

Klīniskais ceļš

Izmeklējumu kārtība pacientam ar stabilu koronāro artēriju slimību ambulatorajā praksē

Autore kardioloģe Iveta Mintāle un darba grupa kardiologa prof. Andreja Ērgļa un kardiologa prof. Kārļa Trušinska vadībā: kardioloģe Silvija Hansone; kardiologs prof. Gustavs Latkovskis; ārsts Vilnis Dzērve; ģimenes ārste Ilze Aizsilniece, neatliekamās medicīnas ārste Sarmīte Villere, fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārste Ilze Hāznere, ārste Evija Knoka

Informācija pacientam

Ja ikdienas aktivitāšu laikā parādās diskomforts krūtīs vai sāpes – žņaudzošas, spiedošas vai dedzinošas, kas var izstarot uz kreiso roku, plecu, kaklu vai apakšžokli, kas parasti pāriet miera stāvoklī vai lietojot Nitroglicerīnu, šādus simptomus nedrīkst ignorēt – jāgriežas pie ārsta. Ārsts noteiks koronārās sirds slimības risku, izdarīs nepieciešamās analīzes un izmeklējumus un, ja būs nepieciešams, nosūtīs pie speciālista tālākai izmeklēšanai.

Koronāra sirds slimība ir akūts vai hronisks miokarda išēmisks bojājums, ko rada koronāro artēriju slimība un tās noteikta neatbilstība starp koronāro asins apgādi un miokarda metaboliskajām prasībām. KAS nosaka koronāro asinsvadu organisks bojājums (stenozējoša ateroskleroze, tromboze), kā arī funkcionālie traucējumi (endotēlija disfunkcija, asinsvadu spazms, trombocītu agregācija u.c.) un/vai mikrovaskulāra patoloģija, un/vai pieaugošs miokarda skābekļa patēriņš.

Stabilu KAS raksturo atgriezeniska miokarda prasību un apgādes neatbilstība, kas rada išēmiju vai hipoksiju, ko parasti var izraisīt fiziska slodze un/vai emocionāls stress., kas klīniski izpaužas ar pārejošām sāpēm krūtīs.

1. Pacients ar sūdzībām par sāpēm aiz krūšu kaula vai ierobežotu fizisko toleranci griežas pie ģimenes ārsta.

2. Ģimenes ārsts noskaidro pacienta pašsajūtu, sūdzības, ja pacients sūdzas par sāpēm vai diskomfortu krūtīs, jāizvērtē sāpju raksturs, ilgums un saistība ar fizisko slodzi. Pēc klīniskās klasifikācijas sāpēm krūtīs, jānovērtē stenokardijas iespējamība.

Jānovērtē pacienta kardiovaskulāro slimību (KVS) risks – pēc SCORE. Kopējā KV riska noteikšana, lietojot SCORE, ir ieteicama, izņemot gadījumus, kad indivīds ir novērtēts kā augsta vai ļoti augsta riska pacients, ņemot vērā

dokumentētu KVS, cukura diabētu (CD) un/vai hronisku nieru slimību (HNS), vai ļoti augstu viena atsevišķa riska faktora līmeni.

Ģimenes ārsts novērtē pacienta Pirmstesta Varbūtību PTV (KAS varbūtība), ņemot par pamatu pacienta sūdzības par sāpēm krūtīs, vecumu un dzimumu.

2.1. Stenokardijas tipa sāpes krūtīs. Ja pacientam ir stenokardijas tipa sāpes un augsts KVS risks, jāizvērtē pirmstesta varbūtība PTV, un atkarībā no tās izdara slodzes testu (sk. šī ceļa soli 3. "Slodzes tests"), ko vērtē **kardiologs** vai arī nosūta pacientu pie kardiologa (sk. šī ceļa soli 3.1. "kardiologa kompetence"), kurš izdara nepieciešamos testus išēmijas izvērtēšanai. Ja išēmiju nekonstatē, pacientu tālāk novēro ģimenes ārsts. Ja konstatē išēmiju, indicēta tālāka invazīva izmeklēšana.

2.2. Nestabilas stenokardijas sāpes krūtīs un augsts KVS risks:

2.2.1. Jāizsauc neatliekamo medicīnisko palīdzību (NMP), ja ir aizdomas par akūtu koronāro sindromu (AKS), nestabilo stenokardiju vai pie tipiskas stenokardijas

konkrētā brīdī, vai iepriekšējo 24 stundu laikā. Ja pacients ar aizdomām par KAS nokļūst uzreiz pie kardiologa vai cita speciālista, akūtas situācijas gadījumā jāizsauc NMP, un/vai jāsaazinās ar ģimenes ārstu.

