

БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Проф. Ю. В. ВАСИЛЬЕВ

SUBSTERNAL PAIN: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND TREATMENT

Yu. V. VASILIEV

*Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва,
Российская Федерация*

Представлены сведения о диагностике и дифференциальной диагностике наиболее часто встречающихся в клинической практике заболеваний, одним из проявлений которых являются загрудинные боли, а также рекомендации по лечению больных.

Ключевые слова: боли за грудиной, дифференциальная диагностика, лечение.

The data about the diagnosis and differential diagnosis of common in clinical practice diseases manifesting by substernal pain as well as recommendations about the treatment are reported.

Key words: substernal pains, differential diagnosis, treatment.

Известно, что в практике работы врачей-гастроэнтерологов и врачей-кардиологов боли за грудиной нередко приходится прежде всего дифференцировать с болями, ассоциированными с ишемической болезнью сердца (ИБС), и болями, связанными с различными заболеваниями пищевода. Значительная распространенность ИБС и заболеваний пищевода, особенно гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), тенденция увеличения частоты возникновения ГЭРБ, отмечаемая в последние годы, диктует необходимость проведения своевременной дифференциальной диагностики этих заболеваний. Учитывая тот факт, что врачей-гастроэнтерологов прежде всего интересует факт дифференциальной диагностики инфаркта миокарда и заболеваний пищевода и терапия последних, мы рассматриваем в данном сообщении именно эти вопросы.

Существенные отличия в прогнозе возникновения и прогрессирования указанных заболеваний, значительная опасность для больных неожиданного возникновения (обострения) ИБС (с возможным быстрым летальным исходом) и относительно редкая опасность сравнительно быстрого появления серьезных осложнений, связанных с заболеваниями пищевода, выдвигает на первый план при обследовании больных выявление/исключение ИБС.

При проведении дифференциальной диагностики, в частности при оценке жалоб больных, необходимо помнить, что возможно сочетание инфаркта миокарда с различными болезнями пищевода. Быстрое выяснение жалоб больных и анамнеза заболевания (если позволяют условия), аускультация грудной клетки, в том числе и сердца, определение пульса и артериального давления (АД) дают возможность решить вопрос о дальнейшей тактике ведения больного. Необходимо лишь помнить, что при первой встрече врача с больным к данным быстро собранного анамнеза необходимо относиться критически. Первая оценка

жалоб и анамнеза заболевания в острый период ухудшения состояния больных довольно часто имеет лишь ориентировочное значение.

Известны противоречивые интерпретации болей за грудиной [1], в значительной степени связанные с постановкой вопросов при выяснении жалоб и анамнеза заболевания. С одной стороны, часть больных в силу своего интеллекта, небрежного отношения к своему здоровью, а также возраста (ухудшения памяти) не помнят анамнеза своего заболевания, да и симптомы болезни, представляемые врачу в виде жалоб, описывают по-разному. Описание болевого приступа некоторыми больными даже с установленным поражением пищевода и отсутствием заболеваний сердца точно имитирует классическое описание стенокардии, включая боли при физической нагрузке. С другой стороны, нередко и врачи в силу своего субъективизма и уровня подготовки не совсем точно интерпретируют жалобы больных.

Если боли за грудиной, в том числе с иррадиацией в левую лопатку, не удается быстро устранить такими лекарственными препаратами, как нитроглицерин, валидол, антацидные препараты, больного необходимо срочно госпитализировать в стационар. Уточнение жалоб и анамнеза заболевания, если позволяют условия — электрокардиографическое исследование (ЭКГ), измерение температуры, определение лейкоцитов и СОЭ, оценка полученных данных чаще всего позволяют предположить возникновение инфаркта миокарда. В частности, снижение АД в период появления острых болей за грудиной, не устраняющихся нитроглицерином, повышение температуры тела, увеличение количества лейкоцитов в крови, а позднее его уменьшение и повышение СОЭ (так называемый «перекрест») в определенной степени могут свидетельствовать о наличии инфаркта миокарда. Однако при более тщательном обследовании больных с клинически предполагаемым

инфарктом миокарда у 1/4 из таких больных не удастся подтвердить его наличие.

