

ma Workshop Consensus Panel 3. *Blood*. 2011 May 5. 117 (18):4701-5. [Medline].

8. Palumbo A, Avet-Loiseau H, Oliva S, et al. Revised International Staging System for Multiple Myeloma: A Report From International Myeloma Working Group. *J Clin Oncol*. 2015 Sep 10. 33 (26):2863-9. [Medline]. [FullText]

9. *Нефрология*. Под. ред. Мухина Н. А. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2016. – 608 с.

10. Moreau, P., et al., Multiple myeloma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 2017. 28(suppl\_4): p. iv52-iv61.

11. Kumar, S. K., et al., NCCN Guidelines Insights: Multiple Myeloma, Version 3.2018. *J Natl Compr Canc Netw*, 2018. 16(1): p. 11–20.

12. И. О. Стома, В. В. Смольникова, И. А. Искров, И. А. Карпов, В. Ю. Гриневич, И. Ю. Лендина, Е. А. Дерех, О. В. Герасимович // Иммунологическое обоснование сроков вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции у пациентов с множественной миеломой после аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток. *Медицинский журнал*. 2019. – № 1. – С. 108–112.

Поступила 28.01.2019 г.

Ю. Л. Карпович, Т. П. Пронько, С. С. Карачаров, Ю. И. Карпович

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТКИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Цель описания клинического случая: обратить внимание терапевтов, гастроэнтерологов, врачей участкового звена на атипичную клинику течения ишемической болезни сердца. В описанном клиническом случае у пациентки К., 58 лет, были недостаточно оценены данные объективного и инструментального обследования, что привело к трудностям в постановке диагноза и правильной терапии.*

**Ключевые слова:** атипичный болевой синдром, ишемическая болезнь сердца.

Y. L. Karpovich, T. P. Pronko, S. S. Karacharow, Y. I. Karpovich

## CLINICAL CASE OF ATYPICAL PAIN SYNDROME IN PATIENT WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

*The purpose of the case description is to turn attention of internist, gastroenterologist, district doctors to atypical clinic of ischemic heart disease. In the described case of patient K., aged 58 years, objective and instrumental data had been underestimated, which resulted in difficulty in diagnosis and treatment.*

**Key words:** atypical pain syndrome, ischemic heart disease.

В Республике Беларусь, как во всех странах мира, отмечается рост заболеваемости болезнями системы кровообращения, которые занимают первое место в структуре смертности и инвалидности населения (рисунок 1. Заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения на 100 000 человек населения) [1, 2].

Заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом в графе по Республике Беларусь болезни системы кровообращения за 2015 год составила 255 058 случаев, а за 2016 – 268 644 случаев, из них на острый инфаркт миокарда приходится 13 143 и 13 350 случаев соответственно [2].

Стенокардия – это клинический синдром, проявляющийся чувством дискомфорта или болью в грудной клетке сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще всего за грудиной и может отдавать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область, левую лопатку [1].

Стабильная стенокардия напряжения – это приступы болей, которые продолжаются более одного месяца, имеют определенную периодичность, возникают при схожих физических нагрузках и купируются коронаролитиками [3, 4].

В Международной Классификации Болезней X пересмотра стабильная ИБС находится в 2 рубриках: I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца (I25.6 Бессимптомная ишемия миокарда, I25.8 Другие формы ишемической болезни сердца) и I20 Стенокардия [грудная жаба] (I20.1 Стенокардия с документально подтвержденным спазмом, I20.8 Другие формы стенокардии).

По классификации стабильной стенокардии выделяют: Стенокардия напряжения: 1.1. стенокардия напряжения впервые возникшая. 1.2. стенокардия напряжения стабильная с указанием ФК (I–IV). 1.3. стенокардия спонтанная (вазоспастическая, особая, вариантная, Принцметала). Выделя-

