

УДК 616.12-08 КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В КАРДИОЛОГИИ

© С. А. ШУТ¹, Э. Н. ПЛАТОШКИН¹, С. П. ТИШКОВ¹, Л. В. ГОНЧАРОВА²

¹УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

²У «Гомельский областной клинический кардиологический центр», г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЗЮМЕ

Острый коронарный синдром представляет собой симптомокомплекс, проявляющийся болью в области сердца. Проведение диагностического поиска при кардиалгии требует исключения ряда заболеваний, в том числе острой хирургической патологии. Тактика оказания медицинской помощи и объем обследований зачастую зависят не только от времени, прошедшего от начала ангинозного приступа до госпитализации, но и от правильной интерпретации результатов клинического обследования пациента.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, холецисто-кардиальный синдром, желчнокаменная болезнь, острый холецистит.

Вклад авторов: Шут С.А., Платошкин Э.Н., Тишков С.П., Гончарова Л.В.: сбор материала, редактирование, обсуждение данных, обзор публикаций по теме статьи, проверка важности содержания, утверждение рукописи для публикации.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования: исследование проведено без спонсорской поддержки.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Шут СА, Платошкин ЭН, Тишков СП, Гончарова ЛВ. Клинические параллели в кардиологии. *Проблемы Здоровья и Экологии*. 2020;65(3):115–118

CLINICAL PARALLELS IN CARDIOLOGY

© SVETLANA A. SHUT¹, ERIC N. PLATOSHKIN¹, SERGEI P. TISHKOV¹,
LARISA V. GONCHAROVA²

¹Gomel State Medical University, Gomel, Republic of Belarus

²Gomel Regional Clinical Cardiology Center, Gomel, Republic of Belarus

ABSTRACT

Acute coronary syndrome is a complex of symptoms which manifests itself as a chest pain. A diagnostic search in cardialgia requires exclusion of a number of diseases including acute surgical pathology. The patient management strategy and the volume of examinations often not only depend on the time from the beginning of an anginal attack till hospitalization but also on a correct interpretation of the results of the patient's clinical examination.

Key words: acute coronary syndrome, cholecystic-cardiac syndrome, cholelithiasis, acute cholecystitis.

Author contributions: collecting material, editing, discussing data, reviewing publications on the topic of the article, checking content, approving the manuscript for publication.

Conflict of interests: authors declare no conflict of interest.

Funding: study conducted without sponsorship.

FOR CITATION:

Shut SA, Platoshkin EN, Tishkov SP, Goncharova LV. Clinical parallels in cardiology. *Problems of Health and Ecology = Problemy Zdorov'ya i Ekologii* 2020;65(3):115–118. (In Russ.)

Введение

Острый коронарный синдром — термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию с высоким риском развития ИМ [1]. В последние десятилетия отмечается устойчивая

тенденция к увеличению заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца, а также манифестация ее проявлений у людей более молодого возраста [2, 3]. Современные реалии таковы, что установление диагноза и определение тактики ведения пациентов с данной патологией четко прописаны в клинических протоколах и порядок действий врачей различных эта-

