

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРОТЕКАЮЩИЕ ПОД МАСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ, И ИХ ДИАГНОСТИКА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10 городская больница»²

В работе дан анализ диагностических ошибок ишемической болезни сердца у молодых людей. Исследовано 50 больных в возрасте от 20 до 40 лет, рабочие и служащие. Большинство из них неоднократно лечились в поликлиниках и стационарах. У 22-х человек (44%) диагноз не подтвержден. Приведены заболевания наиболее часто дающие гипердиагностику ИБС у молодых. Выявлены основные причины диагностических ошибок и возможные пути их ликвидации. В первую очередь следует отметить использование методов перекрестного выявления ИБС (коронароангиография, сцинтиграфия миокарда, ЭХОКГ). Важное значение в постановке диагноза, имеет умение собирать анамнез и правильно трактовать полученные данные. В случае расхождения диагнозов, необходимо проводить клинико-поликлинические конференции с разбором случаев расхождения.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, диагностика, ошибки заболевания, исследования, коронароангиография, сцинтиграфия миокарда, ЭХОКГ.

R. A. Novikova, O. A. Vasilevich

THE DISEASES PROCEEDING BEHIND A MASK OF CORONARY HEART DISEASE AT YOUNG PEOPLE, AND THEIR DIAGNOSTICS

The research presents the analysis of diagnostic mistakes in ischemic heart disease (IHS) among young people. 50 patients have been examined, all workers and employees aged between 20 and 40. Most of them have undergone a course of treatment several times in polyclinics and hospitals. The diagnosis of 22 patients (44%) wasn't confirmed. The research outlines diseases often causing IHS overdiagnosis among young people. The main causes of diagnostic mistakes and possible ways of their avoiding are also presented. Among them are high-tech methods of IHS detection such as coronary arteriography, cardiac radionuclide imaging, heart US. Obtaining a case history and its right interpretation is also important in his diagnosing. In case clinical diagnoses are different conferences should be held aiming at investigating each case.

Key words: ischemic heart disease (IHS), diagnostics mistakes, diseases, research, coronary arteriography, cardiac radionuclide imaging, heart US.

В последние годы значительно участилась ишемическая болезнь сердца (ИБС) особенно у молодых. Это явление имеет особенно неблагоприятные демографические и экономические последствия. В то же время диагностика ИБС у молодых зачастую по ряду обстоятельств затруднена, отмечается ее гипердиагностика, что влечет за собой массу осложнений и ошибок в лечении.

Актуальность исследования обусловлена тенденцией к омоложению ИБС, ее ростом и возрастающими затратами государства на лечение и реабилитацию больных. Гипердиагностика заболевания многократно увеличивает экономические затраты.

Цель работы проанализировать причины ошибок в диагностике ИБС у молодых, выяснить возможности их устранения, выявить наиболее частые забо-

левания, протекающие под маской ИБС, наметить пути более точной и ранней диагностики ИБС и устранения причин диагностических расхождений.

Задачи:

1. Выявить основные ошибки в диагностике ИБС у молодых людей.
2. Отметить наиболее частые заболевания, протекающие под маской ИБС у молодых людей.
3. Определить возможности и наметить пути устранения причин гипердиагностики ИБС у молодых.

Материалы и методы

Исследовано 50 пациентов в возрасте от 20 до 40 лет, 44 мужчин и 6 женщин, 23 служащих и 27 рабочих.

Всем больным проводили физикальное обследование, анамнез, анализ факторов риска, исследовали липидный спектр, кардиоспецифические ферменты, ЭКГ, УЗИ сердца, выявляли депрессию по специальной анкете. При необходимости выполняли холтеровское мониторирование ЭКГ, сцинтиграфию миокарда, КАГ, R-графию грудной клетки.

