает, что наши выдающиеся учителя-интернисты свой профессиональный путь начинали в прозектуре патологоанатомами. Сегодня, наоборот, нивелируется роль аутопсии, основной компонент роста педагогического и профессионального мастерства, развития клинического мышления, способа борьбы с ошибками и субъективизмом.



Что понимали под диагностикой и лечением наши учителя? Прежде всего, фундаментальные знания нормы и патологии, навыки физикального исследования больного, умение оценить данные инструментальной диагностики, адекватная клиническая оценка симптомов и прогноза заболевания, знание современных рекомендаций по лечению, умение применить индивидуализированный алгоритм лечения и знание структуры органов здравоохранения и правовых основ врачебной работы.

Однако в какой то момент в образовании был упущен ключевой компонент — подготовка профессионального участкового врача терапевта. В поликлинику обращается огромное количество людей и, прежде всего, к терапевту, который в дефиците времени должен правильно выделить приоритеты, поставить диагноз и понять, как нужно лечить, с кем консультировать пациента, как следить за его состоянием.

В какой-то мере серия новых книг поможет участковому терапевту разобраться с наиболее частыми ситуациями на приеме больных в поликлинике. Во всяком случае, мы на это надеемся.

Президент Российского научного общества терапевтов, академик РАН  
*Мартынов А.И.*

## **Ключевые слова и список сокращений**

*Постинфарктный кардиосклероз, алгоритмы  
опроса больных, формулировка диагноза, анти-  
тромбоцитарная терапия*

### **Сокращения**

- TnT — тропонин
- АГ — артериальная гипертония
- АД — артериальное давление
- АКШ — аортокоронарное шунтирование
- АСК — ацетилсалициловая кислота
- ДГПЖ — доброкачественная гиперплазия  
предстательной железы
- иАПФ — ингибиторы ангиотензин-превраща-  
ющего фермента
- ИБС — ишемическая болезнь сердца
- ИИ — ишемический инсульт

- КФК — креатинфосфокиназа  
ОИМ — острый инфаркт миокарда  
ОКС — острый коронарный синдром  
ПИКС — постинфарктный кардиосклероз  
ПСА — простатспецифический антиген  
РААС — ренин-ангиотензин-альдостероновая система  
СД — сахарный диабет  
ССЗ — сердечнососудистые заболевания  
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии  
ФП — фибрилляция предсердий  
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких  
ХПН — хроническая почечная недостаточность  
ХСН — хроническая сердечная недостаточность  
ЧСС — частота сердечных сокращений  
ЭОС — электрическая ось сердца

## **ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ: демонстрация больного с постинфарктным кардиосклерозом на амбулаторном приеме у терапевта**

*По данным амбулаторной карты пациент Ш., 71 г., наблюдается в поликлинике с 1991 г. За 22 года наблюдения обращался ежегодно и предъявлял жалобы на кашель, повышение температуры, общую слабость, боль в ухе, коленных суставах, нарушения мочеиспускания. В хронологическом порядке упомянуты: респираторные инфекции, острый отит, острый бронхит, артроз коленных суставов, ДГПЖ, хронический холецистит. В 2001 г. хирургом поликлиники диагностирован артроз правого коленного сустава, назначена рентгенография правого коленного сустава и физиотерапия. Консультирован урологом, выполнен анализ на простатспецифический антиген (ПСА = 4,37) УЗИ предстательной железы (ДГПЖ). В марте 2008 г. впервые*



зарегистрировано повышение АД, назначена гипотензивная терапия. В 2009 г. дважды перенес инфаркт миокарда, взят на диспансерный учет кардиологом. Рекомендации врачей включали прием ряда медикаментов, таких как диклофенак, кеторол, ацетилсалициловая кислота, мильгамма, флуоксетин, мидокалм, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, диуретики, кальций ДЗ, терафлекс, а также физиотерапию.

В апреле 2013 г. осмотрен кардиологом, сформулирован диагноз ИБС: стенокардия напряжения, ФК II. Постинфарктный кардиосклероз (июль, октябрь 2009). Атеросклероз аорты, коронарных артерий. Гипертоническая болезнь III ст., риск IV. Ожирение 2 ст.

Даны рекомендации: консультация кардиохирурга (выдано направление), бисопролол 2,5 мг утром, валсартан 40 мг 2 раза в день, антиагреганты (тромбо-АСС, кардиомагнил), розувастатин 20 мг 1 раз в сутки.

Таким образом, неспособность участкового терапевта выделить главную, фоновую и сопутствующую патологию привели к тому, что пациент на протяжении нескольких лет получал неадекватную, не соответствующую современным требованиям терапию, а вопрос о возможности оперативного лечения заболевания встал лишь спустя четыре года от начала болезни.