пов оказания медицинской помощи пациенту в большинстве случаев соблюдается [4]. Однако не следует забывать о том, что существуют «клинические маски» заболеваний, которые порой влияют на восприятие целостной клинической картины и затрудняют правильную диагностику. В практике хирурга встречаются ситуации, когда синдром «острого живота» оборачивается абдоминальной формой инфаркта миокарда. При возникновении хирургической патологии на первый план могут выступать клинические проявления, маскирующие ее. Так, С. П. Боткиным был описан коронарно-билиарный синдром, в дальнейшем называвшийся рефлекторной стенокардией при холецистите, билиарно-кардиальным и холецисто-кардиальным синдромом. Появление болей в области сердца при наличии у пациента желчнокаменной болезни, острого холецистита по данным разных авторов составляет от 7 до 50 %. Описаны различные варианты холецисто-кардиального синдрома. Пациенты могут предъявлять жалобы на одышку, чувство нехватки воздуха, повышение артериального давления. Достаточно часто регистрируют нарушения ритма сердца, в частности, экстрасистолы, которые могут быть единичными, групповыми, в ряде случаев по типу аллоритмии. Их особенностью является частое возникновение аритмий после обильного приема пищи, при тряской езде. Среди других изменений ЭКГ встречаются укорочение интервала PQ, деформация желудочкового комплекса, нарушения внутрижелудочковой проводимости, неполная блокада правой ножки пучка Гиса [5, 6, 7]. При стенокардитической форме острого холецистита возникают боли в области сердца, чаще в нижней трети грудины, различной интенсивности. Это связано с рефлекторным нарушением кровотока в аорте, правой венечной и общей печеночной артериях в результате гипертензии в желчном пузыре, а также с влиянием инфекционного фактора, интоксикации, особенно при гнойных и деструктивных формах холецистита [6, 8, 9]. Применение лекарственных препаратов для купирования острого коронарного синдрома, в частности, нитратов, антагонистов кальциевых каналов оказывает спазмолитический эффект на гладкую мускулатуру билиарного и гастроинтестинального трактов. Это уменьшает болевой и диспепсический синдромы и приводит к более поздней диагностике хирургической патологии, а порой и к развитию осложнений.

Случай из клинической практики

Пациент Р., 46 лет, с жалобами на тошноту, однократную рвоту, чувство стеснения в грудной клетке вызвал бригаду скорой медицинской помощи (СМП). При осмотре было зарегистрировано повышение артериального давления (140/90 мм рт. ст.) и подъем сегмента ST на 1 мм в третьем стандартном отведении ЭКГ. Врачом СМП был выставлен диагноз: «ИБС: впервые возникшая стенокардия. Артериальная гипертензия 2-й степени». После оказания медицинской помощи (нитроглицерин, аспирин, клопидогрель, аторвастатин, бисопролол, эналаприл, моксонидин внутрь, гепарин внутривенно, фуросемид внутримышечно) пациент был доставлен в приемное отделение Гомельского областного клинического кардиологического центра.

Несмотря на оказанную бригадой СМП помощь, в приемном отделении пациент предъявлял жалобы на дискомфорт и ощущение сдавления в грудной клетке. Из анамнеза заболевания установлено, что он более 5 лет страдает артериальной гипертензией, постоянно принимает комбинированный гипотензивный препарат (периндоприл + амлодипин + индапамид: 5 мг/5 мг/1,25 мг). Объективный осмотр выявил наличие общего нарушения жирового обмена (ИМТ — 39,5), приглушенность тонов сердца, расширение границ сердца влево. На ЭКГ подъем сегмента ST зарегистрирован не был, но учитывая сохранение болевого синдрома и наличие зарегистрированного подъема сегмента ST в 3-м стандартном отведении на 1 мм на электрокардиограмме, выполненной бригадой скорой помощи, пациент был госпитализирован в отделение интенсивной терапии (ИТ).

При поступлении в отделение ИТ пациент не предъявлял жалоб на боль в грудной клетке. Биохимические тесты не выявили повышения кардиоспецифических ферментов, оценка риска развития неблагоприятных кардиоваскулярных событий по шкале GRACE соответствовала 98 баллам (низкий риск), на ЭКГ не было зафиксировано достоверных патологических изменений. Учитывая данные обстоятельства, экстренная коронароангиография пациенту не выполнялась. В течение 6 часов на фоне проводимого лечения (инфузия нитроглицерина, гепарина, пероральный прием лизиноприла и бисопролола) отмечалось отсутствие болевого синдрома и общее удовлетворительное состояние пациента. Чувство сдавления и дискомфорт в грудной клетке возобновились ночью, спустя

