

*Гузёва В. М.*

**НЕКОТОРЫЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Ярмош И. В.*

*Кафедра факультетской терапии*

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова, г.  
Санкт-Петербург*

**Актуальность.** Развитие неблагоприятных кардиальных событий (инфаркт миокарда, внезапная кардиальная смерть, жизнеугрожающие нарушения ритма) при вазоспастической стенокардии (ВС) на 1, 3, 5 и 10 лет наблюдения соответствует 16%, 16%, 17% и 19%. Точная диагностика и адекватно назначенное лечение способны улучшить качество жизни пациентов с ВС. Выполнение инвазивных вазоактивных тестов и приём антагонистов кальция (АК) относятся к I классу рекомендаций по ВС (JSC, 2013).

**Цель:** оценить эффективность лечебно-диагностических мероприятий у больных ВС.

**Материалы и методы.** Были проанализированы 42 истории болезни пациентов с диагнозом ВС. Диагностические критерии ВС: 1) данные анамнеза заболевания, отвечающие за возникновение в покое, на фоне или после привычной физической нагрузки кратковременных ночных/утренних интенсивных болей за грудиной; 2) предупреждение и купирование приступов антагонистами кальция (АК) или нитратами; 3) наличие неизменённых или малоизменённых коронарных артерий (КА) по заключениям коронароангиографии (КАГ); 4) переходящий подъём сегмента ST во время приступа или спазм КА во время проведения КАГ, возникшие спонтанно или при проведении провокационных тестов (клинические рекомендации ВНОК, 2009; ESC, 2013; JSC, 2013). С учётом диагностических критериев ВС все больные были разделены на 3 группы: при выявлении всех критериев ВС исследуемые были включены в 1 группу; при наличии типичной клинической картины и малоизменённых артерий при КАГ, но отсутствии зарегистрированного вазоспазма – во 2 группу; при наличии только клинических проявлений вазоспазма, не подтверждённых инструментальными методами – в 3 группу. Клиническое течение у больных ВС оценивали через 1 год наблюдения. Связь между приёмом АК и течением ВС определялась посредством коэффициента корреляции Пирсона. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 10,0.

**Результаты и их обсуждение.** Средний возраст больных ВС составил  $59,7 \pm 1,63$  года. Различий по половому составу выявлено не было: 20 мужчин (48%) и 22 женщины (52%). В 1 группу пациентов были включены 24 пациента (57%), во 2 группу – 14 пациентов (33%), в 3 группу – 4 больных (10%). Спонтанный спазм во время проведения КАГ, главный диагностический критерий, определялся у 17 больных (71%) 1 группы, а элевация сегмента ST во время болевого приступа – у 9 (39%). АК были назначены 92% пациентов из 1 группы, 86% – из 2 группы и 50% пациентов из 3 группы. Бета-адреноблокаторы ( $\beta$ -АБ) были назначены 25% больных 1 группы, 57% - 2 группы и 50% - 3 группы. Улучшение клинического течения ВС через 1 год наблюдения отметили 75% больных 1 группы, 50% - 2 группы, 50% - 3 группы. Между приёмом АК и улучшением течения ВС выявлена слабая прямая корреляционная связь ( $r = 0,24$ ;  $p > 0,05$ ).

**Выводы.** По результатам исследования, только у половины обследованных больных ВС вазоспазм был доказан инструментально, что является недостаточным для верификации диагноза ВС в связи с отсутствием возможности выполнения вазоактивных тестов. Более благоприятное течение ВС отмечалось у пациентов с доказанным диагнозом и на фоне приёма АК.