Отсутствие каких-либо «свежих» изменений на ЭКГ, свидетельствующих о наличии инфаркта миокарда (дискордантное смещение отрезка RS-T в I и II отведениях, смещение зубца T вниз в одном из этих отведений, где отмечается подъем RS-T, и наоборот в другом отведении — смещение зубца T вверх, где отмечается снижение RS-T, изменения комплекса QRS, при этом комплекс QRS может приобретать форму qR, QR или Qr, иногда с исчезновением зубца R, и другие изменения, обычно рассматриваемые как характерные для инфаркта миокарда), все же не исключает вероятности его возникновения. Изменения ЭКГ, свидетельствующие об инфаркте миокарда, могут появиться через 1–2 дня. Последующее наблюдение за больным и динамическое проведение ЭКГ позволят получить дополнительную информацию и установить или исключить (с учетом использования и других методов обследования больных) инфаркт миокарда.

Для устранения интенсивных болей за грудиной нередко применяется [2] внутривенное введение смеси анальгина (от 2 до 5 мл 50% раствора) и димедрола (1 мл 1% раствора) в изотоническом растворе хлорида натрия (в одном шприце) или анальгина (та же дозировка) и 1–2 мл 0,5% раствора седуксена (в отдельном шприце, вводимые медленно внутривенно в 20 мл 40% раствора глюкозы). Один из эффективных методов обезболивания — сочетанное применение анальгетика фентанила и нейролептика дроперидона. Благодаря психотропному действию, усилению обезболивающего эффекта анальгетиков, успокаивающему действию, подавляющему чувство страха и психомоторное возбуждение, сочетанное применение фентанила и дроперидона позволяет у большинства больных устранить боли за грудиной. При этом нередко удается купировать боли уже в процессе их медленного внутривенного введения, чаще через 3–5 мин (обезболивающий эффект сохраняется в течение 30–60 мин). При назначении этих препаратов целесообразно учитывать возраст и массу тела (вес) больных, а также их эмоциональное состояние и уровень АД.

Для устранения вновь появляющихся болей за грудиной целесообразно повторное введение анальгина (2 мл 50% раствора) и дроперидона (2 мл 0,25% раствора). Вместо анальгина можно использовать и промедол в количестве 1–2 мл 2% раствора. При выраженном болевом синдроме целесообразно ввести больному в одном шприце (внутримышечно или внутривенно) промедол, анальгин, дроперидон. Пожилым больным (в возрасте старше 60 лет) предпочтительно введение промедола вместо атропина. Полагают [2], что при упорном болевом синдроме введение морфина в дозе 5–10 мг (0,5–1 мл 1% раствора) может быть полезным при лечении молодых, физически крепких мужчин, а также мужчин, привыкших к алко-

голю, и при лечении больных с сердечной астмой (при отсутствии артериальной гипертензии).

Исключение инфаркта миокарда не исключает вероятности наличия других заболеваний сердца. Мы неоднократно при работе в специализированном кардиологическом стационаре наблюдали случаи поступления в него больных с пролапсом митрального клапана и стенокардией, возможно обусловленной микроциркуляторными нарушениями. Последующее проведение клиничко-лабораторного обследования этих больных с динамическим проведением ЭКГ позволяло исключить диагноз инфаркта миокарда.

Проведение эхокардиографии, если позволяют условия, дает возможность дополнить результаты обследования больных — установить или исключить наличие пролапса митрального клапана. Возможно поражение митрального клапана, связанное с ревматическим поражением сердца. При отсутствии убедительных данных, свидетельствующих о наличии/отсутствии инфаркта миокарда, по окончании острого периода (исчезновения болей и общего улучшения состояния больных) целесообразно в сомнительных случаях провести и коронарографию, что позволит исключить (заподозрить) другие заболевания сердца.

