

## ОСОБЛИВОСТІ КАРДІАЛГІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Л.М. Іванова, Г.В. Вернік, Т.Ф. Лях, О.Є. Ховерко  
 Луганський державний медичний університет,  
 Луганський обласний кардіологічний диспансер

### Вступ

В наш час серцево-судинна патологія, в тому числі ішемічна хвороба серця (ІХС) посідає одне з перших місць серед захворювань населення та являється найбільш частою причиною інвалідизації і передчасної смерті [2, 3, 5].

В Україні за останні роки показник розповсюдженості ІХС збільшився до 9,7 на 1000 населення [4, 5].

Хворі з ІХС (стабільна стенокардія) найчастіше мають скарги на біль в ділянці серця та за грудниною. Інколи у пацієнтів виникають еквіваленти болю, тобто завмирання серця, біль в горлі, страх смерті, приливи, слабкість, пітливість і навіть блювання [7, 8, 9]. Однак, в клінічній картині у хворих з ІХС (стабільна стенокардія) на тлі типових ангінозних нападів відмічаються кардіалгії у вигляді короткочасних або тривалих ниючих болі в ділянці серця з різноманітною іррадіацією, що потребує диференційної діагностики [1, 6, 9].

**Метою** дослідження було вивчення особливостей кардіалгій у хворих на ІХС (стабільна стенокардія).

### Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом знаходилось 65 осіб (38 чоловіків - 59,2% та 27 жінок - 40,8%) хворих на ІХС у віці від 45 до 69 років. За даними медичних документів, тривалість захворювання складала від 3 до 10 років. Діагноз ІХС встановлювали згідно з Наказом МОЗ України № 436 (2006), і рекомендаціями Європейського товариства кардіологів (2007). України № 271 (2005). Усім хворим була проведена стратифікація ризику стабільної стенокардії за клінічною оцінкою та деталізацією історії хвороби, даних об'єктивного обстеження, включаючи

визначення індексу маси тіла та окружності талії, електрокардіограми (ЕКГ) в стані спокою, оцінкою погіршення функціонального стану, лабораторними тестами. З метою визначення функціонального класу (ФК) стабільної стенокардії при відсутності протипоказань хворим проводився велоергометричний тест (ВЕМ) під контролем електрокардіограми (ЕКГ). При визначенні ФК дотримувалися критеріїв Канадської асоціації серця; ЕКГ - дослідження у динаміці проводилося всім хворим. Функціональний стан міокарда і показники внутрішньосерцевої гемодинаміки вивчали методом ехокардіоскопії (ЕхоКС) за рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства з використанням сканера "SIM 7000 CFM Challenge" (Італія). При проведенні ЕхоКС вивчали: кінцевий систолічний та кінцевий діастолічний розміри (КСР і КДР) і відповідні об'єми (КСО, КДО) лівого шлуночку (ЛШ); товщину задньої стінки ЛШ (ТЗС ЛШ) та міжшлуночкової перетинки (ТМШП) в систолу та діастолу; фракцію викиду (ФВ); індекс маси міокарда ЛШ (ІММ ЛШ). Для визначення маси міокарду ЛШ (ММ ЛШ) користувалися формулою Penn Convention; ІММ ЛШ розраховували як відношення ММ ЛШ до площі поверхні тіла. За формулою W.H. Gaasch розраховували індекс відносної товщини стінки ЛШ (ВТС ЛШ):  $VTC\ ЛШ = MШП + TЗСЛШ / KДР\ ЛШ$  од. Для визначення показників систолічної функції ЛШ вираховували ударний об'єм ( $УО = КДО - КСО$ ) та ФВ ( $ФВ = УО / КДО \times 100\%$ ).

Хворим також здійснювалося визначення біохімічних показників, в тому числі фракцій глобулінів, СРП, фібриногену, рівня загального холестерину (ХС), ХС ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ), ХС ліпопротеїнів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЩ), ХС ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ). Ліпіди досліджувались на автоаналізаторі "Cotona" (LKB, Швеція) з використанням ферментативних наборів фірми "Boehringer Mannheim" (Німеччина).

