

Дифференциальный диагноз боли в груди у мужчины 44 лет

Е.А. Лосик, А.А. Крутова, О.А. Сторонова, М.Р. Схиртладзе,
А.С. Трухманов, В.Т. Ивашкин

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
(Сеченовский университет) Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация

Differential diagnosis of the chest pain in 44-year old male patient

Ye.A. Losik, A.A. Krutova, O.A. Storonova, M.R. Skhirtladze, A.S. Trukhmanov, V.T. Ivashkin

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Для цитирования: Лосик Е.А., Крутова А.А., Сторонова О.А., Схиртладзе М.Р., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т. Дифференциальный диагноз боли в груди у мужчины 44 лет. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(6):71-77
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-71-77

For citation: Losik Ye.A., Krutova A.A., Storonova O.A., Skhirtladze M.R., Trukhmanov A.S., Ivashkin V.T. Differential diagnosis of the chest pain in 44-year old male patient. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2017; 27(6):71-77
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-71-77

Особенности наблюдения

Особенности представленного случая — в сложном генезе боли в груди, а также раннем развитии *ишемической болезни сердца* (ИБС) у молодого мужчины, у которого выявлены факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Для проведения дифференциального диагноза крайне важным представлялся сбор анамнеза: уточнение характера и длительности боли в груди, причина ее возникновения, связь с приемом пищи или физической нагрузкой, особенности купирования боли. Результаты подробного опроса и физикального осмотра пациента позволили значимо сузить круг поиска и сосредоточить внимание на заболеваниях верхних отделов *желудочно-кишечного тракта* (ЖСК) и проявлениях ИБС. Особый интерес представляет значительная

выраженность атеросклеротического поражения коронарных артерий у молодого мужчины. По нашему мнению, выявленные поражения — следствие длительного воздействия факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: курения, ожирения, сахарного диабета, дислипидемии.

Клиническое наблюдение

В отделение кардиологии Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко поступил мужчина 44 лет в связи с жалобами на одышку при физической нагрузке (подъем на третий этаж) и боль за грудиной по типу жжения и распирания при физической нагрузке и употреблении некоторых продуктов питания (кефир, огурцы, кетчуп), проходящие самостоятельно после глотка воды, приема антацидов, спазмолитиков, анальгетиков.

Схиртладзе Манана Ревазовна — кандидат медицинских наук, заведующая отделением кардиологии Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова». Контактная информация: manana.sh@mail.ru; 119991, г. Москва, ул. Погодинская, д.1, стр. 1
Skhirtladze Manana R. — MD, head of cardiology department, Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. Contact information: manana.sh@mail.ru; 119991, Moscow, Pogodinskaya Str, 1, bld 1. Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology

