

Пациент с болями в грудной клетке на амбулаторном приеме (клинический случай)

А.В.Сыров✉

ГБУЗ «Консультативно-диагностический центр №6 Департамента здравоохранения г. Москвы». 127474, Россия, Москва, Керамический пр., д. 49б
✉syрман2002_1@yahoo.com

В статье на клиническом примере разбираются вопросы диагностики при болях в грудной клетке. Следуя действующим рекомендациям, не всегда возможно выявить пациентов с высоким риском и предотвратить развитие сердечно-сосудистых осложнений. Для повышения точности диагностики и эффективности лечения необходима более тщательная оценка каждого из ведущих факторов риска.

Ключевые слова: сердечно-сосудистый риск, боли в грудной клетке.

Для цитирования: Сыров А.В. Пациент с болями в грудной клетке на амбулаторном приеме (клинический случай). Consilium Medicum. 2017; 19 (10): 57–59. DOI: 10.26442/2075-1753_19.10.57-59

Case reports

Patient with chest pain on an outpatient visit (clinical case)

A.V.Syrov✉

Advisory-diagnostic center №6 of the Department of Health of Moscow. 127474, Russian Federation, Moscow, Keramicheskii pr., d. 49b
✉syрман2002_1@yahoo.com

Abstract

The article on the clinical example deals with the diagnosis of pain in the chest. Following the current recommendations, it is not always possible to identify patients at high risk and prevent the development of cardiovascular complications. To increase the accuracy of diagnosis and treatment effectiveness, a more thorough assessment of each of the leading risk factors is needed.

Key words: cardiovascular risk, chest pain.

For citation: Syrov A.V. Patient with chest pain on an outpatient visit (clinical case). Consilium Medicum. 2017; 19 (10): 57–59. DOI: 10.26442/2075-1753_19.10.57-59

Пациент К., 48 лет, направлен на консультацию кардиолога в связи с появлением разнохарактерных болей в грудной клетке. Жалобы на ноющие и давящие боли в области левой половины грудной клетки длительностью около получаса, возникающие при повороте тела преимущественно в горизонтальном положении. Работает водителем. Много лет курит. Переносимость физических нагрузок хорошая, одышки нет. Артериальное давление (АД) не повышается, контроль на работе перед началом каждой смены. При осмотре удовлетворительное состояние. Отеков нет. Индекс массы тела 23,4. Небольшая болезненность при пальпации у левого края левой лопатки. Одышки нет. В легких хрипов не выслушивается. Тоны сердца ритмичные, средней звучности, шумов нет, частота сердечных сокращений (ЧСС) 74 в минуту. АД 120/75 мм рт. ст. Электрокардиограмма (ЭКГ): синусовый ритм, без отклонений от нормы (рис. 1).

Назначено обследование: анализы крови, рентген грудного отдела позвоночника, нагрузочная проба. Лабораторные показатели без существенных отклонений от нормы (табл. 1). Сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE умеренный – 3%. При рентгеновском исследовании позвоночника выявлены нарушения статики, остеохондроз и спондилез грудного отдела позвоночника 1-й степени. Нагрузочная проба проведена с достижением целевой ЧСС 154 в минуту – отрицательная (рис. 2).

Поставлен диагноз вертеброгенной торакалгии. Даны рекомендации по коррекции образа жизни, в том числе отказе от курения.

Через 10 дней после проведенного обследования у пациента внезапно развился приступ интенсивных болей в грудной клетке. Госпитализирован в сосудистый центр. Диагноз «ишемическая болезнь сердца» (ИБС). Острый инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка (ЛЖ) с подъемом сегмента ST. На проведенной коронароангиографии – стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) на границе проксимальной и средней трети 80%.

Острая тромботическая окклюзия средней трети ПМЖВ. Других стенозов не выявлено. Проведены чрескожная баллонная ангиопластика и стентирование ПМЖВ. Остаточного стеноза нет. Через 4 сут пациент выписан в удовлетворительном состоянии. Назначена плановая терапия: ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, β-адреноблокатор, двойная антитромбоцитарная терапия (ацетилсалициловая кислота + тикагрелор), статин. На ЭКГ (рис. 3): синусовый ритм. Распространенные очаговые изменения передней стенки ЛЖ. Вероятна острая аневризма переднеперегородочной области и верхушки ЛЖ.

Через 4 нед после перенесенного инфаркта состояние удовлетворительное, Жалоб нет. На эхокардиограмме фракция выброса 48%. Дилатации камер нет. Акинез передней стенки ЛЖ в средней трети и верхушечных сегментов. Гипоакинез переднеперегородочных сегментов. Подтверждена аневризма верхушки ЛЖ. Через 6 нед после перенесенного инфаркта проведена нагрузочная проба, показавшая хорошую переносимость физических нагрузок (рис. 4).

