



УДК 616.12 - 009.72 - 073.75

КЛАССИЧЕСКИЕ ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА СТЕНОКАРДИИ

Б.Е. Шахов, И.В. Кринина, Е.И. Матусова, Л.В. Вострякова,Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава,
Специализированная клиническая кардиохирургическая больница, г. Н. Новгород

Лечение ишемической болезни сердца – одна из наиболее актуальных задач современной медицины, при этом тактика лечения пациентов с ИБС должна определяться на базе своевременной, правильной, полноценной и детальной диагностики и дифференциальной диагностики заболевания.

Современная диагностика ИБС должна включать в себя не только оценку состояния сердечно-сосудистой системы, но и комплексное исследование всех органов и систем, влияющих на качество жизни больного и участвующих в формировании клинической картины заболевания.

Достаточно давно в клинической практике сложилось отношение к стенокардии как к самостоятельному клиническому синдрому, что было обусловлено частым сочетанием болевого приступа (с локализацией боли за грудиной) с эмоциями страха, нарушением вегетативных функций (холодный пот, головокружение, изменение артериального давления), появлением тошноты и т. д.

Последние десятилетия отмечены активным внедрением современных технологий в обследование пациентов со стенокардией. Рамки стандартных диагностических алгоритмов значительно расширились за счет использования усовершенствованных методик эхокардиографии (Эхо-КГ), компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ), коронарной ангиографии.

Однако, наличие сопутствующих заболеваний у пациентов, вариабельность клинической картины стенокардии и относительная «недоступность» высокотехнологичных и информативных методов исследования сохраняют важность классических методов дифференциальной диагностики этого заболевания.

Цель исследования: провести дифференциальную диагностику заболеваний у пациентов с синдромом стенокардии, разработать оптимальные подходы к внутрисиндромной диагностике с учетом клинико-лучевой картины.

Материалы и методы: были проанализированы данные клинико-инструментального обследования 109 пациентов (мужчин – 103 человека, женщин – 6) с синдромом стабильной стенокардии, направленных в стационар для решения вопроса о хирургическом лечении. Все пациенты проходили обследование на базе Специализированной клинической кардиохирургической больницы с 1996 по 2006 год. Средний возраст пациентов составил $51 \pm 5,7$ лет.

Диагностический алгоритм включал полное клиническое и лабораторное обследование, ЭКГ, Эхо-КГ, доплер-КГ, стресс-

Эхо-КГ, рентгенографию органов грудной клетки (в одной или нескольких проекциях). Всем пациентам в анализируемой группе была выполнена селективная коронарография.

Двоим пациентам в исследуемой группе потребовалось проведение компьютерной томографии легких; 46 (42,2%) пациентам проведена рентгеноскопия пищевода, желудка и 12-перстной кишки – в 30 (65,2%) случаях результаты подтверждены эндоскопически (ФГДС). 41 (37,6%) пациенту выполнена спондилография шейного отдела (в т. ч. функциональная), у 12 (29,2%) из них – с последующим проведением МРТ шейного отдела позвоночника.

Результаты и обсуждение

По результатам рентгенохирургического исследования коронарных артерий 109 пациентов гемодинамически значимые изменения коронарного русла в исследуемой группе определялись у 81 (74,3%) человека, при этом в первой группе – у 67 (82,7%) больных клинические проявления соответствовали типичной картине стенокардии, во второй группе – у 14 (17,3%) пациентов определялась картина атипичного болевого синдрома.

Третью групп составили 28 (25,7%) пациентов – в этих случаях при выполнении СКГ гемодинамически значимых нарушений коронарного кровотока не выявлено. Клинические проявления соответствовали как типичному, так и нетипичному болевому синдрому.

Данные СКГ потребовали во второй и третьей группе пациентов проведения дополнительного инструментального обследования и повторной оценки уже выполненных диагностических мероприятий.

Традиционная обзорная рентгенография грудной клетки используется повсеместно в качестве базового исследования. Поэтому мы проводили анализ рентгенограмм грудной клетки обследуемых пациентов, у 26 пациентов из третьей группы он был ретроспективным (по снимкам, представленным из других лечебных учреждений, уже после проведения коронарографии), что значительно снизило качество лучевой диагностики до применения инвазивной методики.