Поступила: 30.04.2017 / Received: 30.04.2017

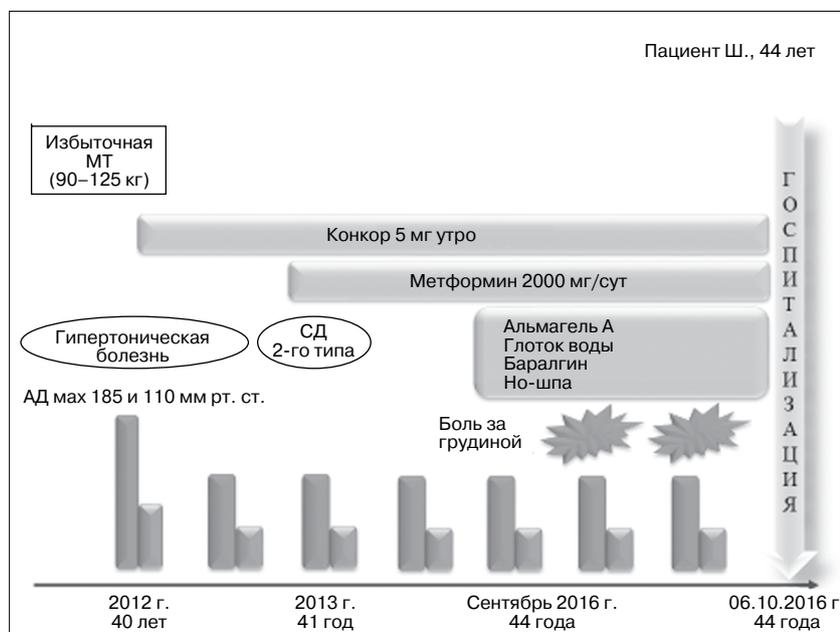


Рис. 1. Анамнез заболевания пациента Ш., 44 лет

Fig. 1. Past history of the patient Sh., 44 years



Рис. 2. Дифференциальный диагноз боли в груди у пациента Ш., 44 лет

Fig. 2. Chest pain differential diagnosis for the patient Sh., 44 years

Из анамнеза заболевания (рис. 1) известно, что с подросткового возраста у пациента избыточная масса тела (МТ), которая колебалась от 90 до 125 кг. Он предпринимал несколько попыток похудеть, однако в настоящее время никаких диетических рекомендаций не придерживается. С 40 лет зафиксированы подъемы артериального давления (АД), максимально до 185 и 110 мм рт. ст., в связи с чем была диагностирована гипертоническая болезнь и рекомендован прием бета-блокаторов (биспролол 5 мг утром). В возрасте 41 года у пациента выявлено повышение гликемии натощак, после обследования был поставлен диагноз «сахарный диабет (СД) 2-го типа», и с тех пор он принимает метформин по 2000 мг/сут. Пациент придерживается рекомен-

дованной терапии, однако уровень АД и гликемии не контролирует. Ухудшение самочувствия отметил в течение 3 нед до обращения в клинику: появилась боль за грудиной жгучего и распирающего характера. Пациент купировал боль глотком воды, приемом антацидов, спазмолитиков, анальгетиков (до 3–4 таблеток в сутки), однако эффект от препаратов был временным, в связи с чем он обратился за медицинской помощью.

Из анамнеза жизни известно, что пациент родился и проживает в Москве, в развитии от сверстников не отставал. Получил высшее образование, воздействия профессиональных вредностей не было. Женат, детей нет. Курит в течение 20 лет по одной пачке сигарет в день. Злоупотребление алкогольными напитками отрицает. Перенесенные заболевания: ветрянка, ангина, редко возникавшая в детстве. Аллергологический анамнез не отягощен. У отца (74 года) пациента избыточная МТ, язвенная болезнь, СД 2-го типа. Мать пациента умерла в 66 лет в результате несчастного случая.

При объективном осмотре состояние пациента удовлетворительное. Обращала на себя внимание избыточная МТ: при росте 184 см МТ 125 кг, индекс МТ (ИМТ) 36,9 кг/м², окружность живота 152 см. Кожный покров физиологической окраски и влажности, чистый, видимые слизистые оболочки бледно-розовые, отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пальпация по межреберьям безболезненная. Пульсация периферических артерий сохранена, симметричная. В легких выслушивалось жесткое дыхание, хрипы не выявлены. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. АД 160 и 110 мм рт. ст. на обеих руках, частота сердечных сокращений (ЧСС) = Ps = 78 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступала из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Предварительный диагноз

На основании жалоб больного, результатов оценки анамнеза и объективного осмотра был сформулирован предварительный диагноз:

