

БОЛЬ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА (КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА)

А. Ногаллер, доктор медицинских наук, профессор
Мюнхен, Германия
E-mail: a.nogaller@mail.ru

Рассматривается клиническая картина атеросклероза венечных сосудов сердца, проявляющаяся приступами стенокардии, и ее отличие от кардиалгии некоронарного генеза. Наряду с типичной клинической картиной возможны индивидуальные особенности проявлений указанных синдромов, что требует внимательного изучения анамнеза больных.

Ключевые слова: боль в сердце, стенокардия, кардиалгия, атеросклероз, остеохондроз.

Жалобы на боли в области сердца встречаются очень часто и требуют от врача серьезной клинической оценки. В одних случаях это может быть безобидным страданием преимущественно психоневротического характера, в других — проявлением ишемии мышцы сердца, вызывающим клинические симптомы стенокардии или даже инфаркта миокарда (ИМ).

Боли коронарного генеза обусловлены атеросклерозом или спазмом венечных артерий сердца. Они проявляются в виде приступов стенокардии напряжения или покоя, мелко- или крупноочагового ИМ, а также нарушением ритма сердечной деятельности, а в наиболее тяжелых случаях — мерцанием желудочков или параличом сердца с внезапным летальным исходом. Кардиалгия не связана с нарушением коронарного кровообращения и может быть вызвана самыми различными причинами: психоневротическим состоянием или эмоциональным возбуждением, вегетососудистой дистонией, миалгией, остеохондрозом грудинореберных сочленений или позвоночника.

Современные методы обследования больных (электрометрические, рентгенологические, ультразвуковые, радиологические, компьютерная томография, коронарография и др.) существенно улучшили диагностику болезни сердца. Однако далеко не всегда они могут помочь в дифференциальной диагностике коронарных болей и кардиалгии. Врачи нередко склонны переоценивать значение инструментальных методов исследования и пренебрегают клиническими, в частности расспросом больных. Клиническая оценка болей в области сердца служит не только своего рода скрининг-тестом для назначения тех или иных инструментальных методов обследования, но и облегчает выявление истинного характера заболевания и его лечение.

Врач должен внимательно расспросить больного об особенностях болевых ощущений, выяснить структуру боли — ее локализацию, характер, иррадиацию, постоянство или периодичность, частоту возникновения, длительность, сопутствующие болям симптомы, причины возникновения или усиления болей, факторы, облегчающие боли; влияние приема нитроглицерина или других сосудорасширяющих препаратов быстрого действия.

Наш более чем полувековой опыт работы в терапевтических клиниках Москвы, Астрахани, Рязани, на кафедре усо-

вершенствования врачей ЦИУ (которой в то время руководил известный кардиолог профессор В.Е. Незлин), позволяет выделить ряд дифференциально-диагностических признаков стенокардии и кардиалгии (болевого синдрома при ИМ мы здесь не касаемся).

Коронарные боли чаще возникают у мужчин в возрасте 45–65 лет. В старческом возрасте, несмотря на склероз венечных сосудов сердца, вследствие развития коллатерального кровообращения коронарные боли возникают относительно реже. Эти боли локализуются преимущественно в за грудиной области. Они носят тупой, давящий, сжимающий характер. Интенсивность болей может быть различной: от незначительного ощущения стеснения, тяжести за грудиной (на что больные часто не обращают внимания) до сильных, нестерпимых болей. Длительность болей обычно колеблется в пределах 2–5 мин: более длительные боли коронарного генеза, особенно <20–30 мин приводят к некрозу мышцы сердца и ИМ. Боли иррадируют в область шеи (отсюда прежнее название — грудная жаба), в нижнюю челюсть, подложечную область, в обе руки. При ишемической болезни сердца (ИБС) приступы болей обычно возникают более или менее регулярно — стабильная стенокардия. Иногда боли сопровождаются чувством страха смерти, холодным потом, бледностью лица, головной болью, онемением верхних конечностей, учащением пульса или аритмией, повышением АД. Скоропостижная смерть относительно редко возникает действительно внезапно. Чаще ей предшествует латентное течение ИБС, в частности стертые симптомы стенокардии, на которые ни больные, ни врачи не обращают внимания.

При стенокардии напряжения боли возникают в тесной связи с физическим усилием — быстрой ходьбой, ношением тяжестей, подъемом, а также при психоэмоциональном возбуждении.

При стенокардии покоя боли появляются при переходе из вертикального в горизонтальное положение, нередко во время сна. Эта форма свидетельствует о более выраженном атеросклерозе коронарных артерий и обычно сочетается со стенокардией напряжения.

Для облегчения болей, возникающих во время ходьбы, пациенты вынуждены часто останавливаться (раньше это называлось симптомом витрины). При прекращении ношения тяжестей или иной физической нагрузки коронарные боли обычно исчезают или значительно уменьшаются. Прием под язык таблеток или капель нитроглицерина приводит, как правило, к прекращению болей в течение нескольких минут. Если боли прекращаются лишь через 20–30 мин или позже, это говорит против коронарного генеза болевых ощущений, ибо сосудорасширяющий эффект препарата проявляется только в первые минуты после его употребления. АД во время приступа может не изменяться или даже повышаться, лишь при развитии ИМ оно снижается вплоть до развития коллапса.