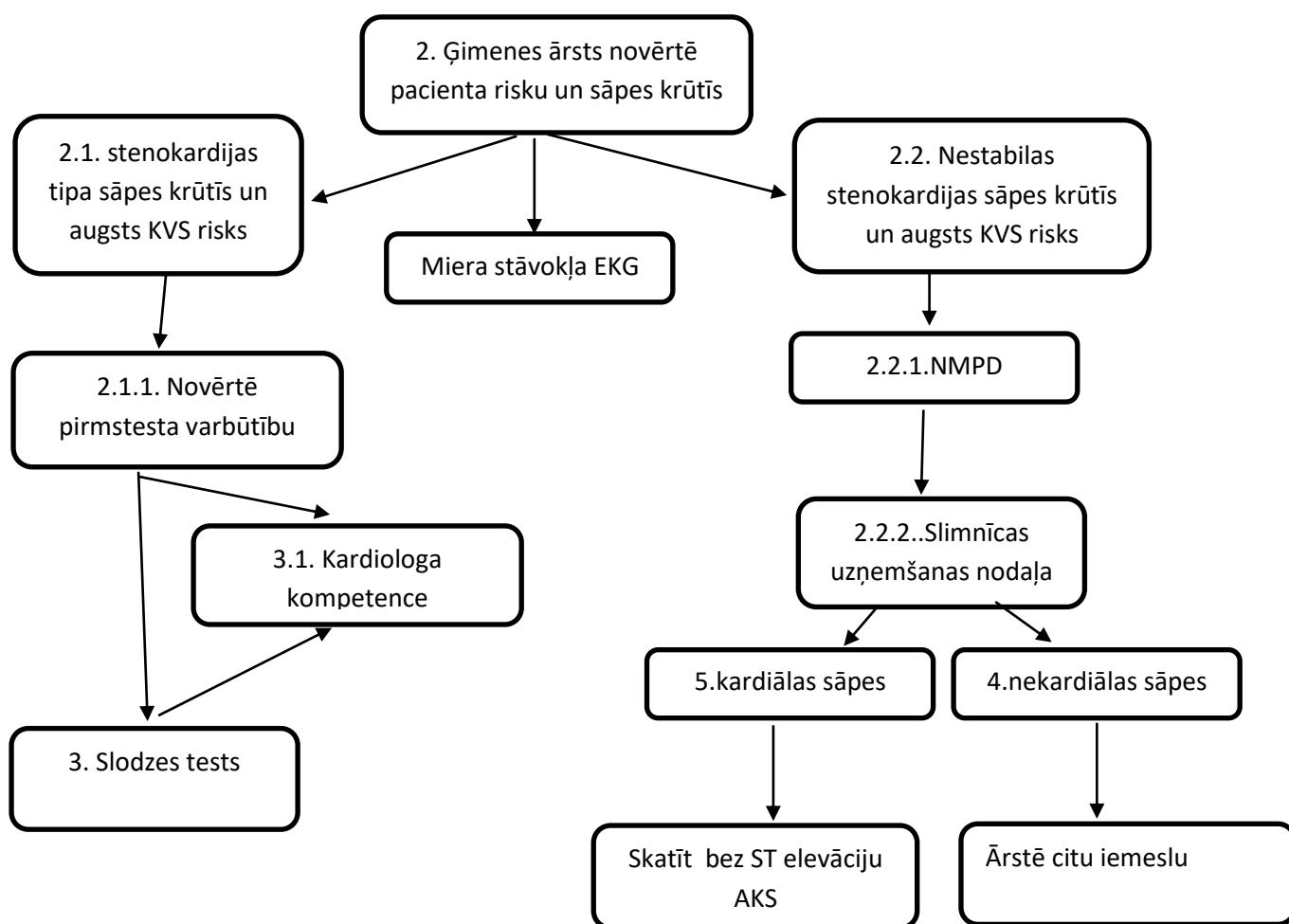
2.2.2.Slimnīcas uzņemšanas nodaļa. Ja pacienta situācija nav akūta, izdara EKG, bioķīmiskās analīzes, ja nepieciešams – krūšu kurvja Rtg diferenciāldiagnostikai.

4.Nekardiālas sāpes. Ja sāpes krūtīs ir nekardiālu jeb citu iemeslu dēļ, ārstē citu iemeslu.

5.Kardiālas sāpes. Jā sāpes ir kardiālas, jāizdara EhoKG. Ja kreisā kambara izviedes frakcija ir zemāka par 50% un pacientam ir tipiska stenokardija, pacientu nosūta uz koronāro angiogrāfiju, ja sāpes krūtīs nav tipiskas, izdara vizualizācijas testu.