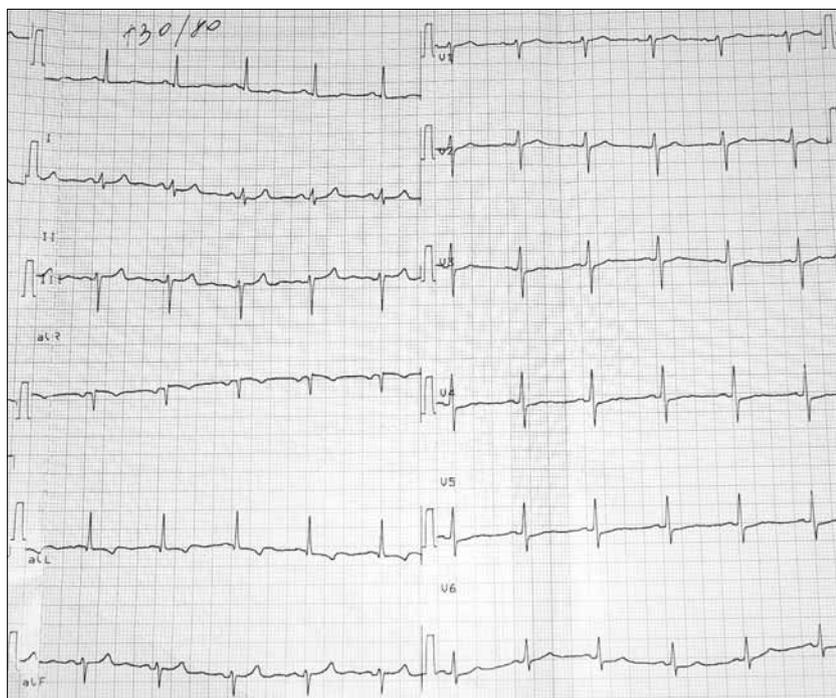


Рис. 3. ЭКГ пациента Ш. Изменения сегмента ST и зубца T в отведениях I, aVL, V₃-V₅

Fig. 3. ECG of the patient Sh. Changes of ST-segment and T wave in the leads I, aVL and V₃₋₅.

Основное комбинированное заболевание:

Сочетанные заболевания:

гипертоническая болезнь II стадии, очень высокий риск;
СД 2-го типа.

та, опоясывающий герпес. Таким образом, наиболее вероятной причиной боли в груди представлялись заболевания пищевода. Однако обращали на себя внимание эпизоды возникновения боли в груди при физической нагрузке, в связи с чем

Фоновые заболевания: атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий; экзогенно-конституциональное ожирение II степени (ИМТ 36,9 кг/м²).

Сопутствующие заболевания: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ): рефлюкс-эзофагит.

Дифференциальный диагноз впервые возникшей боли в груди проводили между заболеваниями, указанными на рис. 2.

Длительное существование симптомов, отсутствие признаков воспалительной реакции, неизменный кожный покров и отсутствие болезненности во время пальпации при физикальном осмотре на первоначальном этапе позволили с высокой долей вероятности исключить *тромбоэмболию легочной артерии* (ТЭЛА), диссекцию аорты, острые воспалительные заболевания легких и плевры, травмы грудной клетки, патологию опорно-двигательного аппарата,

Общий анализ крови	
Эритроциты	5,63×10 ¹² /л
Гемоглобин	150 г/л
Гематокрит	47,0%
MCV	83,5 фл
MCH	30,2 пг
MCHC	352 г/л
Лейкоциты	9,2×10 ⁹ /л
Нейтрофилы	56,6%
Лимфоциты	33,9%
Моноциты	6,6%
Эозинофилы	2,5%
Базофилы	0,4%
Тромбоциты	210×10 ⁹ /л
ЦП	0,9
СОЭ	11 мм/ч

Биохимический анализ крови	
Общий белок	79,1 г/л
Альбумин	50,1 г/л
Глюкоза	15,2 ммоль/л
Гликолизированный гемоглобин	10,5%
Креатинин	0,86 мг/дл
Na ⁺	142 ммоль/л
K ⁺	4,4 ммоль/л
Холестерин	8,81 ммоль/л
Триглицериды	6,58 ммоль/л
ЛПВП	2,55 ммоль/л
ЛПОНП	2,99 ммоль/л
ЛПНП	3,27 ммоль/л
АсАТ	65 ед/л
АлАТ	135 ед/л

Общий анализ мочи	
Цвет	Желтый
Прозрачность	Полная
pH	7,0
Плотность	1016
Белок	Отр.
Сахар	Отр.
Ацетон	Отр.
Эпителиальные клетки	Немного
Лейкоциты	0-0-1 в п/з
Эритроциты	0-0-1 в п/з
Слизь	Немного
Бактерии	Немного
Коагулограмма	
Фибриноген	3,1 г/л
МНО	0,94