Известна связь между приемом веществ, сильно раздражающих (повреждающих) слизистую оболочку пищевода, появлением болей за грудиной, возникающих при поступлении в пищевод концентрированной кислоты, щелочей, при травме грудной клетки и другими причинами, которые легко установить при выяснении жалоб, анамнеза заболевания и осмотре больного. Однако и в этих случаях (при появлении острых болей за грудиной) проведение ЭКГ и лабораторное обследование больных (лейкоциты, СОЭ) все же необходимо, поскольку возможно сочетание нескольких заболеваний.

Неясны все патогенетические механизмы, способствующие появлению болей в грудной клетке, ассоциированных с нарушением моторики пищевода. Предположительно возможны следующие механизмы: 1) патологические сокращения стенок пищевода вследствие раздражения специфических механорецепторов, располагающихся в подслизистой оболочке пищевода; 2) изменение порога чувствительности пищевода, способствующее изменению давления в нем: растяжение стенок пищевода приводит к ишемии мышц, причина которой — ухудшение кровоснабжения; 3) растяжение стенок пищевода, возникающее при нарушении расслабления его нижнего сфинктера и/или задержке пищевых масс в просвете пищевода.

При дифференциальной диагностике болей в грудной клетке необходимо учитывать и вероятность появления болей, связанных с язвенной болезнью, заболеваниями желчного пузыря, диффузным эзофагоспазмом пищевода, идиопатической ахалазией кардии (ахалазией кардии), диффузным эзофагоспазмом, расстройством психики. В принципе ахалазия кардии (точнее, расширение

просвета пищевода) возможна и при раке кардиального отдела пищевода. Исключение инфаркта миокарда и дальнейшее обследование больных (анализ их жалоб и данных анамнеза заболевания, проведение ЭКГ, ультрасонографии, дуоденального зондирования, эзофагогастродуоденоскопии) позволяет выявить возможную причину болей.

Для лечения больных язвенной болезнью (с учетом выраженности клинических проявлений, частоты обострений, состояния кислотообразующей функции желудка, наличия или отсутствия осложнений) можно использовать антацидные препараты (маалокс, фосфалугель, алмагель, гастал, гелусил лак), блокаторы H₂-рецепторов гистамина (квamatел, зантак, гастросидин), ингибиторы протонного насоса (омепразол, рабепразол, эзомепразол), де-нол, сукральфат; при язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, и антибиотики для проведения антихеликобактерной терапии.

Анализ клинико-эндоскопического обследования, включая проведение ультрасонографии желчного пузыря (при отсутствии конкрементов в нем) и дуоденального зондирования, в необходимых случаях эндоскопической панкреатохолангиографии и эндоскопической ультрасонографии позволяет получить дополнительную информацию и оценить состояние желчного пузыря, вне- и внутрипеченочных желчных протоков и принять решение о выборе тактики лечения больного. Выбор тактики лечения больных, страдающих различными заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков, зависит от наличия или отсутствия разных патологических изменений (желчнокаменная болезнь, хронический холецистит с наличием в основном воспалительных изменений или паразитарных поражений и т. п.).

При идиопатической ахалазии кардии боли в области грудины могут быть незначительными или более выраженными, иногда внезапно появляются интенсивные боли, но чаще интенсивность их менее выражена (по сравнению с болями, возникающими при инфаркте миокарда), да и боли реже возникают остро. При идиопатической ахалазии кардии обычно отмечаются дисфагия и регургитация пищей и слюной. Возможны и другие проявления болезни: иррадиация болей в шею и челюсти, ощущение давления за грудиной, ночной кашель в виде приступов, отрыжка, тошнота, рвота, слюнотечение, неприятный запах изо рта; при прогрессировании болезни — снижение массы тела. Боли за грудиной у больных с идиопатической ахалазией кардии могут быть связаны и с появлением «застойного» эзофагита. Для диагностики идиопатической ахалазии кардии и оценки состояния пищевода [3], кроме рентгенологического метода, включая и эзофаготономографию, и эндоскопических методов исследования, используют манометрию, сцинтиграфию, рН-метрию и «шкалу симптомов».