Оценка результатов рентгенографии проводилась в соответствии со стандартным протоколом исследования, его основные пункты включают характеристику легочного кровотока, паренхимы, оценку размеров сердца и состояния сосудистого пучка.

Дополнительного рентгенологического исследования не требовалось у 94 (86,2%) пациентов. Выявленные нами возрастная эмфизема (21 пациент), диффузный пневмосклероз

(27 человек), атеросклероз дуги аорты (12 человек), изменения легочного рисунка по перибронхиальному и интерстициальному типу были расценены как возрастные изменения.

По результатам рентгенографии: в дополнительном рентгенологическом обследовании в связи с выявленными изменениями нуждались 15 (13,8%) человек. При этом, боковая рентгенография грудной клетки для оценки поражения легких, плевры и диафрагмы была выполнена в 13 (11,9%) случаях, у 4 (3,7%) из этой группы потребовалось проведение линейной томографии легких, а у 2 (1,8%) – компьютерной томографии легких.

Рентгенологически нами были выявлены следующие изменения:

1) ограниченное снижение прозрачности легочной ткани, соответствующее анатомической единице легкого, по типу постпневмонического пневмосклероза или фиброза легкого – 4 (3,7%) человека. В этой подгруппе потребовалось проведение томографического исследования у одного больного с целью дифференциальной диагностики гиповентиляции нижней доли левого легкого для исключения центрального рака легкого;

2) ограниченное затенение легочной ткани, не соответствующее анатомической единице легкого – 9 (8,2%) человек. В этой подгруппе у 3 пациентов проведена линейная рентгеновская томография с целью решения вопроса о локализации и характере снижения прозрачности легочной ткани. При этом, в 2 случаях выявленное снижение прозрачности было обусловлено фиброзом листов междолевой и паракостальной плевры, в третьем случае у пациентки выявлен центральный рак заднего сегментарного бронха верхней доли левого легкого, осложненный арелектазом сегмента и метастазированием в регионарные лимфатические узлы (рис.1).

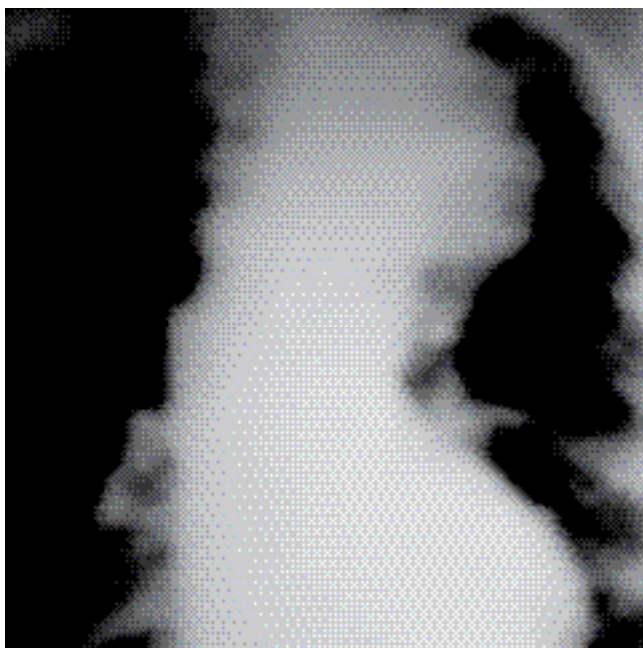


Рис. 1. Центральный рак заднего сегментарного бронха верхней доли левого легкого, осложненный арелектазом сегмента и метастазированием в регионарные лимфатические узлы.

Несомненно, что в последнем случае проведение коронарографии такой пациентке было не целесообразно, достоверная оценка рентгенограммы рентгенологом по месту жительства позволила бы избежать госпитализации больной в СККБ и проведения инвазивного исследования, связанного с высокой лучевой нагрузкой.