Рис. 4. Результаты лабораторных исследований пациента Ш., 44 лет

Fig. 4. Laboratory tests of the patient Sh., 44 years

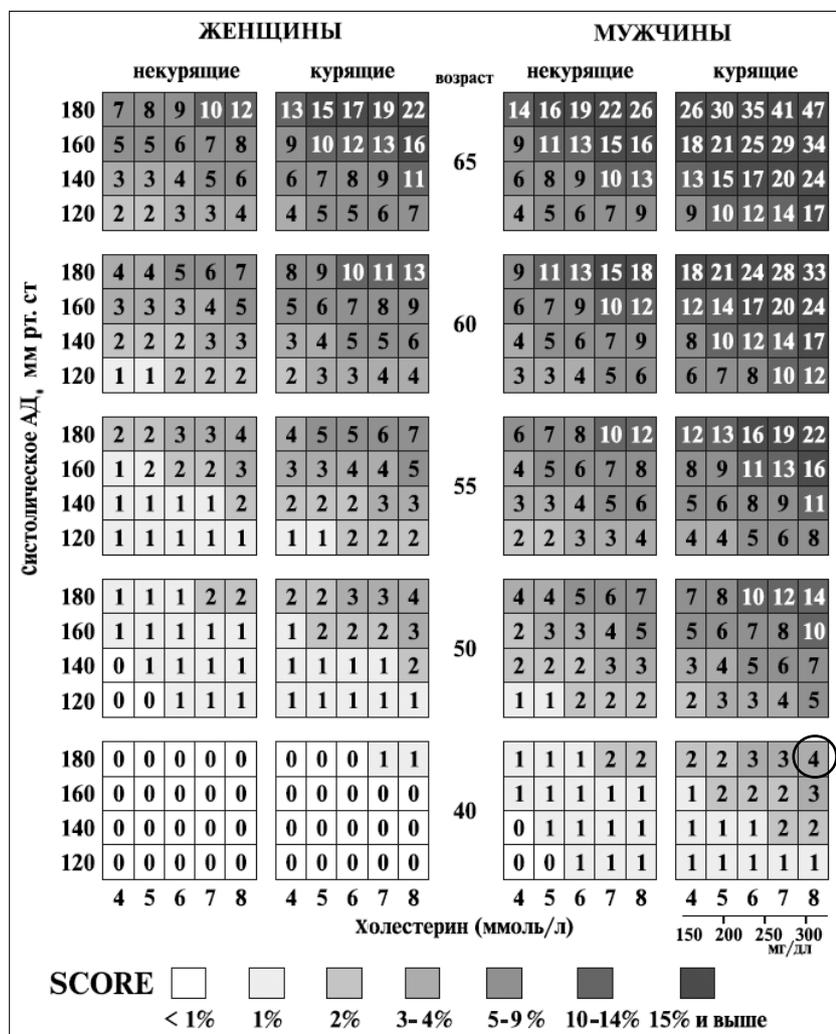


Рис. 5. Шкала SCORE для стран с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Риск развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет у пациента Ш., 44 лет, составляет 4%

Fig. 5. SCORE scale for the countries with high cardiovascular risk. The risk of lethal cardiovascular events in the next 10 years for the patient Sh., 44 years is 4%

ИБС также входила в круг дифференциального диагноза.

Результаты электрокардиографии (рис. 3): ритм синусовый с ЧСС 78 в 1 мин; электрическая ось сердца отклонена влево, по Вильсону — положение горизонтальное; обращает на себя внимание наличие изменений в переднеперегородочной области.

В связи с выявленными изменениями было решено провести пробу с нитроглицерином: отмечено снижение АД до 110 и 70 мм рт. ст. через 5 мин после начала пробы, однако изменений на ЭКГ в течение 10 мин после приема одной таблетки нитроглицерина не зафиксировано. Таким образом, проба была расценена как отрицательная.

Результаты лабораторных исследований. Общий анализ крови: уровень гемоглобина и коли-

чество лейкоцитов в норме, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 11 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение гликемии до 15,2 ммоль/л, уровня гликозилированного гемоглобина до 10,5%. Определялись значимые изменения в липидном спектре: повышение уровней общего холестерина, липопротеидов очень низкой плотности, липопротеидов низкой плотности и выраженное увеличение уровня триглицеридов. Кроме того, выявлено повышение активности сывороточных трансаминаз, что было расценено как проявление неалкогольного стеатогепатита. Нарушений функции почек не выявлено. Общий анализ мочи — без существенных изменений (рис. 4).