Лабораторно-инструментальные методы исследования могут не выявлять какой-либо патологии или свидетельствовать об атеросклеротическом процессе, гипертонии (гиперхолестеринемия, гипертрофия левого желудочка, уплотнение и расширение аорты и др.). Иногда электрокардиограмма (ЭКГ), записанная во время приступов болей, может отражать ишемию того или иного отдела желудочков сердца. При гипертонической болезни и симптоматической гипертонии, холестерокардиальном синдроме, метеоризме, переполнении желудка или аэрофагии рефлекторно могут возникать как

Клинико-диагностические критерии болевых ощущений

Признак	Стенокардия	Кардиалгия
Пол	Чаще мужской	Чаще женский
Возраст	Чаще 45–65 лет	В любом возрасте, чаще при климаксе
Локализация болей	За грудиной	В области верхушки сердца
Характер болей	Давящие, сжимающие	Ноющие, колющие, режущие
Иррадиация	В шею, подложечную область, в обе руки	В левую половину грудной клетки, в левую руку
Продолжительность болей	Секунды, минуты	Различная
Сопутствующие болям симптомы	Чувство страха, холодный пот, затруднение дыхания	Нервно-психическое возбуждение, покраснение лица, мрачное настроение
Причины возникновения	Быстрая ходьба, ношение или поднятие тяжестей, холодный ветер	Нервно-психическое, эмоциональное возбуждение
Факторы, уменьшающие боли	Прекращение физической нагрузки	Прием успокоительных средств, переключение внимания
Прием нитроглицерина	Быстро прекращает или облегчает боли	Не влияет или действует спустя длительное время

боли коронарного характера, так и кардиалгии. Больным показаны щадящий двигательный режим, диетические ограничения, β-адреноблокаторы, нитраты, антагонисты кальция, по показаниям – антигипертензивная терапия.

Следует подчеркнуть, что диагноз кардиалгии некоронарного генеза может быть поставлен лишь при исключении атеросклероза венечных артерий сердца. При любом болевом синдроме необходима ЭКГ в 12 отведениях, а при подозрении на стенокардию – определение в сыворотке крови специфического белка миокарда тропонина, а также катетеризация сосудов сердца и их рентгенологическое исследование с введением контрастного вещества.

Кардиалгия некоронарного генеза чаще возникает у женщин в любом возрасте, нередко – в климактерическом периоде. Боль локализуется преимущественно в области верхушки сердца, нередко распространяется на всю левую половину грудной клетки, иногда иррадирует в левую руку или под лопатку. Боль чаще бывает ноющего, колющего, режущего характера, иногда – в виде ощущения биения сердца.

Длительность болей может быть самой различной – от нескольких секунд, минут до нескольких часов или почти постоянной. Боли могут сопровождаться потливостью, покраснением лица, головной болью, тревожным настроением. Возникновение болей часто связано с нервно-психическим возбуждением, переживанием, неприятными воспоминаниями. Возникновению кардиалгии способствуют переутомление, физическое напряжение, недостаточный сон, нарушения режима питания. Больные нередко жалуются на боли в сердце, возникающие не во время физической нагрузки, а спустя какое-то время, иногда перед сном. Часто больные не могут заснуть, переутомившись за день или под влиянием пережитых впечатлений. Уменьшается кардиалгия при приеме седативных средств (настои валерианы, ландыша, корвалол, валокордин и пр.), после гимнастических упражнений, при переключении внимания (просмотр телевизора, общение и пр.). Прием нитроглицерина обычно не приводит к исчезновению или облегчению болевых ощущений. Иногда боли исчезают не во время приема нитроглицерина, а через

20–30 мин и позже, когда сосудорасширяющее его действие уже прекратилось.

Лабораторно-инструментальное обследование может не выявлять какое-либо заболевание или установить наличие симптомов ревматизма, порока сердца, миокардита, гипертонии. Наиболее часто наблюдаются симптомы повышенной нервно-психической или эмоциональной возбудимости, вегетососудистой дистонии, заболевания органов пищеварения, аллергических состояний. После приема нитроглицерина нередко возникает головная боль, из-за чего больные оказываются от приема нитроглицерина.

С лечебной целью рекомендуются рациональный образ жизни, оздоровительная гимнастика, по показаниям – антигипертензивные и седативные средства.

Приводим (см. таблицу) основные дифференциально-диагностические признаки кардиалгии и стенокардии.

Все приведенные данные носят, естественно, условный характер. У разных больных структура болевых ощущений индивидуальна и может различаться в разные периоды.

Одни симптомы могут быть выражены в большей степени, другие – в меньшей или отсутствовать как при стенокардии, так и при кардиалгии. Нередко, особенно при гипертонии, у больных наблюдается сочетание стенокардии и кардиалгии. Тем не менее вдумчивый врач должен правильно оценить характер болевых ощущений у пациента, дифференцировать стенокардию и кардиалгию, что крайне необходимо для успешного лечения и предупреждения возможных осложнений.

CARDIALGIA: CLINICAL EVALUATION

*Professor A. Nogaller, MD
München, Germany*

The paper considers the clinical picture of coronary artery atherosclerosis, appearing as angina attacks, and its distinction from noncoronary cardialgia. Along with the typical clinical pattern, there may be individual characteristics of the manifestations of the above syndromes, calling for a meticulous examination of patient history data.

Key words: heart pain, angina pectoris, cardialgia, atherosclerosis, osteochondrosis.