В шести (5,5%) случаях рентгенологический синдром ограниченного затенения потребовал не только боковой рентгенографии легких, но и проведения контрастного рентгено-скопического исследования желудочно-кишечного тракта. У всех 6 пациентов выявлены грыжи пищеводного отверстия диафрагмы фиксированного типа, со смещением органов брюшной полости (желудка в 5 случаях, петли толстой кишки – в 1) в наддиафрагмальный отдел. Считаем очень важным отметить, что во всех 6 случаях у пациентов определялся синдром стенокардии с атипичным болевым синдромом, диспепсические симптомы. Характерным было возникновение болей, появление отрыжки, изжоги сразу после еды, особенно в положении лежа;

3) локальное резкое усиление и деформация легочного рисунка за счет перибронхиального и сосудистого компонентов слева, расширение левого корня – в двух (1,8%) случаях. Возраст обоих больных превышал 60 лет. Оба пациента были направлены на КТ легких для исключения гиповентиляции легочной ткани специфического характера. В одном случае изменение легочного рисунка было обусловлено наличием цилиндрических бронхоэктазов в нижней доле слева, у второго пациента на КТ изменений легочной ткани не выявлено.

При проведении традиционной рентгенографической диагностики в двух случаях в этой группе больных по снимкам грудной клетки (прямому и боковому) было сделано заключение о патологии грудного отдела позвоночника – у обоих (1,8%) пациентов определялись рентгенологические признаки анкилозирующего спондилоартроза (болезни Бехтерева).

В 46 (42,2%) случаях нами выполнена рентгеноскопия пищевода, желудка, 12-перстной кишки с целью выявления патологии желудочно-кишечного тракта, как одной из основных причин возникновения синдрома стенокардии с атипичным болевым синдромом и увеличения степени тяжести стенокардии. Нужно отметить, что в эту группу вошли пациенты как с типичным, так и с атипичным болевым синдромом. При этом, рентгеноскопия ЖКТ была выполнена всем пациентам из третьей группы СКГ, т. е. не имеющим гемодинамически значимых изменений коронарного русла. У 6 уже описанных нами пациентов патология ЖКТ имела рентгенологические проявления на обзорной рентгенограмме грудной клетки. Однако, у всех пациентов рентгеноскопия ЖКТ выполнялась по полной программе с применением полипозиционного метода и обязательным исследованием пищевода в положении Тренделенбурга.

При опросе этой группы обращают на себя внимание указания на связь болей с едой, появление приступов в горизонтальном положении, особенно после еды. Кроме того, нужно отметить, что в этой группе больше пациентов с

резко выраженным болевым синдромом, с атипичной иррадиацией болей часто симметричного характера в спину, обе руки, под обе лопатки. У нескольких пациентов отмечалась дисфагия, однако она возникала непостоянно, при приеме как твердой, так и жидкой пищи. В 2 случаях больные отмечали периодическую рвоту.

У 37 (33,9%) пациентов в процессе исследования были выявлены признаки гастроэзофагеального рефлюкса, при этом в 22 (59,4%) случаях определялся эрозивный рефлюксэзофагит, а в 3 (8,1%) случаях нами были выявлены одиночные язвы наддиафрагмального сегмента пищевода диаметром до 0,7 см.

Не всем 46 пациентам удалось выполнить ФГДС для уточнения диагноза ГЭРБ, так как эндоскопическое исследование противопоказано значительной части больных стенокардией, сопряжено с субъективными неприятными для пациента ощущениями и является инвазивным методом диагностики.

Кроме ГЭР в ходе рентгеноскопии ЖКТ выявлен 1 (0,9%) случай инфильтративного рака кардии желудка у пациента 40 лет, с переходом опухоли на дистальные сегменты пищевода (рис. 2). Клинически отмечалась стенокардия напряжения, с типичными болями за грудиной и типичной иррадиацией болей под левую лопатку и в левую руку. Ретроспективно была выявлена жалоба на ощущение тяжести в эпигастральной области при приеме даже небольшого количества пищи. Пациент был переведен для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства в областной онкодиспансер.