Для оценки прогноза у пациентов с артериальной гипертензией в Российской Федерации принято применять шкалу SCORE (для стран с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний у населения). С учетом пола, возраста, курения, степени повышения АД и уровня общего холестерина риск развития фатальных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE у данного пациента умеренный — 4% (рис. 5). Однако у пациента определяются шесть из восьми основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: мужской пол, дислипидемия, курение, высокий уровень гликемии, ожирение (ИМТ >30 кг/м²), абдоминальное ожирение (окружность живота >102 см).

Результаты эхокардиографии: уплотнение створок митрального клапана и аорты, камеры сердца не расширены, стенки левого желудочка не утолщены, клапанный аппарат функционально не изменен; систолическая функция удовлетворительная (62%); признаки диастолической дисфункции левого желудочка I типа.

В рамках дифференциальной диагностики боли в груди пациенту проведено исследование верхних отделов ЖКТ: *ультразвуковое исследование* (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопия, манометрия пищевода для исключения нарушений его двигательной функции. При УЗИ брюшной полости выявлены признаки стеатоза печени и увеличение ее размеров, липоматоз поджелудочной железы, холестероз желчного пузыря. Для исклю-

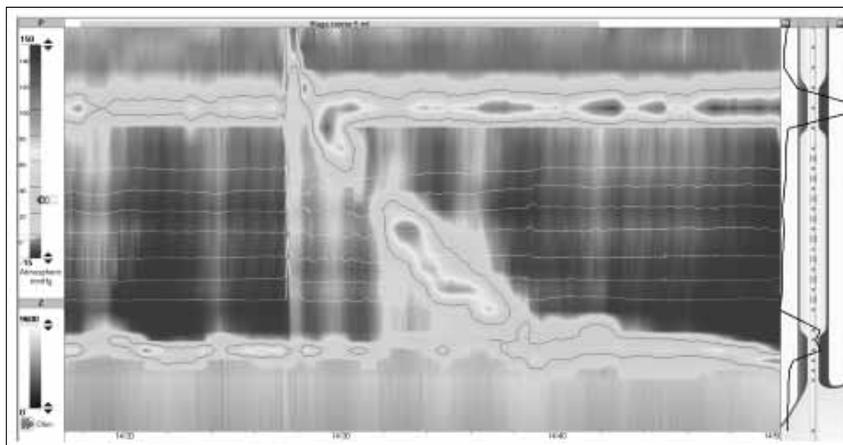


Рис. 6. Манометрия пищевода пациента Ш., 44 лет. Давление покоя и раскрытие верхнего пищеводного сфинктера в норме, сокращения в грудном отделе пищевода перистальтические с нормальной интенсивностью. Раскрытие нижнего пищеводного сфинктера во время глотка неполное, суммарное давление расслабления (IRP) составляет 17 мм рт. ст.

Fig. 6. Intraesophageal pressure study of the patient Sh., 44 years. Resting pressure and opening pressure of the upper esophageal sphincter is normal, peristaltic contractions of the thoracic part of the esophagus have normal intensity. Incomplete relaxation of lower esophageal sphincter at swallow, integrated relaxation pressure (IRP) is 17 mm Hg