### Отримані результати та їх обговорення

За результатами розпитування хворих больовий синдром при стенокардії характеризувався виникненням болю під час ходи, після хвилювання, на вітру, при зміні температури в приміщенні, після надмірної їжі (46 осіб - 71,3%). Звичайно біль локалізу-

вався за грудниною, був стискального характеру у вигляді нападу, тривалістю до 10-15 хвилин, з ірадіацією в ліву руку, лопатку, іноді шелепу та проходив в спокої (якщо виник під час ходи) або після прийому нітрогліцерину. Больовий напад виникав, як правило, за рахунок тимчасової ішемії міокарда внаслідок спазма коронарних судин та порушення в них кровообігу. У 9 хворих біль виникав під час стресу (14,1%). У 10 (14,6%) пацієнтів відмічалось відчуття важкості та стиснення за грудниною. Характер болю був різноманітним: давлючий біль (28 пацієнтів - 58,1%), стискальний (28 пацієнтів - 43,3%), пекучий (14 пацієнтів - 21,8%), ниючий (9 пацієнтів - 14,0%), колючий (8 пацієнтів - 12,6%). У чоловіків переважав біль давлючого характеру з локалізацією за грудниною (44,2%) та ірадіацією в ліву (55,8%) та праву (19,6%) верхні кінцівки, ліве плече (35,9%), під ліву лопатку (23,4%) та інколи в шию (5,4%).

У жінок біль частіше носив стискальний характер (43,8%) з ірадіацією у ліву лопатку (32,1%), верхню кінцівку (24,6%), а також в праву половину грудної клітини (21,3%).

Кардіалгії в низці випадків супроводжувалися відчуттям страху смерті (28 осіб - 42,9%), нестачі повітря (32 особи - 49,3%), Крім того, майже у половини обстежених (32 особи 49,6%) спостерігалися психосоматичні розлади, а саме: підвищена втомлюваність (80,7%), дратівлива слабкість (79,3%), сльозливість (64,7%).

Під час об'єктивного обстеження хворих на ІХС (стабільна стенокардія) з кардіалгіями найчастіше визначалися такі ознаки: при загальному огляді - задишка (6 хворих - 8,5%), акроціаноз (4 хворих - 5,7%); при перкусії серця - зміщення меж відносної серцевої тупості вліво (26 хворих - 40,3%), при аускультатії - приглушеність тонів серця (45 хворих - 69,2%), акцент II тону над аортою (24 хворих - 36,5%), серцеві шуми (18 хворих - 27,3%). Крім того, у обстежених пацієнтів спостерігалось підвищення артеріального тиску (36 осіб - 54,9%) та тахікардія (27 осіб - 41,1%).

ЕКГ без патологічних змін було зареєстровано у 21,6% хворих, у решти визначенні функціональні і органічні відхилення: ознаки гіпертрофії лівого шлуночка і відхилення електричної вісі серця вліво (32 хворих - 49,5%), двохфазний, зниже-

ної амплітуди зубець Т (24 хворих - 37,6%), горизонтальне зміщення сегменту ST (24 хворих - 37,0%). Порушення функції автоматизму спостерігалися у 51,4% обстежених, функції збудливості - у 19,3%, порушення провідності - у 32,0% хворих.

Функціональні показники ВЕМ - проби у хворих зі стабільною стенокардією напруги I та II ФК становили відповідно: максимальна потужність в середньому  $89,6 \pm 2,7$  і  $53,7 \pm 2,1$  Вт, значення подвійного добутку -  $248,2 \pm 3,1$  і  $186,1 \pm 3,6$  ум. од., середнє відхилення сегменту ST склало  $1,54 \pm 0,09$  і  $1,65 \pm 0,11$  мм.

### Висновки

У хворих на ІХС (стабільна стенокардія) в клінічній картині на тлі типових ангінозних нападів відмічалися кардіалгії, які мали різноманітний характер та супроводжувалися підвищеною втомлюваністю (80,7%), дратівливою слабкістю (79,3%), сльозливістю (64,7%), відчуттям страху смерті (42,9%) та нестачі повітря (49,3%).

### Література

1. Аронов Д.М. Лечение и профилактика атеросклероза / Д.М.Аронов. - М.: Триада-Х, 2000. - 412 с.
2. Золотарева Т.А. Роль нарушенной обмена холестерина в патогенезе атеросклероза / Т.А.Золотарева, К.Д.Бабов // Украинский кардиологический журнал. - 2000. - № 5. - С. 76-81.
3. Климов А.Н. Липиды, липопротеиды и атеросклероз / А.Н.Климов, Н.Г.Никульчева. - Санкт-Петербург: Питер Пресс, 2001. - 298 с.
4. Дунаев В.В. Современные фармакологические подходы к выбору гиполлипидемических лекарственных средств при атеросклерозе / В.В.Дунаев, И.М.Белай // Запорожский меджурнал. - 2000. - № 2. - С. 13-19.
5. Серцево-судинні захворювання : методичні рекомендації діагностики та лікування / за ред. В.М. Коваленка та М.І. Лутая. - Київ: Здоров'я України, 2005. - 542 с.
6. Coronary atherosclerotic plaques with and without thrombus in ischemic heart syndromes: a morphologic, immunohistochemical and biochemical study / E.Arbustini,

M.Grasso, M.Diegoli [e. a.] // *Am. J. Cardiol.* - 2006. - Vol. 68, № 7. - P. 36B-50B.