Основные принципы лечения больных с ахалазией кардии, осложненной эзофагитом [4]: 1) улучшение прохождения содержимого пищевода в же-

лудок при лечении медикаментозными препаратами — при гиперкинезии пищевода целесообразно назначение антагонистов кальция и нитратов (иногда хороший эффект дают спазмолитические препараты), при гипокинезии пищевода показано назначение прокинетики (при отсутствии выраженного сужения терминального отдела пищевода и кардии); лечение больных с целью устранения застойного эзофагита сукральфатом (в случаях назначения его в виде таблеток предварительно привести таблетки в порошкообразное состояние) или антацидными препаратами, обладающими обволакивающим действием; 2) при отсутствии эффективного расширения терминального отдела пищевода и кардии медикаментозными препаратами, что возможно лишь в начальных стадиях болезни, показано бужирование и/или пневмокардиодилатация, в тяжелых случаях — наложение эзофагофундоанастомоза; после расширения терминального отдела пищевода и кардии целесообразно провести терапию эзофагита медикаментозными препаратами: антацидами (маалокс, фосфалугель, гелусил лак, гастал), блокаторами H₂-рецепторов гистамина (зантак, квamatел, гастросидин) или ингибиторами протонного насоса (омепразол, рабепразол, эзомепразол); при появлении диспепсических расстройств показано дополнительное назначение прокинетики (домперидон, метоклопрамид) и/или ферментных препаратов (панзинорм, фестал, мезим форте, крион).

При лечении больных с идиопатической ахалазией кардии в начальных стадиях болезни в ряде случаев некоторые исследователи применяют спазмолитические и холинолитические препараты (метацин, платифиллин, аэрон), седативные и обволакивающие препараты, «комплексные» препараты, обладающие одновременно спазмолитическим и обезболивающим действием (например, спазган). Иногда определенный положительный эффект дают вагосимпатическая новокаиновая блокада, введение внутрь пищевода местно анестезирующих препаратов, психотерапия, сочетанное применение производных метоклопрамида (Primperan, Rimetin, церукал) и особенно (для устранения тошноты и рвоты) — домперидона (быстро растворимый мотилиум). С целью воздействия на состояние нижнего сфинктера пищевода, ускорения опорожнения пищевода и устранения жалоб определенный положительный эффект при лечении некоторых больных дают изосорбид динитрат, производные нифедипина (кордафен, фенигидин, коринфар), блокирующие кальциевые каналы, расширяющие периферические артериолы, в том числе и коронарные. В тяжелых стадиях заболевания [3] целесообразно проведение пневмокардиодилатации или эндоскопической и лапароскопической кардиомиотомии.

Для выявления эзофагоспазма пищевода чаще всего используются те же методы, что и при обследовании больных с идиопатической ахалазией кардии. После установления диагноза больному следует лечиться не только у гастроэнтеролога, но

и у психоневролога. В лечении больных с эзофагоспазмом пищевода целесообразно использовать препараты кальция, нитраты, антихолинергические и седативные препараты. В определенной степени это относится и к больным, у которых появление болевого приступа могут вызывать панические настроения вследствие расстройства психики. Такие больные должны находиться под наблюдением гастроэнтеролога и психиатра, который подберет для каждого больного оптимальные для него психотропные препараты, схему и сроки их применения.

Боли за грудиной (в области грудины), в зависимости от интерпретации их больными, возможны и при остеохондрозе грудного отдела позвоночника. При обследовании таких больных при пальпации грудной клетки, вдоль краев грудины, нередко и вдоль нижних межреберий, по средней подмышечной линии (с обеих сторон) и/или вдоль грудного и верхне-поясничного отдела позвоночника отмечается болезненность, характерная для остеохондроза грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом. В этих случаях целесообразно рентгенологическое обследование позвоночника. В лечении таких больных показано использование нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак, ибупрофен, напроксен, пироксикам), а также и немедикаментозных методов лечения (лечебная гимнастика, массаж позвоночника и т. д.).