2 часа после окончания введения нитроглицерина, и были купированы введением анальгина с димедролом, но рецидивировали спустя 4 часа. На эхокардиографии в условиях недостаточной визуализации выявлены вероятные признаки расслоения аорты, и пациенту выполнена КТ-ангиография аорты с контрастированием, по результатам которой данных о наличии расслоения аорты не получено, но обнаружены признаки калькулезного холецистита (конкременты в желчном пузыре 17 и 22 мм, отек паравезикальной клетчатки). При динамическом контроле лабораторных показателей было выявлено нарастание лейкоцитоза ($9,3 \times 10^9/\text{л}$ до $13,7 \times 10^9/\text{л}$), трансаминаз (АСТ — 57,7 Ед/л, АЛТ — 66 Ед/л) и билирубина ($34,4 \text{ мкмоль/л}$). Далее был инициирован перевод пациента в лечебное отделение, где он осмотрен хирургом, проводилась спазмолитическая терапия. По данным динамического контроля УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение желчного пузыря ($140 \times 140 \text{ мм}$), утолщение его стенки до 5 мм и инфильтрация окружающих тканей, наличие конкрементов: свободных (один размером 20 мм и несколько мелких до 5 мм) в просвете пузыря, а также фиксированного в шейке (размером 10 мм). При углубленном сборе анамнеза пациент вспомнил о периодическом появлении болей в эпигастрии, правом и левом подреберьях при тряской езде в транспорте на протяжении последнего года.

В результате проведенного обследования был выставлен клинический диагноз: «Острый калькулезный холецистит» и пациент переведен для дальнейшего лечения в хирургический стационар. Во время оперативного вмешательства выявлена гангренозная форма острого холецистита, которая без операции привела бы к развитию осложнений (перитонит, сепсис и др.).

Заключение

Представленный клинический случай оказывает, что наличие у пациента клинических признаков острого коронарного синдрома не всегда является следствием ишемической болезни сердца. В случае отсутствия классических диагностических критериев заболевания необходимы детальное уточнение анамнеза, внимательное полное объективное обследование и динамический контроль состояния пациента. Это сокращает время до установления диагноза и позволяет избежать выполнения дорогостоящих диагностических манипуляций, ле-

чебных процедур, а также способствует снижению риска развития осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Снежицкий ВА. Инфаркт миокарда: патофизиологические механизмы развития, диагностическая стратегия и тактика лечения: монография. Гродно, РБ; 2015. 328 с.
2. Здоровоохранение в Республике Беларусь [Электронный ресурс]. Официальный статистический сборник за 2018 г. [дата обращения: 12.02.2020] Режим доступа: <http://e-health.by/ru/activity-of-the-center/statistika/statistical-compilations>
3. Смертность в Республике Беларусь [Электронный ресурс]. Официальный статистический сборник за 2016-2017 гг. [дата обращения: 12.02.2020] Режим доступа: <http://e-health.by/ru/activity-of-the-center/statistika/statistical-compilations>
4. Диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения [Электронный ресурс]. Клинический протокол: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06 июня 2017 г. № 59. Министерство здравоохранения Республики Беларусь. [дата обращения: 12.02.2020]. Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_855782_posta59.pdf
5. Угольник ТС, Мистюкевич ИИ, Шут СА. Нарушения ритма сердца. Гомель: РБ, 2011. 40 с.
6. Панфилов БК. Варианты билиарно-кардиального синдрома Боткина при остром холецистите. *Хирургия*. 2002; 2:8-30.
7. Лоранская ИД, Михайлова АХ, Тарасенко ОФ, Шилова АМ. Влияние патологии желчевыводящих путей на риск развития ишемической болезни сердца. *Русский Медицинский Журнал*. 2008;16(25):1695-8.
8. Ветшев ПС. Желчнокаменная болезнь и холецистит. *Клинические перспективы Гастроэнтерологии, Гепатологии*. 2005;1:16-25.
9. Мараховский ЮХ, Мараховский КЮ. Гастроэнтерологические аспекты обмена холестерина: гепатоцитарные и каналикулярные компартменты обмена холестерина и их клинкопатофизиологическое значение. *Российский Журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии*. 2006;16(6):41-55.

