

Л.В. Фоменко, В.В. Красько, Н.Н. Шамборский, О.А. Шумак, В.М. Самохвалова  
Коммунальное учреждение «Городская больница № 17», Кривой Рог

# Связь атипичного болевого синдрома при ишемической болезни сердца с патологией органов брюшной и грудной полости

Представлены случаи из практики, описывающие сочетание ишемической болезни сердца с патологией органов желудочно-кишечного тракта, легких, средостения. Наличие коморбидной патологии изменяет характер ангинозной боли, что указывает на необходимость детального обследования таких пациентов.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, стенокардия, атипичный болевой синдром, гастрокардиальный синдром.

## Введение

Сочетание патологии сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является актуальной диагностической проблемой современной медицины. При жалобах на за грудиной боль врачу-практику может быть затруднительно дифференцировать боль коронарного и некоронарного генеза. Сходство последней со стенокардической по локализации и характеру (давящая боль) иногда становится поводом для применения антиангинальных препаратов, которые в данном случае малоэффективны или совсем неэффективны.

Также иногда прослеживается связь боли за грудиной и в окологрудинной области с физической нагрузкой, что типично для стенокардии. Отличительные черты некардиальной боли таковы: она развивается в ответ на нагрузку разной интенсивности, бывает более продолжительной, сохраняясь в течение длительного времени после прекращения физической нагрузки (>20–30 мин). При этом эффект от применения препаратов нитроглицерина менее отчетлив, наступает позже (через 15–20 мин) или же такие препараты оказываются эффективными не при каждом приступе за грудиной боли (Розендорф К., 2007). Если препараты нитроглицерина все же оказывают воздействие, это свидетельствует в пользу предположения о спастическом характере боли.

Анализ случаев из практики показывает, что дифференцирование генеза боли легче провести у лиц, не болеющих изначально ишемической болезнью сердца (ИБС). Но и у пациентов с ИБС боль, не соответствующая строгим критериям стенокардической, вынуждает искать иную ее причину.

## Клинический случай № 1

Пациент Н., 57 лет, поступил в кардиологическое отделение КУ «Городская больница № 17», Кривой Рог, с жалобами на боль давящего, жгучего характера за грудиной, развивающуюся в покое и при физической нагрузке, длительную, сопровождающуюся ощущением нехватки воздуха (что расценивалось больным как одышка, преимущественно инспираторного характера). Интенсивность боли снижалась вплоть до полного купирования после приема препаратов нитроглицерина, чаще 2–3 таблеток, через 15–20 мин. Эффект препаратов нитроглицерина был непостоянным и недостаточным отчетливым. Ночью пациент отмечал наиболее длительную за грудиной боль, интенсивность которой незначительно снижалась в сидячем положении. На фоне затяжного болевого приступа отмечали повышение артериального давления до 170–180/100 мм рт. ст., что может в некоторой степени объяснить появление одышки. При этом ангинозная боль, развивающаяся во время физической нагрузки, по характеру была сходна с болевым синдромом в покое, однако иногда даже значительная нагрузка не сопровождалась болью (пациент подни-

мался на 4-й этаж или проходил 5–6 км в течение 1 ч без неприятных ощущений за грудиной).

Пациент перенес заднеинфарктный Q-инфаркт миокарда (ИМ) за 11 мес до поступления в кардиологическое отделение. В течение 8–9 мес после перенесенного ИМ самочувствие оставалось удовлетворительным. На электрокардиограмме (ЭКГ) сохранялся патологический зубец Q во II и III стандартных отведениях, а также в отведении aVF. Динамики ЭКГ во время приступов за грудиной боли не выявлено. При холтеровском мониторинге ЭКГ изменений ишемического типа также не выявлено, несмотря на перенесенный ИМ. Прием нитратов пролонгированного действия не влиял на характер боли (Лутай М.І. та співавт., 2010).