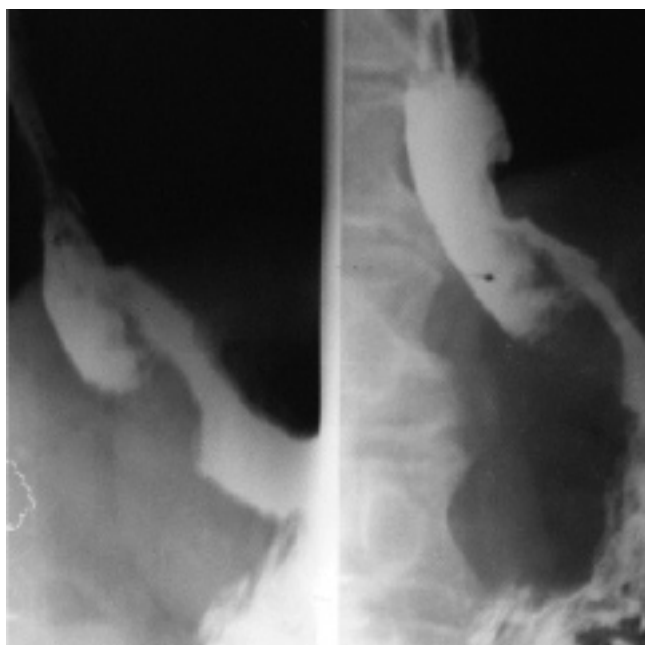


Рис. 2. Инфильтративный рак кардии желудка с переходом на дистальные сегменты пищевода.

В 3 (2,7%) случаях рентгенологически нами выявлены язвы задней стенки субкардиального отдела желудка, в одном случае диагноз эндоскопически не подтвержден. У всех трех больных определялся дуоденогастральный и гас-

троэзофагеальный рефлюкс, в одном случае мы отмечали достаточно стойкий спазм привратника, с которым, однако, удалось справиться медикаментозно.

Необходимо отметить, что в 7 (6,4%) случаях рентгенологического исследования ЖКТ определялась гипердиагностика воспалительных процессов в желудке – в двух случаях на ФГДС не подтвержден эрозивный гастрит, в остальных – хронический универсальный гастрит.

У девяти пациентов (8,2%) при рентгенологическом исследовании ЖКТ патологических изменений пищевода, желудка, 12-перстной кишки не выявлено.

По результатам проведенного рентгенологического и эндоскопического исследования необходимо отметить, что наличие патологии пищевода и желудка значительно ухудшало клиническое состояние пациентов, повышало КФК, у таких больных чаще наблюдались ангинозные боли. К тому же, наличие эрозивно-язвенного процесса в ЖКТ создает высокий риск для проведения хирургического и эндоваскулярного лечения ИБС. В связи с этим мы считаем необходимым выполнение рентгенологического исследования ЖКТ с контрастированием сульфатом бария, с выполнением функциональных проб в положении Тренделенбурга обязательным для всех пациентов с синдромом стенокардии при наличии в анамнезе и клинической картине диспепсических расстройств, атипичных ангинозных болей, дисфагии, указаний на воспалительные изменения ЖКТ.

В 41 (37,6%) случае пациентам с синдромом стабильной стенокардии была выполнена спондилография шейного отдела в прямой и боковой проекциях, у 51% (21 человек) из них выполнены также функциональные пробы. Рентгенологические признаки остеохондроза шейного отдела (склероз субхондральных пластин, деформация межпозвонковых дисков, нестабильность позвоночных сегментов, костные разрастания позвонков и т. д.) выявлены у 33 (30,2%) пациентов. Практически во всей этой группе определялась зависимость возникновения синдрома стенокардии от выраженности физической нагрузки пациента, как статической, так и динамической. Появление ангинозных болей сопровождалось головокружением, тошнотой у 17 пациентов. В 100% случаев диагностики спондилеза и спондилоартроза у пациентов определялся корешковый синдром, с иррадиацией болей в левую руку, онемением кончиков пальцев верхней конечности.

В 12 случаях выявленные рентгенологически изменения были верифицированы методом МР-томографии шейного отдела позвоночника (рис. 3а, б).