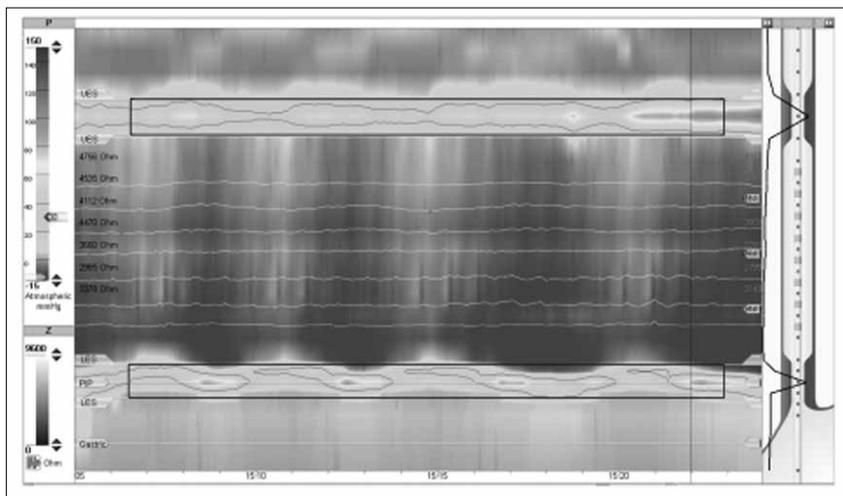


Рис. 7. Манометрия пищевода пациента Ш., 44 лет. Повышение давления покоя нижнего пищеводного сфинктера — признак кардиоспазма

Fig. 7. Intraesophageal pressure study of the patient Sh., 44 years. Increase of the lower esophageal sphincter resting pressure — a sign of cardiospasm

чения эрозивно-язвенных поражений пищевода выполнено эндоскопическое исследование: определены гиперемия терминального отдела пищевода, *грыжа пищеводного отверстия диафрагмы* (ГПОД), эрозии в антральном отделе желудка, что с учетом отрицательного теста на *H. pylori* было расценено как гастропатия, обусловленная приемом *нестероидных противовоспалительных препаратов* (НПВП), — НПВП-гастропатия (в анамнезе прием анальгетиков).

При манометрии пищевода давление покоя и раскрытие верхнего пищеводного сфинктера в норме, сокращения в грудном отделе пищевода перистальтические с нормальной интенсивностью. Регистрируется нарушение проходимости пищеводно-желудочного перехода: раскрытие нижнего пищеводного сфинктера во время глотка неполное, суммарное давление расслабления (IRP) составляет 17 мм рт. ст. (рис. 6).

Обращало на себя внимание повышение давление покоя нижнего пищеводного сфинктера до 74 мм рт. ст., что превышает нормальные значения более чем в 2 раза (норма до 35 мм рт. ст.) и свидетельствует о наличии кардиоспазма (рис. 7).

В план обследования пациента, у которого выявлены факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, было включено суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: в течение исследования определялся синусовый ритм со средней частотой 87 уд/мин. Значимых нарушений ритма и проводимости не выявлено (9 политопных наджелудочковых экстрасистол и 68 полиморфных желудочковых экстрасистол). Наблюдались эпизоды горизонтальной депрессии сегмента *ST* на фоне учащения ритма до 80–111 уд/мин, максимальная депрессия составила –124 мкВ. Эпизоды максимальной депрессии не сопровождалась субъективными жалобами (рис. 8).

Учитывая наличие факторов риска и результаты суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, для исключения гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий было приня-

то решение о проведении *мультиспиральной компьютерной томографии* (МСКТ) с внутривенным контрастированием (рис. 9). При исследовании выявлены локальный стеноз более 75% среднего сегмента *передней межжелудочковой артерии* (ПМЖА), окклюзия *артерии тупого края* (АТК), стеноз проксимального сегмента *правой коронарной артерии* (ПКА) около 50%.

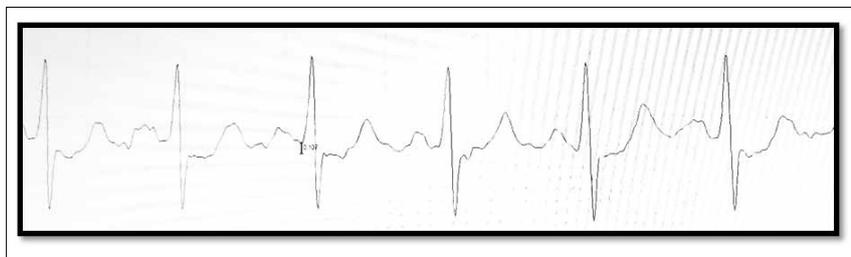


Рис. 8. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Эпизоды депрессии сегмента *ST* при ЧСС 93 в 1 мин ($-107 \mu\text{В}$)