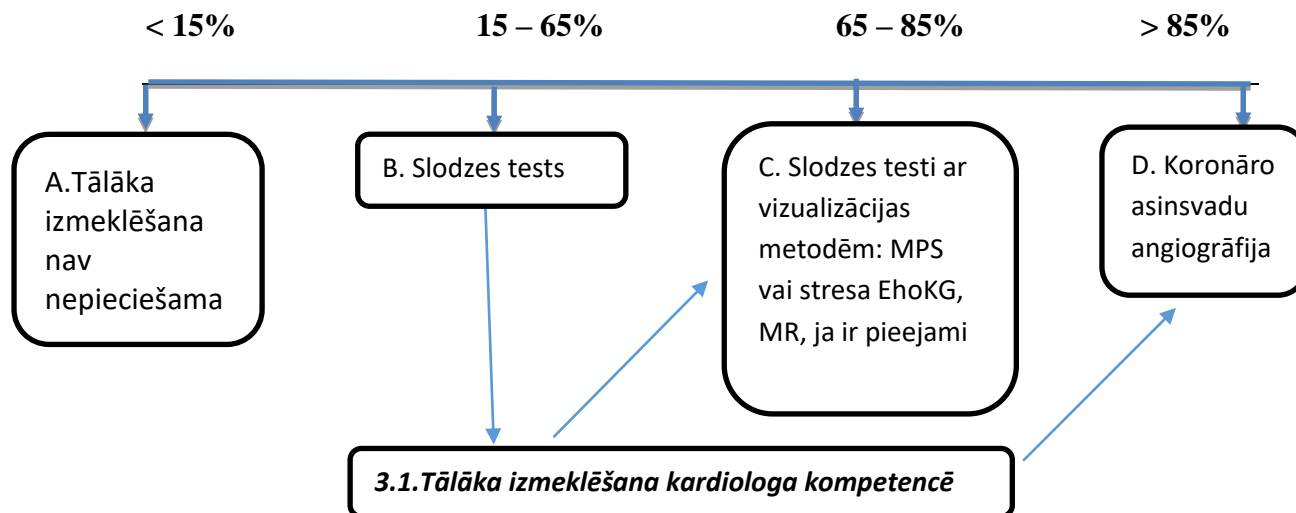
Ja kreisā kambara izviedes frakcija nav zemāka par 50%, jānovērtē pirmstesta varbūtība koronārai stenozei, jāņem jautājums par koronārās angiogrāfijas nepieciešamību.

1. Pacients ar aizdomām par stabilu koronāro artēriju slimību



*****2.2.1. Novērtē pirmstesta varbūtību

Pirmstesta varbūtība %



A. Pie zemas PTV <15% tālāka izmeklēšana nav nepieciešama.

B. Vidējas PTV gadījumā 15-85% ģimenes ārsts nosaka pacienta iespējas izdarīt slodzes testu, tā pieejamību (slodzes testu vēlams izdarīt 6-8 nedēļu laikā)

B.1. Slodzes testu veic un rezultātus interpretē kardiologs

C. Pie PTV ir 15-65% jāizdara slodzes testi ar vizualizācijas metodēm - stresa EhoKG, MPS, MR, ja pieejama aparatūra un eksperti rezultātu izvērtēšanai.