Таблица 1. Лабораторные показатели

Основные лабораторные показатели	
Гемоглобин	156 г/л
Билирубин	5,8 мкмоль/л
Креатинин	85 мкмоль/л
Глюкоза	5,27 ммоль/л
Мочевая кислота	285 мкмоль/л
Холестерин	4,19 ммоль/л
Липопротеиды низкой плотности	2,31 ммоль/л
Липопротеиды высокой плотности	1,08 ммоль/л
Триглицериды	1,76 ммоль/л

Рис. 1. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 74 в минуту, без отклонений от нормы.



Рис. 2. Нагрузочная проба отрицательная, достигнута субмаксимальная ЧСС 154 в минуту.

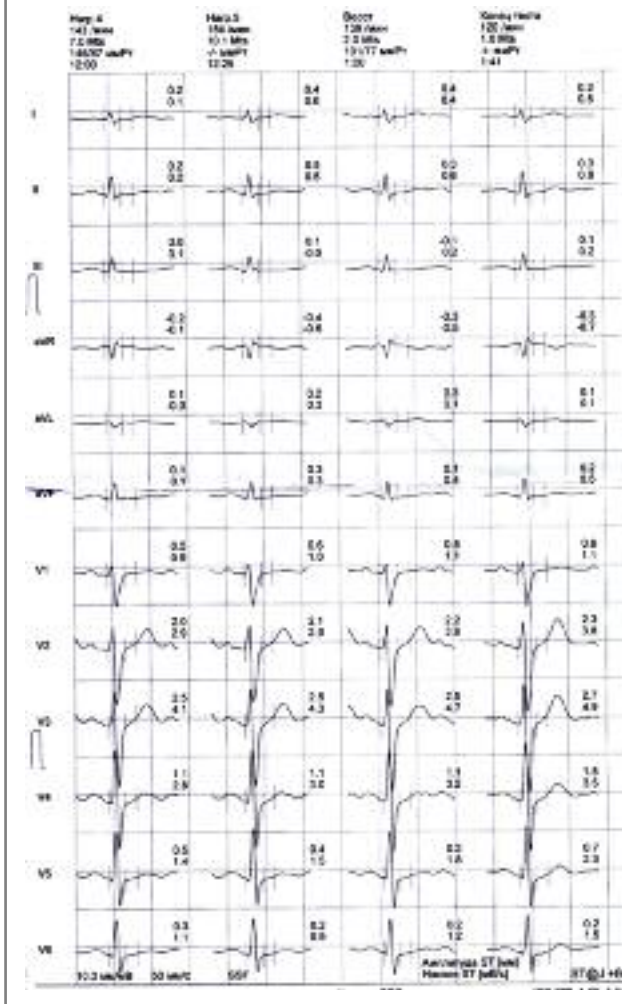


Рис. 3. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 62 в минуту. Распространенные очаговые изменения передней стенки ЛЖ. Вероятна острая аневризма переднеперегородочной области и верхушки ЛЖ.

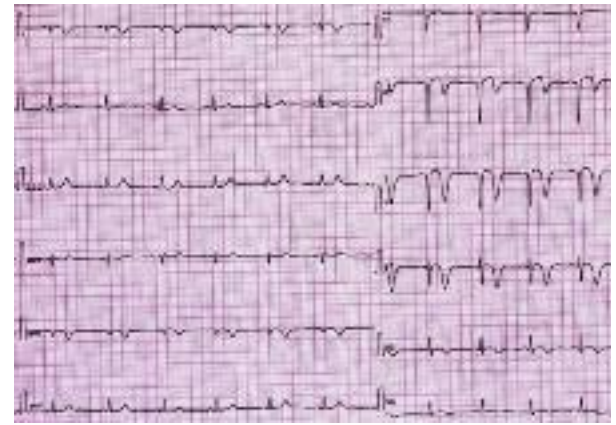
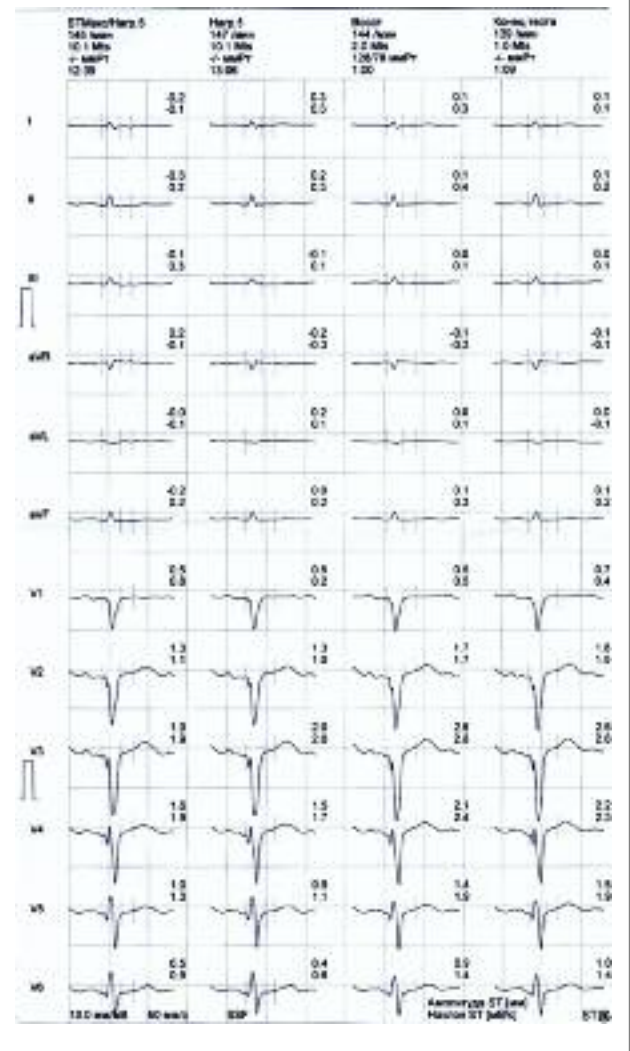