Fig. 8. Holter monitoring. *ST*-segment depression episodes at HR 93 per 1 min. ($-107 \mu\text{V}$)

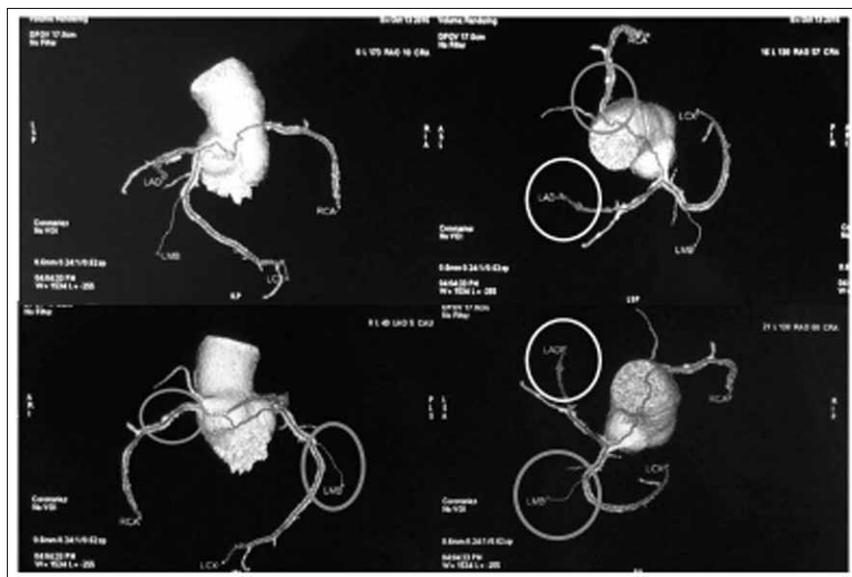


Рис. 9. МСКТ коронарных артерий с внутривенным контрастированием пациента Ш., 44 лет: гемодинамически значимые стенозы ПМЖА, АТК, ПКА

Заключение: локальный стеноз более 75% проксимального сегмента ПМЖА; локальная окклюзия АТК; локальный стеноз проксимального сегмента ПКА до 50%

Fig. 9. Multidetector CT of coronary arteries with intravenous bolus contrast enhancement of the patient Sh., 44 years: hemodynamically significant stenoses of the anterior interventricular artery, left marginal artery and right coronary artery.

Conclusion: local stenosis of over 75% of proximal part and focal subtotal stenosis of the medium part of anterior interventricular artery; local occlusion of left marginal artery; focal stenosis of right coronary artery proximal segment up to 50%

Клинический диагноз

Таким образом, после проведенного обследования был установлен клинический диагноз.

Основное комбинированное заболевание:

Сочетанные заболевания:

ИБС: стенокардия напряжения III функционального класса;

СД 2-го типа, декомпенсация.

Фоновые заболевания: гипертоническая болезнь II стадии, очень высокий риск; атеросклероз аорты, коронарных (стеноз более 75% ПМЖА, окклюзия АТК, стеноз ПКА до 50%)

и мозговых артерий; экзогенно-конституциональное ожирение II степени (ИМТ 36,9 кг/м²).

Сопутствующие заболевания: ГЭРБ; рефлюкс-эзофагит; скользящая ГПОД; кардиоспазм; НПВП-гастропатия; неалкогольный стеатогепатит; холестероз желчного пузыря.

Лечение

В рамках лекарственной терапии пациенту были назначены:

- гипотензивные и антиангинальные препараты (бисопролол 10 мг);
- антиагреганты (аспирин 100 мг);
- гиполипидемические препараты (розувастатин 10 мг);
- гипогликемические препараты (метформин 1000 мг 2 раза в сутки, глимеперид 2 мг);
- лечение эрозивного гастрита и профилактика НПВП-гастропатии (рабепразол 20 мг);
- лечение неалкогольного стеатогепатита (урсодезоксихолевая кислота 500 мг 2 раза в сутки).

