

Хроническая боль в грудной клетке

Клиническая проблема

Боль в грудной клетке, подобная стенокардитической – тревожный симптом. Она является частой причиной первичного обращения в отделение неотложной помощи и составляет основную часть нагрузки врачей-кардиологов. Клиническая диагностика варьирует от простых исследований, таких как снятие электрокардиограмм (как в покое, так и при физической нагрузке) и эхокардиограмм, до более дорогостоящих и инвазивных методов, таких как коронарная ангиография и фармакологические стресс-тесты. У пациентов с периодически повторяющимися симптомами при отсутствии очевидной причины дальнейшая диагностика должна быть направлена на исключение кардиомиопатии, микроваскулярной стенокардии, болезни перикарда. Однако, 10-50% пациентов, обращающихся с жалобами на боль в грудной клетке, подобную стенокардитической, высокой интенсивности, достаточной, чтобы оправдать назначение инвазивных методов исследований сердца, не имеют сердечной патологии [30] и классифицируются как имеющие экстракардиальную боль в грудной клетке (ЭКБГ).

Эпидемиология и

социально-экономическое значение

ЭКБГ более распространена в странах Запада. До 30% пациентов, подвергающихся коронарной ангиографии по поводу боли в грудной клетке, имеют нормальные коронарные артерии [15]. Недавно проведенный мета-анализ 14 отдельных совокупностей, включающий 25000 субъектов, показал общую распространенность ЭКБГ порядка 13% (ДИ (доверительный интервал) 95%, 9-16). Отмечалась одинаковая распространенность как среди женщин, так и среди мужчин, но ЭКБГ встречалась чаще у субъектов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) [19]. Другие факторы риска включают ожирение, генетическую предрасположенность к ГЭРБ, курение и применение анальгетиков [13]. Прогноз для пациентов с ЭКБГ благоприятный. Инфаркт миокарда возникает не более чем в 1% случаев [31,44], а необратимая остановка сердца - только в 0,6% при последующем наблюдении до 10 лет. В противоположность, среди пациентов с ишемической болезнью сердца смертность достигает 15% в течение 48 месяцев и 35% в течение 11 лет [10]. Экономическое бремя очень велико. В одном исследовании, проведенном в Америке, затраты на здравоохранение были оценены в более чем 315

млн. долларов ежегодно вследствие многократных посещений поликлиник и отделений оказания первой помощи, госпитализаций и лекарственных назначений [36]. В Австралии на ЭКБГ ежегодно отчисляется по крайней мере 30 миллионов долларов из бюджета на здравоохранение [14].

Клиническая характеристика кардиальных и эзофагеальных причин боли в грудной клетке.

При обследовании пациентов с ЭКБГ необходимо учитывать болезни желудочно-кишечного тракта, болезни легких, костно-мышечную патологию, инфекции, симптомы, связанные с приемом лекарственных средств, а также психологические расстройства. Считается, что эзофагеальные симптомы являются наиболее частым фактором, способствующим возникновению более некардиогенного происхождения в грудной клетке, подобных стенокардитическим [16]. Примечательно, что история болезни часто не устанавливает различия между кардиальными и эзофагеальными причинами, приводящими к возникновению боли в грудной клетке, потому что боль эзофагеального происхождения также может локализоваться за грудиной с иррадиацией в руки, шею, челюсти или спину. Боль часто описывается как сжимающая или жгучая и может возникать при прохождении пищи через пищевод, а также при физической нагрузке. У пациентов со стенокардией наличие изжоги или дисфагии может повысить вероятность наличия первичной эзофагеальной патологии [2]; однако, примерно 50% пациентов с кардиогенной болью в грудной клетке может также иметь изжогу, регургитацию или дисфагию [7]. Более того, заболевание сердца и пищевода могут иметь перекрещивающиеся симптомы, например, у пациентов с ишемической болезнью сердца гастроэзофагеальный рефлюкс может инициировать изменения сегмента ST на ЭКГ и боль в грудной клетке [29]. Следовательно, наличие заболевания сердца или пищевода не может быть установлено на основании только клинических проявлений.

Несмотря на эти мешающие факторы, пациенты с ЭКБГ обычно моложе и, вероятнее всего, имеют нормальные результаты при снятии ЭКГ в состоянии покоя по сравнению с пациентами со стенокардией [11].

Патофизиология ЭКБГ

Общие причины эзофагеального происхождения, вызывающие боль в грудной клетке, - это ГЭРБ, висцеральная гиперчувствительность, а

также нарушение моторики пищевода. Из них ГЭРБ является наиболее частой причиной ЭКБГ эзофагеального происхождения. РН-метрия пищевода показала, что около половины пациентов с ЭКБГ подвергаются патологическому воздействию кислоты на стенки пищевода [9,41]. Не ясно, почему воздействие кислоты на стенки пищевода вызывает изжогу у одних пациентов и боли в грудной клетке у других. Висцеральная гиперчувствительность - это явление, при котором осознанное восприятие висцеральных стимулов усиливается. У пациентов с ЭКБГ, по сравнению со здоровыми субъектами контрольной группы, выявляется повышенный уровень болевой чувствительности на воздействие к ряду эзофагеальных стимулов, включая баллонную дилатацию, инфузию кислоты, а также электрическую и тепловую стимуляцию [28,35].

Предполагают, что механизмы, ответственные за гиперчувствительность пищевода у пациентов с ЭКБГ, включают сенситизацию периферических афферентных нервов (периферическая сенситизация) и сенситизацию нейронов дорсальных рогов спинного мозга (центральная сенситизация [25]). Пациенты с нарушением моторики, таким как симптоматический диффузный спазм пищевода и ахалазия, могут имитировать за грудиной боль, подобную стенокардитической и у 30% пациентов с ЭКБГ обнаруживаются манометрические признаки патологии пищевода [8,24]. Однако, взаимоотношения между манометрическими признаками и болью в грудной клетке не всегда просты. Пациенты в основной своей массе не обнаруживают симптомов в то время, когда выявляется нарушение моторики. Фармакотерапия препаратами, регулирующими моторику, не коррелирует с облегчением симптомов [37]. По данным некоторых исследований, наблюдается высокий уровень заболеваемости психиатрической патологией, такой как панические расстройства, генерализованное тревожное расстройство, депрессия и соматизированное расстройство у пациентов с ЭКБГ [6,23].

Диагностическая оценка

Обследование желудочно-кишечного тракта направлено на выявление патологического гастроэзофагеального рефлюкса, гиперчувствительности пищевода или нарушения моторики пищевода.

Исследования, направленные на выявление гастроэзофагеального рефлюкса: (1) Ингибиторы протонной помпы (ИПП). Эмпирическая ИПП терапия («ИПП тест») рекомендуется до проведения любого инвазивного обследования для диагностики ГЭРБ-ассоциированной ЭКБГ. Дозировка омепразола, используемая при проведении ИПП

теста, варьирует от 40 мг до 80 мг ежедневно в течение 7-28 дней [17,21]. Если оценка по шкале симптомов улучшается более, чем на 50-75% по отношению к исходному уровню, тест считается положительным. В различных исследованиях чувствительность ИПП теста в отношении ГЭРБ-ассоциированной ЭКБГ варьирует от 69% до 95%, а специфичность теста варьирует от 67% до 86% [18]. ИПП тест является экономически-выгодным методом, который значительно снижает число инвазивных диагностических тестов (2). Рефлюкс-мониторинг. РН-мониторинг пищевода выявляет патологическую ГЭРБ практически у 62% пациентов с ЭКБГ [9, 32]. Группа пациентов может иметь нормальную экспозицию кислоты, но у них все еще может наблюдаться выраженная временная связь между эпизодами возникновения рефлюкса и появлением болевых симптомов в грудной клетке. Считается, что такие пациенты имеют гиперчувствительный к кислоте пищевод. [39]. (3) Эндоскопия. Гастроинтестинальная эндоскопия выявляет рефлюкс-эзофит практически у 31% пациентов с болью в грудной клетке некардиогенного происхождения [43]. Проведение эндоскопии следует отложить у пациентов с ЭКБГ и наличием тревожных симптомов, включающих дисфагию, одиофагию, потерю веса или анемию.

Тесты на выявление гиперчувствительности пищевода. (1) Тест с перфузией кислоты. Соляная кислота, введенная в среднюю треть пищевода, способна индуцировать возникновение боли в грудной клетке. Данный тест положителен у 10-38% пациентов с ЭКБГ [3, 32]. Чувствительность и специфичность теста с перфузией кислоты составляют 57% и 62% соответственно [20]. (2) Баллонная дилатация. Небольшой баллонный дилатор вводят в нижний отдел пищевода и нагнетают воздух до тех пор, пока пациент не почувствует боль [35]. Ritcher et al. и другие исследователи наблюдали, что баллонная дилатация воспроизводит боль в грудной клетке при меньших объемах у пациентов с ЭКБГ, по сравнению с группой контроля. [28, 34]. Чувствительность теста, по имеющимся сведениям, варьирует от 5% до 50% [34].

Исследование моторики пищевода: (1) Манометрия высокого разрешения (МВР) является золотым стандартом для распознавания и классификации нарушений моторики пищевода. Значительная доля (48-64%) пациентов с ахалазией ощущает боль в грудной клетке. Недавнее исследование с использованием МВР показало, что пациенты с ЭКБГ, обладающие повышенной чувствительностью к воздействию кислоты, имеют явный оттенок усиления моторики на участке гладкой мускулатуры пищевода [26]. (2) Фармакологические провокационные



тесты: провокационные тесты с эдрофониумом, эргоновином, бетанехолом и пентагастрином были разработаны для выявления пациентов с ЭКБГ эзофагеального происхождения [38]. В целом, фармакологические провокационные тесты являются инвазивными, ассоциированы с возникновением нежелательных явлений, не стандартизованы, имеют низкую диагностическую чувствительность в отношении ЭКБГ и не способны предопределить результаты лечения.

Лечение ЭКБГ

Лечение некардиогенной боли в грудной клетке является сложной задачей ввиду гетерогенной природы данного расстройства. (1) Подавление выработки кислоты. Несколько открытых исследований продемонстрировали эффективность подавления выработки соляной кислоты как с помощью ИПП, так и с помощью антагонистов H₂ – гистаминовых рецепторов вслед за первым описанием Demeester et al. в 1982 г. [9]. Со времени проведения первого двойного слепого плацебо-контролируемого исследования подавления выработки соляной кислоты у пациентов с ЭКБГ Achem et al. [1,5] подобные контролируемые исследования раз за разом показывали эффективность лечения ИПП у пациентов в ЭКБГ. (2) Релаксанты гладкой мускулатуры. Нитраты, ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа, антихолинэргические препараты, а также блокаторы кальциевых каналов были использованы для лечения ЭКБГ с нарушением моторики. Большинство исследований отличалось малым количеством наблюдений, и лишь некоторые исследования были плацебо-контролируемыми, что не позволяет нам делать какие-либо определенные выводы в отношении

эффективности данных препаратов. (3) Трициклические антидепрессанты (ТЦА). Несколько клинических испытаний были направлены на оценку эффективности ТЦА при ЭКБГ. В двойном слепом плацебо контролируемом испытании [4] у 60 пациентов имипрамин (50 мг) значительно снизил частоту возникновения болей в грудной клетке у 52% пациентов. Prakash и Clouse [33] показали, что 75% пациентов с ЭКБГ ощущали облегчение симптомов в течение длительного применения ТЦА продолжительностью до 3 лет. (4) Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. В двойном слепом плацебо контролируемом исследовании действия сертралина выявлено значительное уменьшение баллов при оценке по шкале боли по сравнению с плацебо [42]. Однако, другое исследование [40] не выявило различий между пароксетином и плацебо. (5) Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗС). Недавно Lee et al. провели оценку эффективности венлафаксина по отношению к плацебо при ЭКБГ в двойном слепом контролируемом исследовании, выявив, что 52% пациентов ощущали облегчение симптомов по сравнению с 4% пациентов, принимавших плацебо. [27]. (6) Другие методы лечения. Облегчение симптомов наблюдалось у пациентов с ЭКБГ, принимающих аденозин как при внутривенном, так и при пероральном введении. Мелкомасштабные исследования выявили улучшение при применении эндоскопической инъекции ботулинического токсина, когнитивно-бихевиоральной терапии и гипнотерапии [22].

Литература

Список литературы доступен на сайте www.pain.in.ua/GlobalYear/VisceralPain