На основании полученных данных выдвинуто предположение о некардиальном генезе за грудиной боли (Лапина Т.Л., 2006). При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) выявлены аксиальное пролабирование желудка, рефлюкс-эзофагит. Сохранение вертикального положения после приема пищи, фармакотерапия с применением прокинетики (домперидон) и ингибиторов протонной помпы (пантопразол) привели к улучшению состояния больного. Боль прекратилась, толерантность к физической нагрузке оставалась удовлетворительной.

## Клинический случай № 2

Пациентка К., 58 лет, доставлена в кардиологическое отделение КУ «Городская больница № 17», Кривой Рог, с подозрением на впервые развившуюся стенокардию с жалобами на длительную ноющую боль в области сердца, отчетливо не связанную с физической нагрузкой. Повышение температуры тела до субфебрильного уровня в течение 2 сут за 4–5 сут до обращения за медицинской помощью и наличие единичных сухих хрипов в легких при аускультации позволили предположить наличие левосторонней нижнедолевой пневмонии, что и было подтверждено рентгенологически.

Проведение антибактериальной терапии несколько улучшило самочувствие, но полностью не купировало болевой синдром. Пациентка не предъявляла жалоб на боль в животе и симптомы диспептического характера. Указания на патологию ЖКТ в анамнезе отсутствовали. При глубокой пальпации в эпигастрии и околопупочной области справа определена умеренно выраженная болезненность. При проведении ЭФГДС выявлены «целующиеся» язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, ассоциированные с *Helicobacter pylori*. Проведение трехкомпонентной терапии с применением амоксицилина/кларитромицина/кларитромицина, омепразола в соответствии с положениями Консенсуса Маастрихт-IV (Malfertheiner P. et al., 2012) привело к купированию болевого синдрома; при контрольной ЭФГДС выявлено заживление язв двенадцатиперстной кишки. Также отмечено

разрешение пневмонии с положительной рентгенологической динамикой.

В этом случае диагностика патологии ЖКТ была затруднена в связи со стертостью клинических проявлений, и лишь неполное соответствие болевого синдрома у пациентки типичным характеристикам ангинозной боли позволило предположить экстракардиальный ее генез (Лутай М.И. и соавт., 2015). Наличие атеросклероза венечных артерий в последующем подтверждено с помощью коронарографии.

### Клинический случай № 3

Пациентка С., 54 года, поступила в отделение с типичным ангинозным болевым синдромом. При проведении ЭКГ диагностирован задненижний Q-ИМ. Терапия ИМ, проведенная в соответствии с Унифицированным клиническим протоколом (Министерство охраны здоровья Украины, 2014), была эффективной; больную выписали под наблюдение районного кардиолога в удовлетворительном состоянии.

Однако спустя 1–1,5 мес после выписки пациентку стала беспокоить боль ноющего характера в окологрудинной области слева, развивающаяся при ходьбе, продолжительностью до 10–15 мин. Боль купировалась через 10–15 мин после приема нитроглицерина. Кроме того, тяжесть и дискомфорт за грудиной периодически беспокоили и в покое. В связи с появлением нехарактерных для типичной стенокардии характеристик боли (большая продолжительность, боль в состоянии покоя, медленный и неотчетливый эффект от приема нитроглицерина) заподозрено наличие сочетанной патологии (Розендорф К., 2007). Выявлена лимфосаркома средостения. При проведении коронарографии диагностирован стенозирующий атеросклероз венечных артерий, ставший показанием к стентированию венечных артерий.

### Клинический случай № 4

Пациент Р., 82 года, предъявлял жалобы на длительную загрудинную боль (продолжительностью до получаса и дольше) в состоянии покоя, чаще в горизонтальном положении. Иногда отмечал ощущение дискомфорта при прохождении пищи по пищеводу, преимущественно твердой. Прием нитроглицерина оказывал неотчетливый эффект: боль купировалась не полностью, облегчение наступало через 20–25 мин. Помимо того, пациента беспокоила типичная ангинозная боль при ходьбе на расстоянии около 500 м, которая купировалась после прекращения ходьбы в течение 4–5 мин самопроизвольно (удовлетворительная толерантность к физической нагрузке). На ЭКГ в состоянии покоя отмечена депрессия сегмента ST по горизонтальному типу в V2–V4 на 1 мм; на фоне загрудинной боли в покое динамика ЭКГ отсутствовала. В связи с этим заподозрен некардиальный генез загрудинной боли в покое. При проведении ЭФГДС выявлен кандидоз пищевода. Антимикотическая терапия с применением флуконазола оказала положительный эффект.