## **ИНТРИГА ПОЛИКЛИНИКИ 2015. Пациент, перенесший инфаркт миокарда: об опасности легкого отношения к тяжелой патологии**

Диагноз «ИБС; постинфарктный кардиосклероз» — безусловно один из наиболее употребляемых в клинике внутренних болезней и, как правило, обычно не вызывает у терапевта особенного беспокойства, поскольку вылечить рубцовые изменения миокарда невозможно. Соответственно, среди врачей распространено мнение, что такому пациенту можно назначить нитраты, один из генериков ацетилсалициловой кислоты и этим ограничиться. Об этом свидетельствуют и статистические данные: в поликлиниках одного из округов Москвы на 1 января 2013 г. на диспансерном учете состояло лишь 26,1% больных постинфарктным кардиосклеро-

зом. При этом по данным тех же поликлиник в то же время распространенность постинфарктного кардиосклероза составила 261,1 на 10 000 населения, из них впервые было выявлено 625 человек (5,2%).

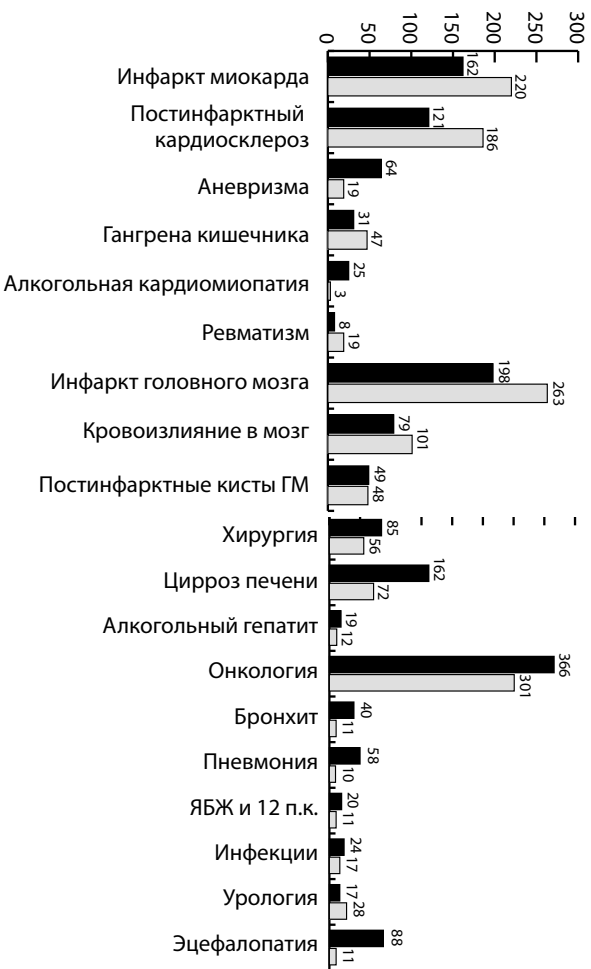
Одна из причин недостаточно внимательно-го отношения врачей к этой проблеме — высокая коморбидность у пациентов преклонного возраста, часто не позволяющая выделить из массы сопутствующих заболеваний ишемическую болезнь сердца как основное заболевание, о чем свидетельствовал наш клинический пример.

Такое невнимательное отношение приводит в результате к высокой летальности.

Мы проанализировали протоколы аутопсии 3239 пациентов, умерших в одном из многопрофильных стационаров «Скорой помощи» города Москвы. Оказалось, что причиной смерти в 48,4% случаев ( $n = 1566$ ) стали хронические и острые формы кардио- и цереброваскулярных заболеваний (рис. 1).

Среди умерших в течение одного календарного года 202 (18%) пациента были с постинфарктным кардиосклерозом, в том числе мужчин было 42% в возрасте 67,8 года и 58% — женщин в возрасте 77,4 года. Эти цифры под-





**Рисунок 1. Структура летальности в многопрофильном стационаре «Скорой помощи» у мужчин (синие столбики) и женщин (красные столбики)**

тверждают современную тенденцию — от кардиоваскулярных заболеваний в России больше умирают женщины.

У пациентов после перенесенного ИМ широко распространена другая «сосудистая» патология и сопутствующие заболевания. Это подтверждает следующий и достаточно типичный клинический пример умершего больного 72 лет с направительным на секцию диагнозом.

Основная сочетанная патология:

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2003).

2. Последствия перенесенного инфаркта головного мозга с левосторонним гемипарезом (2005).

Фон: Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга. Гипертоническая болезнь III ст. Сахарный диабет, тип 2, средней тяжести.

Осложнения: Мерцательная аритмия, постоянная форма. НК 2 Б. Длительная иммобилизация. Двусторонняя пневмония. ДН II.

Сопутствующий: Атеросклероз аорты и ее ветвей. ДГПЖ. МКБ.

На рис. 1 (см. Прил. 2) представлены результаты секции: рубцовые изменения миокарда, гипертрофия ЛЖ в результате длительного течения гипертонической болезни, кисты в головном моз-