Известно, что степень тяжести стенокардии определяется частотой возникновения приступов, их тяжестью и длительностью, характером нагрузки, которая вызывает приступ (чем ниже нагрузка, тем тяжелее стенокардия), влиянием на исчезновение приступов приема нитроглицерина. Характеризуя клинические проявления стенокардии и выявленных нами рентгенологически сопутствующих заболеваний,

необходимо отметить, что частота клинических проявлений стенокардии и выраженность болевого синдрома, наличие дополнительной симптоматики в группе пациентов с поражением коронарного русла в сочетании с заболеванием ЖКТ, позвоночника, легких (1, 2) значительно выше, чем в 3-й группе, где клиника кардиалгии обусловлена только одним заболеванием и не связана с поражением коронарных артерий.

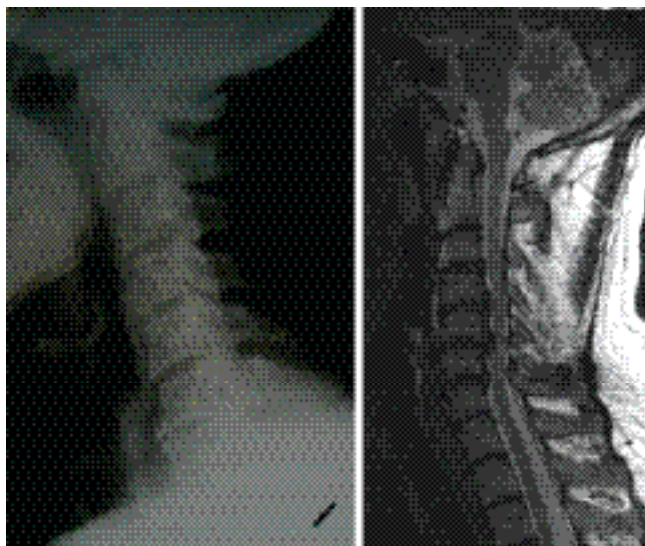


Рис. 3. Рентгенологическая спондилография и МР-томография шейного отдела позвоночника у пациентов с выраженными дегенеративно-дистрофическими изменениями.

Выводы

1. Наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с коронарной патологией связано с более тяжелым и осложненным течением синдрома стабильной стенокардии, а также сопровождается более выраженной клинической картиной сопутствующего заболевания.

2. При обследовании пациентов с синдромом стенокардии важнейшую роль играет тщательно собранный анамнез и детализация жалоб больного, позволяющие выбрать правильное направление дифференциальной диагностики заболеваний при этом синдроме и определить объем выполняемых исследований.

3. Использование классических рентгенологических методов в алгоритме лучевого исследования пациентов с синдромом стенокардии в некоторых случаях позволяет провести внутрисиндромную дифференциальную диагностику без использования инвазивной, дорогостоящей методики СКГ, связанной с высокой лучевой нагрузкой и риском для пациента.



ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные вопросы клинической медицины. / Материалы клинической конференции молодых ученых факультета ММА им.И.М.Сеченова. Факультет послевузовского профессионального образования. – Издательство: «Нью-Диамед», Москва, 1999.
2. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение. – Москва. – Изд.: «Трида-Х», 2000.
3. Власов П.В. Клинико. Рентгенологическая семиотика рака желудка. – М.: Медицина, 1974 г.
4. Васильев А.Ю., Витько Н.К. Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника (новые методы визуализации в медицине). – Москва. – Изд. дом «ВИДАР-М», 2000.
5. Ищенко В.И., Кривец Н.П. Дифференциальная рентгенодиагностика ограниченного пневмосклероза с центральным раком. Вопросы онкологии, 1992. – № 2. – С. 70-75.
6. Общее руководство по радиологии. Том 2./Под ред. Holger Pettersson M.D. – Германия, 1996 г.
7. Шахов Б.Е., Филиппов Ю.Н., Чеботарь Е.В., Блинов П.А., Тюрина Т.Ю., Шарабрин Е.Г., Медведев А.П., Гагаев А.П. Интервенционная радиология в сердечно-сосудистой клинике. / Вестник Евроазиатской Академии медицинских наук, 1994. – № 2. – С. 12.
8. Bernhard M., Ingrisch H., Hanasinger K. et al. Tumors of the bronchi: role of evaluation with CT // Radiologi& – 1989. Vol.170. – P. 288-292.