Результаты и обсуждение

По результатам исследования все пациенты разделены на 2 группы: 1 группа – ИБС подтверждена – 28 человек (56%), 2 группа – диагноз изменен – 22 человек (44%). Во вторую группу вошли больные с заболеваниями, установленными после обследования:

1. Миокардиодистрофия дисметаболическая на фоне сахарного диабета – 1 человек.
2. Алиментарно-токсическая кардиомиопатия 4 пациента – молодые люди, злоупотребляющие алкоголем, у всех отрицательные зубцы Т на ЭКГ.
3. В₁₂-дефицитная анемия с дистрофией миокарда – 2 пациента. Один пациент поступил с сильнейшими болями в сердце, выходил на болевой шок. На ЭКГ отрицательные зубцы Т, в V₃₋₆, в ОАК выраженная анемия. Проведена КАГ – артерии чистые. Консультирован гематологами. После начатой терапии витамином В₁₂ отстроилась ЭКГ, исчезли боли. Второй пациент поступал повторно с теми же жалобами. Проведена витаминотерапия В₁₂, выписан с улучшением, отстроилась ЭКГ.
4. Тиреотоксикоз – 1 пациент, диагноз установлен после исследования гормонов щитовидной железы. Проведено лечение, отстроилась ЭКГ, исчезли боли в сердце.
5. Гипотиреоз – 1 человек. Мужчина получил травму 7 лет назад – перелом позвоночника. На протяжении нескольких лет отмечал слабость, недомогание, периодические боли в сердце. На ЭКГ отрицательные зубцы Т, в V₄₋₆, проведена КАГ, артерии чистые. После тщательного обследования выявлены изменения в щитовидной железе и явление тяжелейшего гипотиреоза. Консультирован эндокринологом. После проведенной терапии отстроилась ЭКГ, исчезли боли.

6. Аритмии на фоне дистрофии миокарда при АГ I ст. – 3 пациента. Проведена гипотензивная и метаболическая терапии. Выписаны со стабилизацией состояния.

7. Миокардит инфекционно-аллергический – 3 пациента (1 рецидивирующий). У двоих пациентов миокардит диагностирован на основании воспалительных изменений и классического анамнеза. Третий пациент поступал дважды. В первый раз проведена сцинтиграфия и КАГ – диагноз не совсем уточнен, но склонились в пользу миокардита. При повторном поступлении проведены все исследования – на сцинтиграфии диффузный гипокинез, воспалительные изменения крови. Выставлен диагноз миокардит, проведена противовоспалительная терапия, состояние улучшилось.

8. Язва желудка с малигнизацией – 1. На протяжении нескольких лет пациента беспокоили боли в эпигастрии. На ЭКГ отрицательные зубцы Т. Начатая антиангиальная терапия неэффективна. Проведена ФГДС и выявлена язва желудка с малигнизацией. Направлен на хирургическое лечение.

9. Антифосфолипидный синдром (АФС) – 1 пациент. Пациент поступил с классической картиной крупноочагового заднего инфаркта миокарда на ЭКГ и болями в области сердца. Накануне прооперирован по поводу тромбоза бедренной вены. Исходя из анамнеза – диагноз ТЭЛА под вопросом. Дегемеры крови в норме. КТ легких без отклонений от нормы. Проведена КАГ – артерии чистые. Проведены исследования на АФС (обнаружены антитела к бета-2 гликопротеиду I), поставлен диагноз – АФС, коагулопатия с острым мультиорганным тромбозом, тромбозом коронарных артерий с инфарктом миокарда задней стенки. Переведен в РНПЦ «Кардиология». В отделении проводилась антиагрегантная и антикоагулянтная терапия. Рекомендовано наблюдение у ревматолога.

10. ПМК – 1 пациент. Боли в сердце неопределенного характера, проведен курс β-блокаторов. Боли исчезли, липиды в норме.

В обеих группах были проанализированы факторы риска ИБС. В 1 группе практически 90% курят, более половины употребляют алкоголь, все не соблюдают диету, у каждого третьего депрессия или тревога и начало заболевания со стрессов или нервного напряжения, такой фактор риска как АГ встречается у 57% молодых людей с ИБС. Хотя характер работы (физическая или умственная) на развитие заболевания не сказывался.

Во второй группе факторов риска значительно меньше, хотя также прослеживается свободный образ жизни- курение, злоупотребление алкоголем, отсутствие диеты.