Наиболее частой причиной болей за грудиной, ассоциированных с поражением пищевода, является ГЭРБ. В 45–60% случаях боли в грудной клетке неясного генеза связаны с желудочно-пищеводным рефлюксом. При диагностике ГЭРБ необходимо учитывать жалобы больных, данные анамнеза заболелания и результаты эндоскопического обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, включая пищевод (при проведении дифференциальной диагностики с ишемической болезнью сердца — и данные ЭКГ). В начальной стадии ГЭРБ («эндоскопически негативная» стадия) слизистая оболочка пищевода, по данным эзофагоскопии, обычно не изменена. По мнению многих исследователей, в подобных случаях суточная рН-метрия дает возможность установить диагноз ГЭРБ и провести дифференциальную диагностику с язвенноподобным и рефлюксоподобным вариантами неязвенной функциональной диспепсии (НФД). Это не совсем верно: у части больных появление изжоги может быть связано с химическими и механическими раздражителями, да и данные компьютерной суточной рН-метрии в части случаев не свидетельствуют о наличии ГЭРБ.

Л и т е р а т у р а

1. *Васильев Ю. В.* Болезни органов пищеварения. Блокаторы H₂-рецепторов гистамина.— М.: Дубль Фрейг, 2002.— 93 с.
2. *Мартынов А. А.* Диагностика и терапия неотложных состояний в клинике внутренних болезней.— Петрозаводск: Карелия, 2000.— 370 с.

Известна гипотеза, согласно которой у больных с болями в грудной клетке неясного генеза тест на снижение секреции соляной кислоты (так называемый омега-тест) позволяет выявить причину появления болей, в частности, установить наличие ГЭРБ. По нашим наблюдениям, вместо омега-теста при проведении этого теста можно использовать рабепразол или эзомепразол. Суть теста в следующем. Один из ингибиторов протонного насоса назначается больным по 20 мг 2 раза в сутки. Исчезновение болей за грудиной и изжоги в течение 5–8 дней (по некоторым данным, в течение 4–8 недель) свидетельствует о наличии у больного ГЭРБ. Однако этот тест не совсем надежен, в том числе и при проведении дифференциальной диагностики с инфарктом миокарда, прежде всего в виду продолжительности по времени.

Как показывает опыт проведенных исследований, для устранения болей и изжоги при лечении больных, страдающих ГЭРБ, или больных с НФД целесообразно использовать антацидные препараты, блокаторы H₂-рецепторов гистамина или ингибиторы протонного насоса; для устранения диспепсических расстройств — прокинетики (домперидон, метоклопрамид) и/или ферментные препараты (панзинорм, фестал, крион, мезим форте). Применение антацидных препаратов (маалокса, фосфалугеля, гастала, алмагеля, гелусил лака) в терапевтических дозах, ранитидина (зантака) по 150 мг 2 раза в сутки, фамотидина (квamatела, гастросидина) по 20–40 мг 2 раза в сутки или ингибиторов протонного насоса (омепразола, рабепразола, эзомепразола) по 20–40 мг в сутки позволяет более или менее быстро устранить боли за грудиной и/или в эпигастральной области и изжогу, что в большинстве случаев позволяет исключить инфаркт миокарда и повысить качество жизни больных. К лечению больных ГЭРБ следует подходить дифференцированно, при наличии у них, кроме основных симптомов (боль, изжога, регургитация), и симптомов, чаще всего связанных с нарушением моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта, включая и пищевод, показано назначение им таких прокинетиков, как домперидон (мотилиум) или метоклопрамид (церукал, реглан), в ряде случаев и в сочетании с ферментными препаратами (панзинорм, фестал, мезим форте, креон).

Больные с болями неясного генеза в грудной клетке должны находиться под наблюдением врача и периодически обследоваться (в зависимости от состояния) в амбулаторно-поликлинических или в стационарных условиях.

3. *Васильев Ю. В.* Идиопатическая ахалазия кардии (этиология, патогенез, эндоскопическая дифференциальная диагностика и лечение больных) // Тер. архив.— 2002.— № 2.— С. 70–73.
4. *Васильев Ю. В.* Основные принципы терапии эзофагита при ахалазии кардии // Эксп. и клин. гастроэнтерол.— 2002.— № 1.— С. 129–121.

Поступила 17.03.2006