### Выводы

Во всех описанных клинических случаях ИБС верифицирована с помощью ЭКГ-критериев, указания на перенесенный ИМ в анамнезе или коронарографии. Однако у каждого из этих пациентов, помимо ИБС, выявлена сопутствующая патология, обуславливающая нетипичный характер боли.

Таким образом, представляется целесообразным при наличии у пациента с верифицированной ИБС атипичной боли, отличающейся от ангинозной своей продолжительностью (>10–15 мин), зоной иррадиации (в область эпигастрия, левого подреберья), наличием боли в состоянии покоя и чаще в горизонтальном положении, обследовать этого пациента на наличие сопутствующих заболеваний. В частности, следует обратить внимание на патологию ЖКТ, легких, средостения.

В то же время выявление патологии ЖКТ как причины боли в грудной клетке и даже положительный эффект от проводимой по этому поводу терапии не означают отсутствия ИБС (Григорьев П.Я., 1996). При подтверждении стенокардии с помощью инструментальных методов (коронарография, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ) комплексное лечение при сочетанной патологии дает лучший клинический эффект и положительно влияет на прогноз.

### Список использованной литературы

- Григорьев П.Я. (1996) Диагностика, лечение и профилактика кислотозависимых заболеваний. Рос. гастроэнтерол. журн., 3: 53–65.
- Лапина Т.Л. (2006) Пищеводная боль. Мед. вест., 32(375): 16–17.
- Лутай М.И., Голикова И.П., Немчина Е.А. (2015) Стабильная стенокардия напряжения и методы ее диагностики. Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя», 5(1): 18–20.
- Лутай М.И., Лисенко А.Ф., Голикова И.П.; Робоча група з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС (2010) Медикаментозне лікування стабільної стенокардії. Методичні рекомендації Робочої групи з проблем атеросклерозу та хронічних форм ІХС Асоціації кардіологів України. Київ, 64 с.
- Міністерство охорони здоров'я України (2014) Наказ від 02.07.2014 р. № 455 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST» (<http://www.moz.gov.ua>).
- Розендорф К. (ред.) (2007) Основы кардиологии. Принципы и практика (пер. с англ.). 2-е изд., Медицина світу, Львів, с. 551–552.
- Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. et al.; European Helicobacter Study Group (2012) Management of Helicobacter pylori infection – the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. Gut, 61(5): 646–664.

### Зв'язок атипичного болювого синдрому при ішемічній хворобі серця із патологією органів черевної та грудної порожнини

Л.В. Фоменко, В.В. Красько, М.М. Шамборський, О.О. Шумак, В.М. Самохвалова

**Резюме.** Представлені випадки з практики, що описують поєднання ішемічної хвороби серця з патологією органів шлунково-кишкового тракту, легень, середостіння. Наявність коморбідної патології змінює характер ангинозного болю, що свідчить про необхідність детального обстеження цих пацієнтів.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, стенокардія, атипичний болювий синдром, гастрокардіальний синдром.

### Association between atypical pain in coronary heart disease and the other pathology of abdominal and thoracic organs

L.V. Fomenko, V.V. Krasko, M.M. Shamborsky, O.A. Shumak, V.M. Samokhvalova

**Summary.** The paper presents case studies that describe the combination of coronary heart disease with the pathology of the gastrointestinal tract, lungs, and mediastinum. The presence of comorbid disease changes the nature of angina chest pain, indicating the need for a detailed examination of such patients.

**Key words:** ischemic heart disease, angina, atypical pain syndrome, gastrocardiac syndrome.

### Адрес для переписки:

Фоменко Лариса Васильевна  
50064, Кривой Рог, ул. Каткова 2  
КУ «Городская больница № 17»,  
отделение кардиологии  
E-mail: 111fff919@yandex.ua

Получено 17.11.2016