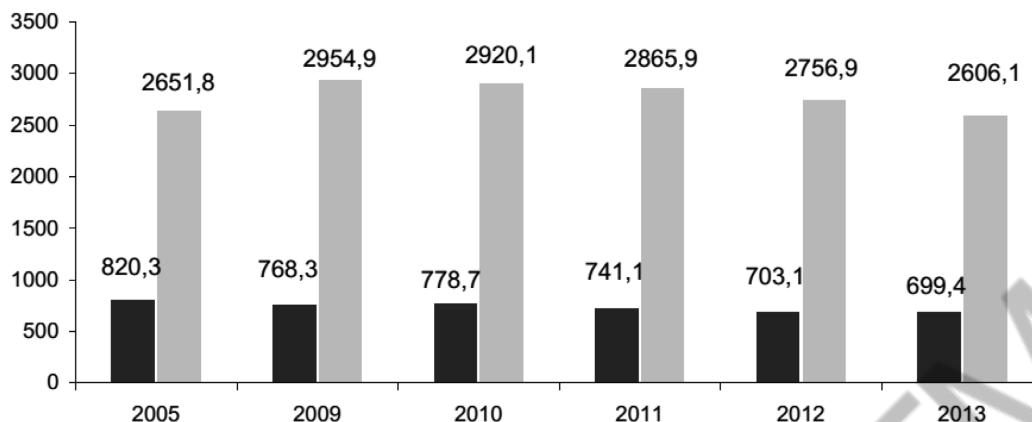


Рис. 1. Заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения на 100 000 человек населения

ют также безболевою ишемию миокарда, кардиальный синдром Х (микроваскулярная стенокардия).

Основой любого диагноза – первичный осмотр и опрос пациента, которые до получения результатов обследования позволяют выбрать верное направление для дальнейшей тактики. Для типичной стенокардии характерна классическая триада: загрудинная боль или дискомфорт характерного описания и длительности, появление боли при физической нагрузке или эмоциональном стрессе, уменьшение в покое или после приема нитроглицерина. Атипичной стенокардией принято считать два из вышеперечисленных признаков.

Следует помнить о так называемых эквивалентах стенокардии: аритмическом, астматическом, периферическом. Из всех вышеперечисленных вариантов наиболее часто встречается аритмический эквивалент стенокардии. Лидирующим в клинике будут преходящие нарушения ритма и проводимости (чаще всего желудочковая экстрасистолия, фибрилляция предсердий, преходящие АВ или внутрижелудочковые блокады) при отсутствии в это время ангинозного приступа. На высоте ишемии возможно преходящее замедление атриовентрикулярной или проводимости [1, 5, 6].

При массивном атеросклеротическом поражении коронарных сосудов на фоне органического повреждения миокарда (миокардит, кардиосклероз и др.) возможно появление астматического эквивалента стенокардии. В таких случаях в клинике преобладает симптоматика левожелудочковой недостаточности.

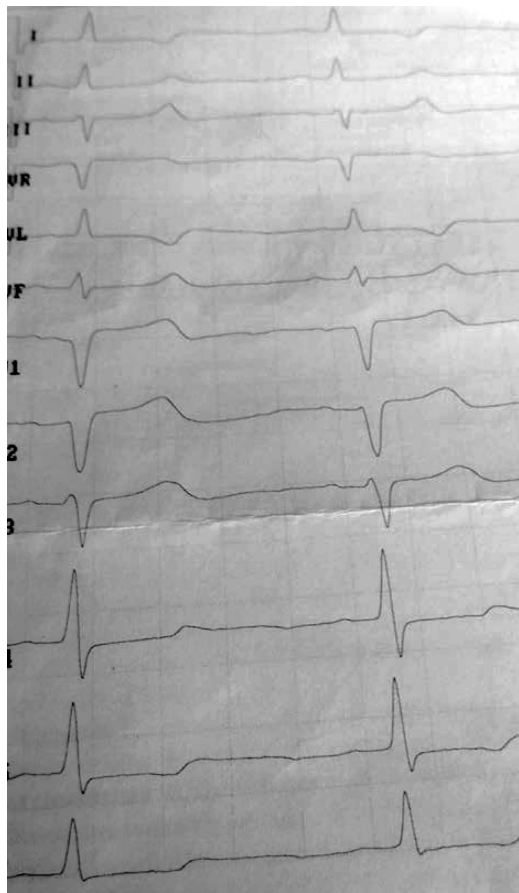
Редким вариантом атипичного течения является периферический эквивалент стенокардии, при этом болевой синдром в грудной клетке не возникает.

Пациентка К., 58 лет, в июне 2016 года поступила в терапевтическое отделение УЗ «ГОКБ МР» г. Гродно с жалобами на боли в области эпига-

стрия, отдающие в правое подреберье, периодически опоясывающего характера, сопровождающиеся повышением артериального давления до 150/100 мм рт. ст., последний приступ возник при ходьбе и уменьшился при прекращении физической нагрузки. Из анамнеза вышеуказанные жалобы появились в январе месяце, пациентка связала свое самочувствие с погрешностью в диете и за медицинской помощью не обратилась. Ограничив себя в питании, улучшение не почувствовала. Учащение болевых приступов отмечает в течение последнего месяца, в связи с чем была стационарно обследована в УЗ «ГКБ № 4» и выписана с диагнозом «хронический панкреатит, обострение; хронический эрозивный гастрит, ГЭРБ: эзофагит; грыжа пищеводного отдела диафрагмы; полипоз желчного пузыря; гемангиома печени; инсулиннезависимый сахарный диабет; артериальная гипертензия 11, риск 4, Н1». За период стационарного лечения динамика самочувствия незначительна, после выписки и соблюдения всех рекомендаций гастроэнтеролога не отмечает улучшения. Для уточнения диагноза и лечения была направлена в терапевтическое отделение ГУЗ «ГОКБ МР» г. Гродно.