D. Pie PTV >85% jāuzskata, ka pacientam ir KAS diagnoze un jānosūta uz koronāro asinsvadu angiogrāfiju - KG

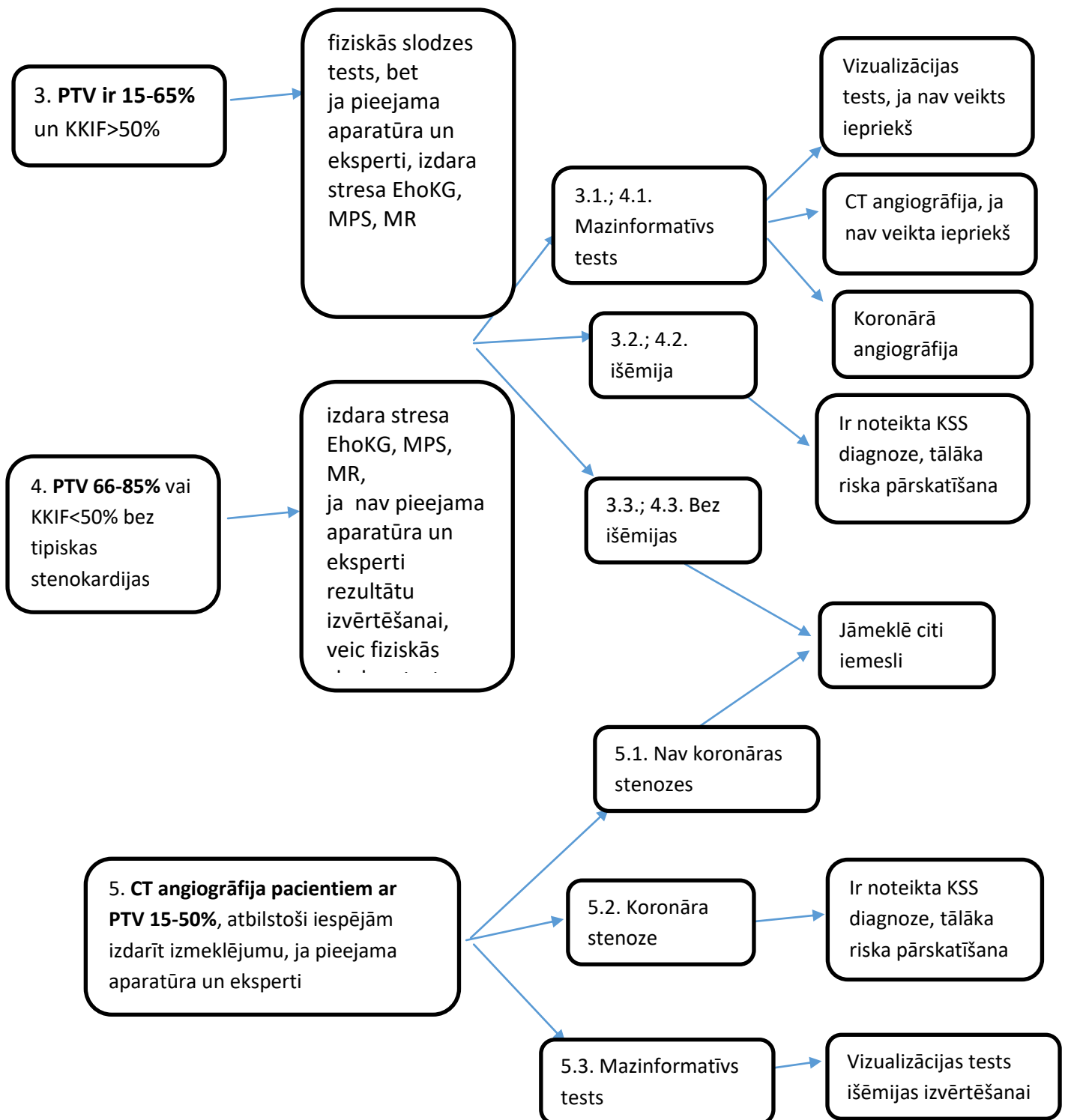
3.1. Kardiologa kompetence pacienta tālākā izmeklēšanā:

Šeit skaidrojumi „Slodzes testam”

Pie **PTV ir 15-65%** un **KKIF > 50%**, jāizdara fiziskās slodzes tests, ja pieejams, labāka izvēle būtu stresa EhoKG, MPS, MR, ja pieejama aparatūra un eksperti rezultātu izvērtēšanai.

- Ja tests mazinformatīvs, veic vizualizācijas testu, ja tas jau nav veikts iepriekš; vai CT angiogrāfiju, ja tā nav veikta iepriekš, vai koronāro angiogrāfiju.
- Ja izmeklējumā konstatē išēmiskas izmaiņas (3.2.), jāuzskata, ka ir noteikta KSS diagnoze, tālāk jāpārskata risks.
- Ja rezultāts ir bez išēmijas (3.3.), jāmeklē citi iemesli

3. Slodzes tests



Šeit skaidrojumi „Slodzes testam”

4. Pie PTV 66-85% vai KKIF<50% bez tipiskas stenokardijas izdara stresa EhoKG, MPS, MR, bet - ja nav pieejama aparatūra un eksperti rezultātu izvērtēšanai, veic fiziskās slodzes testu
 - 4.1. Ja tests mazinformatīvs, veic vizualizācijas tests, ja tas jau nav veikts iepriekš; vai CT angiogrāfiju, ja tā nav veikta iepriekš, vai koronāro angiogrāfiju. Šī izvēle ir kardiologa kompetencē.
 - 4.2. Ja izmeklējumā konstatē išēmiskas izmaiņas, jāuzskata, ka ir noteikta KSS diagnoze, tālāk jāpārskata risku.
 - 4.3. Ja izmeklējumā konstatē išēmiskas izmaiņas, jāuzskata, ka ir noteikta KSS diagnoze, tālāk jāpārskata risku.
5. Īpašas indikācijas ir CT angiogrāfija pacientiem ar PTV 15-50%, ja pieejama aparatūra un eksperti
 - 5.1. Ja nav koronāras stenozes, jāmeklē citi iemesli
 - 5.2. Ja konstatē koronāru stenozi, jāuzskata ka ir noteikta KSS diagnoze, tālāk jāpārskata pacienta risks.
 - 5.3. Ja tests ir mazinformatīvs, jāveic vizualizācijas tests.

Visi izmeklējumi ir apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem.