

В помощь практическому врачу

© В. Б. СИМОНЕНКО, А. Н. ТЕСЛЯ, 2012
УДК 616.12-009.72-053.9-036.1

ОСОБЕННОСТИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В. Б. Симоненко, А. Н. Тесля

ФГУ 2-й Центральный военный клинический госпиталь им. П. В. Мандрыка МО РФ, Москва

Цель исследования — выявить особенности течения стабильной стенокардии напряжения у лиц пожилого и старческого возраста и обосновать подходы к диагностике.

Обследован 4141 больной с жалобами на боль в грудной клетке, находившийся на стационарном лечении; больные были разделены на 7 групп. Для анализа клинических вариантов стабильной стенокардии напряжения проведено исследование болевого синдрома в области сердца, нарушений сердечного ритма и течения хронической сердечной недостаточности у больных. Описаны особенности течения стабильной стенокардии напряжения у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: стабильная стенокардия напряжения, вертеброгенные кардиалгии, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, климактерическая кардиопатия, сочетанное течение

PECULIARITIES OF STABLE ANGINA OF EFFORT IN AGED AND ELDERLY PATIENTS

V.B. Simonenko, A.N. Teslya

P.V.Mandryko 2nd Central Military Hospital, Ministry of Defense

A total of 4141 patients complaining of chest pain were divided into 7 groups. They were examined for the analysis of heart pain, cardiac rhythm disturbances, and chronic heart failure. Peculiarities of stable angina of effort in aged and elderly patients are described.

Key words: stable angina of effort, vertebrogenic cardialgia, gastroesophageal reflux disease, climacteric cardiopathy, combined morbidity

Вопросам дифференциальной диагностики болевого синдрома в грудной клетке в литературе уделено значительное место; в основном исследователи исключали или подтверждали наличие ишемической болезни сердца (ИБС) как наиболее частой и опасной патологии [1, 2]. При проведении дифференциальной диагностики стабильной стенокардии напряжения (СН) болевые ощущения в груди в зависимости от локализации, провоцирующих и купирующих факторов классифицируют следующим образом: типичная стенокардия, вероятная (атипичная) стенокардия, кардиалгия (некоронарогенная боль в груди).

Клиническая классификация болей в грудной клетке (Рекомендации АСС/АНА, 2003 г.)

Типичная стенокардия (определенная)

- Загрудинная боль или дискомфорт характерного качества и продолжительности
- Возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе
- Проходит в покое и (или) после приема нитроглицерина

Атипичная стенокардия (вероятная)

- Два из перечисленных выше признаков

Несердечная боль (не связанная с ишемией миокарда)

- Один или ни одного из вышеперечисленных признаков

При атипичной стенокардии присутствуют два из трех основных признаков (всех показателей боли, связи с физической нагрузкой, облегчающих боль факто-

ров). При некоронарогенной боли в груди имеет место только один из трех признаков или они вообще отсутствуют [3].

Практическим врачам, однако, каждый раз приходится сталкиваться с необходимостью выявления степени «заинтересованности» коронарогенной или другой патологии, вызывающей кардиалгии. Особенно это сложно при сочетанном течении ИБС и заболеваний, вызывающих кардиалгии; часто больной вынужден длительно посещать кардиолога и других специалистов, чтобы получить реальную помощь. Коронарография, проводимая у больных с клинической картиной типичной стенокардии, выявляет нормальные коронарные артерии у 3—10% больных [4, 5]. У пациентов с атипичной картиной стенокардии неизменные коронарные артерии обнаруживают в 70% случаев [4]. Кроме того, лечение больных этой группы тоже имеет свои особенности и эффективность терапии существенно снижается при использовании только современных стандартов лечения ИБС и игнорировании сопутствующей патологии. Это увеличивает продолжительность лечения, восстановления и ухудшает качество жизни больных.

Различные варианты болевого синдрома у больных с доказанными формами ИБС пытались объяснить локализацией стеноза коронарной артерии, индивидуальными особенностями каждого организма или другими причинами [1, 5—7]. В литературе вопросам изучения причин многообразия вариантов болевого синдрома при СН не уделено достаточно внимания. Это определяет актуальность изучения причин формирования различных клинических вариантов СН.

Материал и методы

Изучены случаи обращения за медицинской помощью (12 659 больных) в период с 2000 по 2009 г. по поводу боли в левой половине грудной клетки и за грудиной, которые распределены по причинам возникновения.

Основными причинами появления боли в левой половине грудной клетки и за грудиной в 43,3% случаев были ИБС (коронарогенные причины), в 22,7% — заболевания костно-мышечной системы (вертеброгенные кардиалгии — ВК), в 15,4% — заболевания желудочно-кишечного тракта, в том числе в 12,1% гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), в 10,5% дисгормональная (климактерическая) кардиалгия.

Для определения диагностической ценности методов клинического, лабораторно-инструментального обследования в дифференциальной диагностике ИБС, ГЭРБ, коронарные кардиалгии — КК, ВК и их сочетаний проведен анализ результатов клинического и лабораторно-инструментального обследования 4141 больного с жалобами на боль в грудной клетке, находящегося на стационарном лечении; обследованные были разделены на 7 групп: 1-я группа — 1418 больных ИБС в форме ССН I—IV функционального класса (ФК); 2-я группа — 27 больных с ГЭРБ; 3-я группа — 134 больных с КК; 4-я группа — 716 больных с ВК; 5-я группа — 51 больной с сочетанием ИБС в форме ССН I—IV ФК с ГЭРБ; 6-я группа — 112 больных с сочетанием ИБС в форме ССН I—IV ФК с КК; 7-я группа — 1683 больных с сочетанием ИБС в форме ССН I—IV ФК с ВК.

В исследуемых группах мужчины составили 43%, женщины — 57%; средний возраст больных $68,2 \pm 8,7$ года.

Результаты и обсуждение

В связи с тем что из исследуемых заболеваний наиболее влияющими на прогноз жизни являются ИБС и ИБС в сочетании с некоронарогенной патологией, проявляющейся кардиалгиями, нами проведен анализ этих групп. С целью выделения этих прогностически неблагоприятных заболеваний они объединены термином «клинические варианты ССН» (КВССН).

За исследуемый период чаще всего выявляли следующие КВССН:

- изолированную ИБС;
- сочетание ИБС с ГЭРБ (ИБС и ГЭРБ);
- сочетание ИБС с КК (ИБС и КК);
- сочетание ИБС с ВК (ИБС и ВК).

Для анализа КВССН проведено исследование боли в области сердца, аритмии и хронической сердечной недостаточности (ХСН).

По характеру боли исследуемые КВССН отличались друг от друга. У больных с изолированной ИБС чаще всего боль имела давящий (у 68,3%) и сжимающий (у 73,7%) характер. При этом у части больных приступы боли были и давящего, и сжимающего характера. Среди больных с ИБС и ГЭРБ, ИБС и КК, ИБС и ВК также боль чаще имела давящий (у 56,9, 58,9 и 64,4% соответственно) и сжимающий (у 46,4, 54,5, 67,9% соответственно) характер. Но в сравнении с изолированной ИБС число их было несколько меньше, и при ИБС и КК, ИБС и ВК в 2—3 раза чаще встречались больные с болью колющего (29,5 и 16,1% соответственно) и жгучего (37,5 и 19,3% соответственно) характера.

По локализации боли имелись также свои особенности. У некоторых больных, особенно при ИБС и ГЭРБ, ИБС и КК, ИБС и ВК, боль имела 2—3 локализации. При изолированной ИБС и ИБС и ГЭРБ боль локализовалась чаще всего за грудиной (у 87,8 и 58,8% соответственно) и значительно реже при изолированной ИБС возникала в левой половине грудной клетки (у 4,5%), ле-

вой руке (у 2,1%), шее (у 1,3%) и левой лопатке (у 3,9%). При ИБС и ВК боль не имела строгой локализации и у 49,7% больных возникала за грудиной, у 32,8% — в левой половине грудной клетки, у 9,9% — в левой руке, у 3,2% — в шее и у 7,1% — в левой лопатке.

При сравнении больных по связи болевых приступов с нагрузками обращено внимание, что при изолированной ИБС физическая нагрузка вызывала приступ боли у 87,8%, при ИБС и ГЭРБ, ИБС и КК, ИБС и ВК — у 29,4, 54,5 и 64,3% больных соответственно. Кроме того, при изолированной ИБС чаще всего (у 79,7% больных) боль возникала именно во время нагрузки и требовала прекращения нагрузки (у 91,6%). У больных с ИБС и ГЭРБ, ИБС и КК и ИБС и ВК в сравнении с изолированной ИБС наблюдалась несколько меньшая зависимость от физических нагрузок и болевой синдром возникал во время нагрузки у 29,4, 54,5 и 64,3% больных соответственно. Несколько чаще (у 51,5%) у больных с ИБС и ВК боль провоцировалась психоэмоциональными нагрузками.

Иррадиация боли в другие зоны чаще встречалась у больных с ИБС и ГЭРБ, ИБС и КК и ИБС и ВК (у 58,8, 59,8 и 61,1% соответственно) и в более редких случаях — у больных с изолированной ИБС (у 29,6%). Основные места иррадиации боли — левая рука и левая лопатка. Эта особенность, вероятнее всего, обусловлена вертеброгенным участием, и чем больше его компонент в формировании болевого синдрома, тем чаще боль распространяется по корешковым зонам. В то же время при изолированной ИБС и истинной стенокардии иррадиация боли встречается существенно реже (у 29,6% больных), чем при сочетанных формах ($p < 0,05$).

При изолированной ИБС большинство (93,2%) больных отмечали положительную роль приема нитроглицерина для купирования болевого приступа, причем боль купировалась быстро и полностью. Менее выраженное действие нитроглицерина отмечено у больных с сочетанной патологией (ИБС и ГЭРБ — у 60,8%, ИБС и КК — у 56,3% и ИБС и ВК — у 74,9%), однако эффект нитроглицерина был более замедленным и часто неполным.

Типичный приступ боли за грудиной при изолированной ИБС длился чаще (у 68,2% больных) не более 5 мин и быстро прекращался в покое. У больных с сочетанной патологией (ИБС и ГЭРБ, ИБС и КК, ИБС и ВК) регистрировалась и кратковременная боль, но чаще (43,1, 56,2 и 30,1%) встречались приступы боли длительностью более 40 мин.

Самые интенсивные приступы боли наблюдались у 91,8% больных с изолированной ИБС ($p < 0,05$). У больных с сочетанной патологией (ИБС и ГЭРБ, ИБС и КК и ИБС и ВК) боль высокой интенсивности встречалась у 52,9, 41,1 и 61,7% больных соответственно. В этих группах больные часто отмечали боль разной интенсивности во время болевого приступа. Могла возникать интенсивная боль с быстрым переходом в длительную умеренную, и, наоборот, вначале появлялась умеренная боль, которая периодически усиливалась до кратковременных интенсивных приступов.

При анализе болевого синдрома в исследуемых группах установлены следующие закономерности:

- типичная стенокардия (определенная) чаще всего встречается только при изолированной ИБС (у 87,8% больных);
- типичная стенокардия (определенная) не встречается или крайне редко встречается при изолированных заболеваниях, вызывающих кардиалгии;
- атипичная стенокардия (вероятная) чаще всего регистрировалась у больных ИБС в сочетаниях с некоронарогенной патологией, вызывающей кардиал-

Таблица 1. Данные ЭКГ в покое у исследуемых больных

Результаты исследования	1-я группа (n = 1418)	2-я группа (n = 27)	3-я группа (n = 134)	4-я группа (n = 716)	5-я группа (n = 51)	6-я группа (n = 112)	7-я группа (n = 1683)
ЭКГ без патологии	177 (12,5)	23 (85,2)	26 (19,4)	316 (44,1)	14 (27,5)	8 (7,1)	172 (10,2)
Синусовая тахикардия	370 (26,1)	4 (14,8)	49 (36,6)	122 (17,1)	12 (23,5)	51 (45,5)	500 (29,7)
Суправентрикулярная экстрасистолия	237 (16,7)	1 (3,7)	14 (10,4)	99 (13,8)	10 (19,6)	21 (18,6)	385 (22,9)
Желудочковая экстрасистолия	106 (7,5)	—	5 (3,7)	29 (4,1)	6 (11,8)	11 (9,8)	204 (12,1)
Нарушение внутрижелудочковой проводимости	771 (54,4)	2 (7,4)	11 (8,2)	36 (5)	29 (56,9)	61 (54,5)	964 (57,3)
Диффузные изменения миокарда	1062 (74,9)	1 (3,7)	83 (61,9)	114 (15,9)	38 (74,5)	94 (83,9)	1309 (77,8)

Примечание. Здесь и в табл. 2, 3 в скобках указан процент. ЭКГ — электрокардиограмма.

Таблица 2. Данные холтеровского мониторинга ЭКГ

Результаты исследования	1-я группа (n = 1418)	2-я группа (n = 27)	3-я группа (n = 134)	4-я группа (n = 716)	5-я группа (n = 51)	6-я группа (n = 112)	7-я группа (n = 1683)
ЭКГ без патологии	30 (2,1)	11 (40,7)	21 (15,7)	251 (35,1)	13 (25,5)	5 (4,5)	25 (1,5)
Синусовая тахикардия	420 (29,6)	6 (22,2)	53 (39,6)	186 (26)	18 (35,3)	59 (52,7)	557 (33,1)
Суправентрикулярная экстрасистолия	484 (34,1)	7 (25,9)	19 (14,2)	187 (26,1)	30 (58,8)	35 (31,3)	599 (35,6)
Желудочковая экстрасистолия	225 (15,9)	3 (11,1)	9 (6,7)	74 (10,3)	35 (68,6)	15 (13,4)	281 (16,7)
Суправентрикулярная тахикардия (пароксизмальная)	162 (11,4)	1 (3,7)	9 (6,7)	50 (7)	6 (11,8)	14 (12,5)	220 (13,1)
Мерцательная аритмия (пароксизмальная)	132 (9,3)	1 (3,7)	4 (2,98)	29 (4,1)	2 (3,9)	7 (6,3)	188 (11,2)
Депрессия или элевация сегмента ST более 1 мм	750 (52,9)	2 (7,4)	16 (11,9)	72 (10,2)	28 (54,9)	62 (55,4)	961 (57,1)

гии, — в 5, 6 и 7-й группах (у 68,6, 61,6 и 63,1% соответственно);

- атипичная стенокардия (вероятная) редко встречается у больных с изолированной ИБС (у 12,2%) и больных с изолированной некоронарогенной патологией, вызывающей кардиалгии, — в 2, 3 и 4-й группах (у 25,9, 11,2 и 14,1% соответственно);

- несердечная боль (не связанная с ишемией миокарда) наиболее часто встречалась у больных с изолированной некоронарогенной патологией, вызывающей кардиалгии, — во 2, 3 и 4-й группах (у 74,1, 88,8 и 81,8% соответственно), крайне редко — у больных с сочетанной патологией — в 5, 6 и 7-й группах (у 3,9, 3,6 и 7,7% соответственно) и не встречалась у больных 1-й группы с изолированной ИБС.

У больных 1-й группы на ЭКГ в покое (табл. 1) нарушения сердечного ритма в виде синусовой тахикардии (26,1%), суправентрикулярной (16,7%) и желудочковой (7,5%) экстрасистолии наблюдались чаще, чем во 2, 3 и 4-й группах. В то же время в группах больных с сочетанной патологией нарушения ритма регистрировались чаще, чем в 1-й группе больных с изолированной ИБС. Синусовая тахикардия чаще регистрировалась у больных 6-й группы (у 45,5%), суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия — у больных 7-й группы (у 22,9 и 12,1% соответственно). Нарушение внутрижелудочковой проводимости примерно с одинаковой частотой встречалось у больных с изолированной ИБС и у больных с сочетанными формами (от 54,4 до 57,3%). Вероятные диффузные изменения миокарда, о чем сви-

детельствовали уплощение или инверсия зубца T, у больных в группах с изолированными заболеваниями часто наблюдались в 1-й и 3-й группах (у 74,9 и 61,9% соответственно; $p < 0,05$). Если диффузные изменения миокарда при ИБС закономерны, то при КК, они, вероятно, обусловлены дисгормональными и метаболическими нарушениями. У 15,9% больных 4-й группы наблюдали признаки нарушения метаболизма миокар-

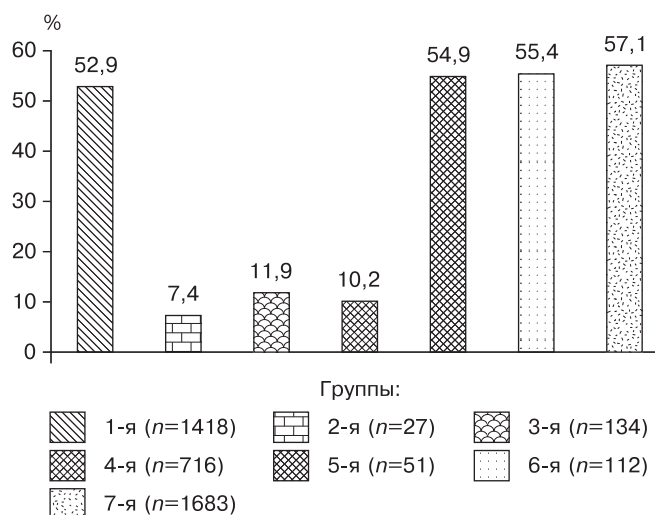


Рис. 1. Ишемические изменения при суточном мониторинге ЭКГ.

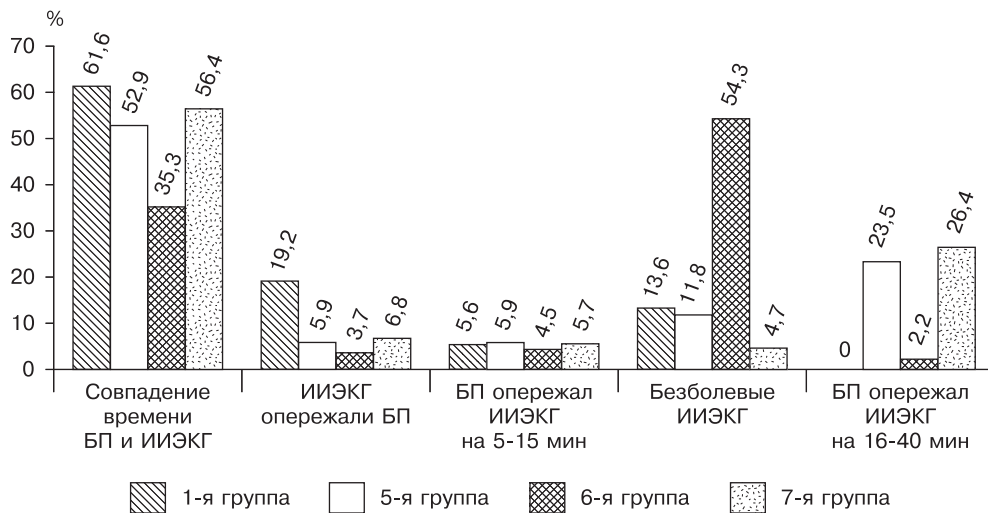


Рис. 2. Время возникновения болевого приступа (БП) и начала регистрации ИИЭКГ в 1, 5, 6 и 7-й группах.

Таблица 3. Структура ХСН у исследуемых больных

Группа	Отсутствие ХСН	ХСН I ФК	ХСН II ФК	ХСН III ФК	ХСН IV ФК
1-я (n = 1418)	44 (3,1)	742 (52,3)	560 (39,5)	72 (5,1)	0
2-я (n = 27)	24 (88,9)	2 (7,4)	1 (3,7)	0	0
3-я (n = 134)	96 (71,6)	27 (20,2)	11 (8,2)	0	0
4-я (n = 716)	574 (80,2)	111 (15,5)	31 (4,3)	0	0
5-я (n = 51)	10 (19,6)	23 (45,1)	18 (35,3)	0	0
6-я (n = 112)	8 (7,1)	55 (49,1)	48 (42,9)	1 (0,9)	0
7-я (n = 1683)	87 (5,2)	823 (48,9)	695 (41,3)	78 (4,6)	0

да, которые, возможно, объясняются вертеброгенным действием на вегетативные структуры. Отклонения ЭКГ от нормы нередко появлялись или усиливались при функциональных нагрузках на шейно-грудной отдел позвоночника.

При холтеровском мониторировании ЭКГ у больных с изолированной патологией (во 2-й группе у 40,7%, в 4-й группах у 35,1%) изменений не выявлено. Максимальное число патологических изменений при суточном мониторировании ЭКГ наблюдали у больных в 1-й (97,9%), 6-й (95,5%) и 7-й (98,5%) группах ($p < 0,05$). Синусовая тахикардия чаще всего регистрировалась у больных в 3-й (39,6%), 5-й (35,3%) и 6-й (52,7%) группах, суправентрикулярная экстрасистолия — во 2-й (37,04%), 5-й (58,8%) и 7-й (35,6%) группах, желудочковая экстрасистолия — в 5-й (68,6%) и 7-й (16,7%) группах, пароксизмальные нарушения ритма в 1-й (18,7%), 6-й (18,8%) и 7-й (29,8%) группах. Среди больных с изолированными некоронарогенными кардиалгиями наиболее часто нарушения сердечного ритма (49,2%) и ишемические изменения (10,2%) регистрировались в 4-й группе (вертеброгенные кардиалгии; табл. 2).

Ишемические изменения при мониторировании ЭКГ чаще всего отмечались в 1-й группе больных с изолированной ИБС (52,9%) и в группах больных с сочетанной патологией: в 5-й (54,9%), 6-й (49,1%) и 7-й (57,1%) в сравнении ($p < 0,05$) со 2, 3 и 4-й группами (рис. 1).

При сопоставлении времени возникновения болевого приступа и начала регистрации изменений сегмента ST во 2, 3 и 4-й группах признаки ухудшения питания миокарда (уплощение, инверсия зубца T в грудных отведениях, депрессия сегмента ST) не зависели от времени появления и длительности болевого приступа.

У больных с изолированной ИБС (1-я группа) и сочетанной патологией (5, 6 и 7-я группы) при сопоставлении времени возникновения болевого приступа и начала регистрации ишемических изменений (сегмента ST) ЭКГ (ИИЭКГ) были отмечены закономерности (рис. 2).

При сопоставлении времени возникновения болевого приступа и начала регистрации ИИЭКГ нами отмечено совпадение (в пределах ± 2 мин) у больных 1-й (61,6%), 5-й (52,9%) и 7-й (56,4%) групп. У больных 1-й группы (19,2%) значимо раньше регистрировались ИИЭКГ и только через 3—15 мин возникал болевой приступ. Примерно одинаковое число (от 4,5 до 5,9%) больных демонстрировали раннее (на 5—15-й минуте) возникновение болевого приступа, а затем — ИИЭКГ. Безболевые ИИЭКГ значимо чаще (54,3%)

регистрировались у больных 6-й группы.

Обращало на себя внимание то, что у больных 5-й (23,5%) и 7-й (26,4%) групп начало болевого приступа опережало изменения на ЭКГ на 16—40 мин ($p < 0,05$).

Оценка клинического состояния при наличии ХСН, как было указано выше, определялась по шкале оценки клинического состояния при ХСН (табл. 3).

В 2, 3 и 4-й группах признаки ХСН были отмечены у 11,1, 28,4 и 19,8% больных соответственно. Признаки ХСН у больных с сочетанной патологией (в 5, 6 и 7-й группах) встречались значительно чаще — у 80,4, 92,9 и 94,8% больных соответственно. В 1-й группе (с изолированной ИБС) признаки ХСН отмечали у 96,9% больных.

Таким образом, многообразие клинических вариантов ССН обусловлено влиянием функциональных и морфологических компонентов сопутствующей патологии.

ССН в изолированной форме у 87,8% больных протекает в виде типичной стенокардии (определенной), у 96,9% сопровождается ХСН и у 74,9% больных регистрируются диффузные изменения в миокарде (уплощение или инверсия зубца T) на ЭКГ в покое и в большинстве (61,6%) случаев совпадает время возникновения болевого приступа и начала регистрации ИИЭКГ (сегмента ST) при суточном мониторировании ЭКГ.

При выявлении у больного атипичной стенокардии (вероятной), сопровождающейся ХСН и нарушениями сердечного ритма, следует думать о сочетании ИБС

с заболеваниями, вызывающими кардиалгию (ГЭРБ, ЖК, ВК и др.). При наличии нарушений сердечного ритма наиболее часто встречается боль, не связанная с ишемией миокарда у больных с изолированной некоронарогенной патологией. Нарушения сердечного ритма и проводимости не являются определяющим

диагностическим критерием, так как в исследуемых группах не отмечали их приблизительно в равном проценте случаев. Признаки ХСН у больных ИБС и с сочетанием ИБС и некоронарогенных кардиалгий были значительно выше, чем у больных с вертеброгенными кардиалгиями.

Сведения об авторах:

Симоненко Владимир Борисович — д-р мед. наук, проф., нач. госпиталя

Тесля Александр Николаевич — д-р мед. наук, зав. консультационно-диагностическим отделением

ЛИТЕРАТУРА

1. Поздняков Ю. М., Волков В. С. Боль в грудной клетке. Руководство для врачей. М.; 2006. 6—28.
2. Сыркин А. Л. Инфаркт миокарда. 3-е изд. М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2003.
3. Оганов Р. Г., Мамедов М. Н. Национальные клинические рекомендации. В кн.: Сборник Всероссийского науч. о-ва кардиологов. М.: Силиция-Полиграф, 2008. 89—107.
4. Вейн А. М., Данилова А. Б. Кардиалгии и абдоминалгии. Рус. мед. журн. 1999; 7 (9): 428—429.
5. Воробьев А. И., Шишкова Т. В., Коломойцева И. П., Воробьев П. А. Кардиалгии. М.; 2008. 13—38.
6. Беленков Ю. Н., Оганов Р. Г. Кардиология: Нац. руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. 236, 244, 636, 665.
7. Горохова С. Г. Кардиология. М.: ЭКСМО; 2009. 73—77.

Поступила 10.02.12