Учитывая поражения, выявленные при МСКТ, пациенту была показана коронароангиография, при выполнении которой было подтверждено наличие стенозов коронарных артерий и произведена пластика ПМЖА стентом с лекарственным покрытием *Promus* 2,5×38 мм.

Заключение

Особенности представленного наблюдения — в сложном генезе боли в груди (гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий, катаральный рефлюкс-эзофагит, кардиоспазм), а также

в раннем развитии ИБС у молодого мужчины, у которого имелись факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Для проведения дифференциального диагноза крайне важным представлялся сбор анамнеза: уточнение характера и длительности боли в груди, причина ее возникновения, связь с приемом пищи или физической нагрузкой, особенности купирования боли. Результаты подробного опроса и физикального осмотра пациента позволили значимо сузить круг поиска и сосредоточить внимание на заболеваниях верхних отделов ЖКТ и проявлениях ИБС.

Особый интерес представляет выраженность атеросклеротического поражения коронарных артерий у молодого мужчины. По нашему мнению, выявленные поражения — следствие длительно-воздействия факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний: курения, ожирения, СД 2-го типа, дислипидемии. У пациента имелись показания к проведению интервенционных вме-

шательств: выполнено стентирование коронарных артерий. Для уменьшения риска развития осложнений (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, сердечная недостаточность) пациенту показаны отказ от курения, уменьшение МТ, достижение целевых значений уровня липидов в крови, строгий контроль АД и гликемии.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Список литературы/References

1. *Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Тихонов И.Н., Широкова Е.Н., Буеверов А.О., Дранкина О.М., Шульпекова Ю.О., Цуканов В.В., Маммаев С.Н., Маев И.В., Пальгова Л.К.* Клинические рекомендации по диагностике и лечению неалкогольной жировой болезни печени Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2016; 26(2):24-42 [*Ivashkin V.T., Mayevskaya M.V., Pavlov Ch.S., Tikhonov I.N., Shirokova Ye.N., Buyeverov A.O., Drapkina O.M., Shulpeкова Yu.O., Tsukanov V.V., Mammayev S.N., Mayev I.V., Palgova L.K.* Diagnosis and treatment of non-alcoholic fatty liver disease: clinical guidelines of the Russian Scientific Liver Society and the Russian gastroenterological association. *Ross z gastroenterol gepatol koloproktol* 2016; 26(2):24-42].
2. *Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Маев И.В., Баранская Е.К., Трухманов А.С., Лапина Т.Л.* Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами. *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2014; 24(6):89-94 [*Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Mayev I.V., Baranskaya Ye.K., Trukhmanov A.S., Lapina T.L.* Diagnosis and treatment of NSAID-related erosive and ulcerative stomach and duodenal lesions: clinical guidelines of the Russian gastroenterological association. *Ross z gastroenterol gepatol koloproktol* 2014; 24(6):89-94].
3. *Сторонова О.А., Трухманов А.С., Ивашкин В.Т.* Нужны ли нам сегодня рН-метрия и исследование двигательной функции пищевода для постановки диагноза и выбора терапии? *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2010; 20(2):73-83 [*Storonova O.A., Trukhmanov A.S., Ivashkin V.T.* If pH-metry and esophageal motility examination required for diagnosis and treatment nowadays? *Ross z gastroenterol gepatol koloproktol* 2010; (20)2:73-83].
4. *Трухманов А.С., Сторонова О.А., Ивашкин В.Т.* Клиническое значение исследования двигательной функции пищеварительной системы: прошлое, настоящее, будущее *Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол* 2013; 23(5):4-14 [*Trukhmanov A.S., Storonova O.A., Ivashkin V.T.* Clinical value of gastrointestinal motility investigation: the past, the present and the future. *Ross z gastroenterol gepatol koloproktol* 2013; 23(5):4-14].
5. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias / *A.L. Catapano* [et al.]. *Eur Heart J* 2016 Oct. 14; 37(39):2999-3058.
6. 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 (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR) / *M.F. Piepoli* [et al.]. *Eur Heart J* 2016; 37(29):2315-81.
7. Task force on the management of chest pain / *L. Erhardt* [et al.]. *Eur Heart J* 2002;23:1153-76.