7. *Guidelines on the management of stable angina pectoris. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of European Society of Cardiology / Fox K. [e. a.] // Europ. Heart J.* - 2006. - Vol. 27, № 11. - P. 1341-1381.

8. *Evaluation of patterns of perfusion and metabolism in dobutamin-responsive myocardium / S.Sawada, G.Eisentr, D.S. Segar [e. a.] // J. Am. Coll. Cardiol.* - 2007. - Vol. 29. - P. 55-61.

9. *Relation of initial infarct size to extent of left ventricular remodeling in the year after acute myocardial infarction / P.C.We, T.F.Christian, K.Hirose [e. a.] // J. Am. Coll. Cardiol.* - 2007. - Vol. 25. - P. 567-573.

#### Резюме

**Иванова Л.Н., Верник Г.В., Лях Т.Ф., Ховерко Е.Е.** Особенности кардиалгий у больных с ишемической болезнью сердца.

В статье приведены данные обследования больных с ишемической болезнью сердца (стабильная стенокардия), у которых в клинической картине на фоне типичных ангинозных приступов отмечались кардиалгии, имевшие различный характер и сопровождались повышенной утомляемостью, раздражительной слабостью, слезливостью, ощущением страха смерти и недостаточности воздуха.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, кардиалгия.

#### Резюме

**Ivanova L.N., Vernik G.V., Lyach T.F., Choverko E.E.** Особливості кардіалгій у хворих на ішемічну хворобу серця.

В статті наведені дані обстеження хворих на ІХС (стабільна стенокардія), у яких в клінічній картині на тлі типових ангинозних нападів відмічалися кардіалгії, що мали різноманітний характер та супроводжувалися підвищеною втомлюваністю, дратівливою слабкістю, слезливістю, відчуттям страху смерті та нестачі повітря.

**Ключові слова:** ішемічна хвороба серця, кардіалгія.

#### Summary

**Ivanova L.N., Vernik G.V., Lyach T.F., Choverko E.E.** Features of kardiodya at patients with ischemic heart diseases.

In the article the given inspections of patients with ischemic heart (stable stenocardia) diseases, at which in a clinical picture on a background typical anginal attacks kardiodya having a different character and were accompanied by the undue fatiguability were marked, are resulted, by an irritable weakness, by a tearfulness, by feeling of fear of death and insufficiency of air.

**Key words:** ischemic heart diseases, kardiodya.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. Ю.М.Колчин

УДК 61-08-035:378.961+616\_07

## ВВЕДЕНИЕ В КУРС ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

**Г.А. Игятечко, Р.Ш. Брагина, И.В. Мухин,  
Г.С. Такташов, А.А. Фаерман, М.К. Пола**  
Донецкий национальный медицинский университет  
им.М.Горького

Термин "Evidence-based medicine" или "медицины, основанной на доказательствах" (доказательной медицины), впервые был предложен в 1990 г. группой канадских ученых из Университета Мак Мастера в Торонто. Это понятие быстро стало общепризнанным, найдя сторонников в разных странах. Потенциальные возможности применения принципов доказательной медицины в практике здравоохранения - значительны. В первую очередь, их применение позволяет использовать объективные критерии ко всем аспектам фармакотерапии. Принципы доказательной медицины дают возможность с учетом новейшей и достоверной информации оптимизировать влияние на принятие решения таких во многом субъективных факторов, как интуиция и квалификация врача, мнения авторитетных экспертов, рекомендации популярных руководств и справочников. Таким образом, доказательная медицина предполагает объединение индивидуального клинического опыта врача с наилучшими доступными независимыми клиническими доказательствами из систематизированных исследований [1]. Одно из определений доказательной медицины - это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного. Целью доказательной медицины является применение врачом в ведении пациентов только тех методов, полезность которых доказана в доброкачественных исследованиях.

Согласно мнению Шведского совета по методологии оценки в здравоохранении, достоверность доказательств из раз-