Рис. 4. Нагрузочная проба через 6 нед после перенесенного инфаркта миокарда отрицательная. Достигнута субмаксимальная ЧСС 147 в минуту.



Обсуждение

Оценка риска развития ИБС, нефатального инфаркта миокарда и смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) является непростой задачей. Использование существующих шкал риска и методов обследования не всегда позволяет определить точный прогноз и необходимые меры по первичной профилактике. По шкале SCORE мы можем определить 10-летний риск смерти от ССЗ в возрастной группе от 40 до 65 лет, но не риск развития ИБС или нефатального инфаркта миокарда. Полученный умерен-

ный риск 3% не отражал реального состояния нашего пациента и не требовал неотложных действий по профилактике сердечно-сосудистых осложнений.

Действующими американскими рекомендациями 2013 г. и европейскими рекомендациями 2016 г. определяют факторы для оценки сердечно-сосудистого риска (табл. 2–4).

Таблица 2. Главные критерии оценки сердечно-сосудистого риска
Документированная ИБС
Сахарный диабет типа 1 и 2
Очень высокий уровень индивидуальных факторов риска
Хроническая болезнь почек
Степень риска по SCORE

Таблица 3. Критерии высокого сердечно-сосудистого риска
Общий холестерин более 8 ммоль/л
АД > 180/110 мм рт. ст.
Большинство пациентов с сахарным диабетом (за исключением молодых с сахарным диабетом типа 1)
Пациенты с хронической болезнью почек III стадии, расчетная скорость клубочковой фильтрации 30–59 мл/мин/1,73 м ²
10-летний риск смерти от ССЗ по SCORE 5% и более, но менее 10%

В соответствии с приведенными данными мы также не можем отнести разбираемого пациента к группе высокого риска. Однако применяемая в Северной Америке шкала по определению 10-летнего риска развития ССЗ (ASCVD, www.cvriskcalculator.com/) учитывает возраст, пол, расовую принадлежность, уровень холестерина, липопротеидов высокой плотности, наличие диабета, лечения по поводу артериальной гипертензии и курение. Показатель 7,5% и более указывает на высокий риск. У представленного пациента этот риск составил бы 7,9%, что требует проведения активных мероприятий по первичной профилактике – активного отказа от курения и назначения статинов. Введение в российскую практику подобной шкалы могло бы обеспечить более точную оценку риска развития ССЗ, в том числе нефатального инфаркта миокарда.

Заключение

Оценка сердечно-сосудистого риска – непростая задача. В отдельных случаях выполнение действующих рекоменда-

Таблица 4. Критерии очень высокого сердечно-сосудистого риска
Документированная ИБС
Диабет с поражением органов (например, нефропатия) или в сочетании с большими факторами риска: курением, выраженным повышением АД или холестерина
Хроническая болезнь почек IV стадии, расчетная скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м ²
10-летний риск смерти от ССЗ по шкале SCORE 10% и более

ций не позволяет правильно оценить этот риск. При наличии ключевых факторов риска (выраженной артериальной гипертензии, гипер- и дислипидемии, курения) необходима тщательная коррекция независимо от определяемой степени риска. Приоритетными, экономически и клинически эффективными являются мероприятия по коррекции образа жизни: физическая активность, диета, отказ от курения, ограничение потребления алкоголя. В европейский рекомендациях по профилактике ССЗ 2016 г. отмечено, что снижение на 10% числа людей с повышенным холестерином, гипертонией и курением за счет коррекции образа жизни может спасти в 3 раза больше жизней, чем лечение 40% с применением статинов, трех гипотензивных препаратов в половинной дозе и ацетилсалициловой кислоты.

Литература/References

1. Catapano A, Graham I, de Backer G et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the ESC and EAS. *European Heart J* 2016. DOI:10.1093/eurheartj/ehw272
2. Goff D, Lloyd-Jones D, Bennett G et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63 (25). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc>
3. Piepoli M, Hoes A, Agewall S et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2016; 37: 2315–81. DOI:10.1093/eurheartj/ehw106

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Сыров Андрей Валентинович – канд. мед. наук, зав. кардиологическим отделением ГБУЗ КДЦ №6. E-mail: syrm2002_1@yahoo.com