Из анамнеза жизни установлено, что у пациентки около 9 лет назад была выявлена гиперхолестеринемия, назначены статины, но принимать лекарства не стала. Курит около 4–5 лет менее пачки в день, наследственный анамнез отягощен – у отца развился инфаркт миокарда, умер в возрасте 51 года.

При объективном обследовании: состояние удовлетворительное, температура тела 36,2 °С. Кожные покровы обычного цвета, высыпаний нет. Отеки отсутствуют. Костно-суставная система без видимых патологических изменений. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание,



побочные дыхательные шумы не выявлены. Частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости соответствуют норме. При аускультации тоны сердца ритмичные, 1 тон сохранен. Артериальное давление 140/80 мм рт. ст. на обеих руках, пульс 80 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, обложен умеренно у корня белым налетом. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберьи. Размеры печени не увеличены, при пальпации край мягкий, умеренно болезненный. Селезенка не пальпируется, перкуторные ее размеры в пределах нормы. Стул регулярный оформленный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено.

Лабораторные исследования. Общий анализ крови – лейкоциты  $8,32 \times 10^9 / \text{л}$ , эритроциты  $4,79 \times 10^{12} / \text{л}$ , гемоглобин 140 г/л, скорость оседания эритроцитов 9 мм/час.

Общий анализ мочи – соломенно-желтая, 1018 удельный вес, белок, сахар – отрицательна, лейкоциты 1-2 в поле зрения. Диастаза мочи 62.

Биохимический анализ крови – общий белок 74 г/л, мочевины 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок

отрицательный, общий билирубин 15,5 ммоль/л, АСТ 18 ЕД, АЛТ 22 ЕД, калий 5,3 ммоль/л, натрий 143 ммоль/л, хлор 104 ммоль/л, КФК 40, общий холестерин 7,1 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,3 ммоль/л, ЛПНП 4,9 ммоль/л, индекс атерогенности 4,4, триглицериды 2,9 ммоль/л.

Коагулограмма – АЧТВ 25 с, МНО 0,87, фибриноген 3,9 г/л.

Реакция МРП – отрицательная.

Гликемический профиль – 8,4 ммоль/л; 10,0 ммоль/л; 8,0 ммоль/л

Инструментальное обследование.

Рентгенография органов грудной клетки – без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 72 уд./мин, электрическая ось отклонена влево, ишемия передно-боковой области левого желудочка?

ЭХО КГ: небольшая гипертрофия стенок левого желудочка, размеры камер сердца не увеличены, зон гипокинеза не выявлено, фракция выброса 65%.

ХОЛТЕР ЭКГ: эпизоды синусовой тахикардии – 1, наджелудочковая экстрасистолия – 151, количество эпизодов смещения сегмента ST – 167, общая продолжительность ST-депрессии – 05:04:20.

УЗИ внутренних органов: печень контуры ровные, структура диффузно неоднородная, эхогенность умеренно повышена, воротная вена 9 мм, брюшная аорта 15 мм. Желчный пузырь 56×22 мм, обычная форма, стенки 2,5 мм, в просвете округлые образования на ножке диаметре 6 мм, 3 мм, 2 мм по задней стенке, 5 мм и 3 мм по передней. Поджелудочная железа 27×19×31 мм, контур неровный, нечеткий, эхогенность повышена. Почки равновеликие, контур ровный, четкий, паренхима 14 мм, ЧЛС не расширена, синусовые кисты слева до 14 мм. Щитовидная железа – норма, регионарные лимфоузлы не увеличены.

Пациентка была проконсультирована кардиологом, кардиохирургом, нефрологом, эндокринологом, психотерапевтом. Консилиумом врачей выставлен диагноз: ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 2–3. Артериальная гипертензия 2, риск 4. Н1. Гепатоз. Полипы желчного пузыря. ГЭРБ: эзофагит; грыжа пищеводного отдела диафрагмы. Хронический гастрит. Сахарный диабет 2 тип. Рекомендованы: коронарография (записана в неотложном порядке), гипохолестериновая диета, прием аторвастатина 10 мг, рамиприл 5 мг в сутки, биспролол 5 мг в сутки, клопидогрель 75 мг в сутки, монокапс 40 мг в сутки.