REFERENCES

1. Snesitski VA. Myocardial infarction: pathophysiological mechanisms of development, diagnostic strategy and treatment tactics: monograph. Grodno, Belarus; 2015. 328 p. (in Russ.)
2. Health care in the Republic of Belarus [Electronic resource]. Official statistical collection for 2018; [accessed 12.02.2020] Rezhim dostupa: <http://e-health.by/ru/activity-of-the-center/statistika/statistical-compilations>
3. Mortality in the Republic of Belarus [Electronic resource]. Official statistical collection for 2016-2017 [accessed 12.02.2020] Rezhim dostupa: <http://e-health.by/ru/activity-of-the-center/statistika/statistical-compilations>
4. Diagnostics and treatment of diseases of the circulatory system [Electronic resource]. Clinical Protocol: resolution of the Ministry of health of the Republic of Belarus No. 59 of June 06, 2017. Ministry

- of health of the Republic of Belarus. [date of access: 12.02.2020] Rezhim dostupa: http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_855782_posta59.pdf
5. Ugolnik TS, Mistukevich II, Shut SA. Rhythm disorders of the heart Gomel, Belarus; 2011. 40 p. (in Russ.)
 6. Panfilov BK. Variants of biliary-cardiac Botkin's syndrome in acute cholecystitis. *Surgery*. 2002;2:8-30. (in Russ.)
 7. Loranskaya ID, Mikhailova AH, Tarasenko OF, Shilova AM. Influence of biliary tract pathology on the risk of coronary heart disease. *Russian Medical Journal*. 2008;16(25):1695-8. (in Russ.)
 8. Vetshev PS. Cholelithiasis and cholecystitis. *Clinical Perspectives of Gastroenterology, Hepatology*. 2005;1:16-25. (in Russ.)
 9. Marakhovsky JH, Marakhovsky KJ. Gastroenterological aspects of cholesterol metabolism: hepatocytic and canalicular cholesterol exchange Comparators and their clinical and pathophysiological significance. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology*. 2006;16(6):41-55. (in Russ.)

Поступила 25.02.2020

Received 25.02.2020

Принята в печать 24.09.2020

Accepted 24.09.2020

Сведения об авторах:

Шут Светлана Александровна — к.м.н., доцент, доцент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; e-mail: Kvb2@tut.by; <https://orcid.org/0000-0003-0626-9142>

Платошкин Эрик Николаевич — к.м.н., доцент, заведующий кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; <https://orcid.org/0000-0001-5803-835X>

Тишков Сергей Петрович — ассистент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; <https://orcid.org/0000-0002-6061-4165>

Гончарова Лариса Васильевна — заведующая кардиологическим отделением № 3, У «Гомельский областной клинический кардиологический центр»; <https://orcid.org/0000-0003-2914-0202>

Автор, ответственный за переписку:

Шут Светлана Александровна — e-mail: Kvb2@tut.by

Information about authors:

Svetlana A. Shut — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Internal Diseases No.2 with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining, EI «Gomel State Medical University»; e-mail: Kvb2@tut.by; <https://orcid.org/0000-0003-0626-9142>

Eric N. Platoshkin — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Internal Diseases No.2 with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining, EI «Gomel State Medical University»; <https://orcid.org/0000-0001-5803-835X>

Sergei P. Tishkov — Assistant lecturer at the Department of Internal Diseases No.2 with the course of the Faculty of Professional Development and Retraining, EI «Gomel State Medical University»; <https://orcid.org/0000-0002-6061-4165>

Larisa V. Goncharova — Head of Cardiology No.3, Gomel Regional Clinical Cardiology Center; <https://orcid.org/0000-0003-2914-0202>

Corresponding author:

Svetlana A. Shut — e-mail: Kvb2@tut.by