На фоне проводимого стационарного лечения пациентка отмечает выраженную положи-

тельную динамику, абдоминальные боли не беспокоили.

Анализируя диагностику на поликлиническом и стационарном этапе, можно сделать следующие **выводы:**

1. Учитывая высокую распространенность ишемической болезни сердца, следует признать, что с ней может столкнуться каждый врач, независимо от его специальности, поэтому необходимо помнить не только типичные, но и атипичные варианты заболевания и методы диагностики.

2. Подробный и детальный сбор жалоб, анамнеза, данные осмотра позволяют выявить несоответствие клинических проявлений, характерных для гастроэнтерологической патологии. Так усиление болевого абдоминального синдрома при ходьбе, то есть при выполнении физической нагрузки, а не погрешностью в диете, купирование его в состоянии покоя, наличие ксантелазм в уголках век и гиперхолестеринемия, наводят на мысль об атипичной клинике поражения сердечно-сосудистой системы, а не о патологии ЖКТ.

3. Ранняя диагностика вовлечения кардиальной системы в трудоспособном возрасте позволяет предотвратить развитие сердечно-сосудистой катастрофы и инвалидизации пациента.

## Литература

1. Манак, Н. А. Диагностика и лечение стабильной стенокардии: нац. Рекомендации / Н. А. Манак, Е. С. Атрошенко, И. С. Карпова, В. И. Стельмашок. – Минск, 2010. – 86 с.
2. Сеть, кадры организаций здравоохранения и заболеваемость населения в Республике Беларусь, 2016 [Электронный ресурс] : статистический бюллетень, 17.04.2017 // Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Режим доступа: [http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public\\_bulletin/index\\_7295](http://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_bulletin/index_7295). – Дата доступа 18.11.18.
3. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease / Eur. Heart J. – 2013. – № 34. – P. 2949–3003.
4. Greenland, P. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: a report of the American College of Cardiology Foundation / P. Greenland et al. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. – № 56. – P. 50–103.
5. Aboyans, V., Lacroix, P. Indications for carotid screening in patients with coronary artery disease / V. Aboyans, P. Lacroix // Presse Med. – 2009. – № 38. – p. 977–986.
6. Montalescot, G. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease / G. Montalescot et al. // Eur. Heart J. – № 10. – p. 296.
7. Palaniswamy, C., Aronow W. S. Treatment of stable angina pectoris / C. Palaniswamy, W. S. Aronow // Am. J. Ther. – 2011. – № 18. – P. 138–152.
8. Henderson, R. F., O'Flynn N. Management of stable angina: summary of NICE guidance / R. F. Henderson, N. O'Flynn // Heart. – 2012. – № 98. – P. 500–507.

Поступила 26.02.2019 г.

С. Н. Шубина<sup>2</sup>, О. А. Скугаревский<sup>1</sup>

## НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ И ИНВАЛИДНОСТЬ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»<sup>2</sup>

*В настоящей работе поднимаются проблемные вопросы в отношении констатации утраты трудоспособности у пациентов с диагнозом нервная анорексия, а также приводится разбор клинического случая при установлении группы инвалидности у пациентки с данной нозологией; обсуждаются сложности диагностики и лечения нервной анорексии. Приводятся результаты сравнительного поперечного одномоментного исследования, проводившегося в рамках научного проекта в 2013 г. (исследование проводилось в добровольной анонимной форме), в котором принимали участие девушки и молодые женщины (средний возраст респондентов не превышал 30 лет): не имеющие психических и поведенческих расстройств на момент включения в исследование, страдающие нервной анорексией, страдающие параноидной формой шизофрении с длительностью болезненного процесса до 5 лет. Определили, что нарушения пищевого поведения зачастую требуют динамического наблюдения.*

**Ключевые слова:** нервная анорексия, инвалидность.

S. N. Shubina, O. A. Skugarevsky

## ANOREXIA NERVOSA AND DISABILITY

*This paper deals with problematic areas related to pronouncement of disability in patients diagnosed with anorexia nervosa; it also provides a review of a clinical case with assessment of disability in a patient with this ICD code and considers challenges of diagnosing and treating anorexia nervosa. The article contains the results of the comparative cross-sectional study conducted in 2013 within the research project. The study was voluntary and anonymous. The study group consisted of the teenage girls and young women (the mean age of the respondents was over 30). Among them were those, who had no mental or behavior disorders, those who had anorexia nervosa, those, who suffered paranoid schizophrenia for less than 5 years. It was found out that eating disorders commonly need a dynamic monitoring.*

**Key words:** anorexia nervosa, disability.