У пациентов обеих групп отличался характер боли и отмечались особенности начала заболевания. Так у 46% пациентов с ИБС были классические ангинозные боли, у 14% болей не было и 40% пациентов жаловались на боли неопределенного характера.

□ Оригинальные научные публикации

У 14% отмечалась слабость, у 1 – потеря сознания. Во второй группе ангинозные боли лишь в 9% случаев, у 23% болей не было, присланы из-за изменений на ЭКГ и практически у 70% пациентов наблюдались боли в области сердца не типичного характера – колющие, давящие. У 4 пациентов (18%) – начало после простуды.

Лабораторные данные: у больных из 1 гр – подтвержденная ИБС – по сравнению со второй группой чаще отмечалось повышение уровня холестерина (в 21% случаев в 1 гр. и в 5% – во 2 гр.) и кардиоспецифических ферментов: КФК-МВ (в 25% случаев в 1 гр. и в 10% – во 2 гр.) и тропонина (в 7% случаев в 1 гр. и в 5% – во 2 гр. АФС).

Инструментальные данные. На ЭКГ у больных из 1 гр.: отрицательный Т в разных отведениях – у 75%, признаки крупноочагового ИМ – у 11%, без выраженных изменений – 14%; во 2 гр.: отрицательный Т в разных отведениях – у 18%, различная экстрасистолия – у 45%, пароксизмальная рецидивирующая желудочковая тахикардия 1 (5%) и суправентрикулярная – 1 (5%). ЭхоКГ: в 1 гр.: выполнена у 25 пациентов (89%), у 3 пациентов (11%) – зоны гипокинеза, у 8 человек ФВ до 45%, у 1 – ПМК. Во 2-й группе ЭхоКГ выполнена у 18 пациентов (82%) – у 2-х ФВ снижена до 40%, у 3-х – зоны гипокинеза, у 1 – ПМК.

Коронарнанография: в 1 гр. выполнена у 8 пациентов (28%), из них: У 2 – гипоплазия правой коронарной артерии, У 1 – бляшка в огибающей ветви (поставлен стент), у 5 – чистые коронарные сосуды; во 2 гр. КАГ выполнена у 6 пациентов (27%) – коронарные артерии чистые. Холтеровское мониторирование ЭКГ: в 1 гр. выполнено 15 пациентам (54%) – из них у 5 (18%) различные аритмии, во 2 гр. выполнено у 6 (23%) пациентов – из них у 3 (14%) – различные аритмии.

В 1 гр наиболее выражены изменения на ЭКГ ишемического характера (отрицательный Т, депрессия ST у 15 человек (50,3%)). Во 2 гр. более выражены изменения дистрофического характера (снижен вольтаж, сглажен зубец Т у 11 человек (50%)).

Комплексное исследование, включавшее Холтеровское мониторирование ЭКГ+Эхокардиография+Сцинтиграфия миокарда+Коронарнанография было проведено 6 пациентам из второй группы – это пациенты с АФС. два с миокардитом, сложной аритмией, гипотиреозом. В₁₂-дефицитной анемией.

В обеих группах наиболее частым показателем, являющимся причиной постановки ИБС, служит отрицательный зубец Т в разных отведениях и боли за грудиной неопределенного характера.

Довольно часто отмечается атипичное течение ИБС у молодых (жалобы, ЭКГ. УЗИ), что затрудняет диагностику. Не прослеживается полноты исследования в сомнительных случаях.

У всех пациентов с измененным диагнозом прослеживается недостаточно четко собранный анамнез

и отсутствие правильной клинической трактовки полученных данных.

Часто имеет место неправильная трактовка ЭКГ, что мешает разграничить изменения ЭКГ при различных заболеваниях.

Не прослеживается должного клинического мышления у врачей при постановке диагноза.

Выводы

1. Следует обращать внимание молодых врачей на значимость правильно собранного анамнеза в постановке диагноза.

2. Следует помнить, что у молодых людей в силу разных причин течение заболевания часто (44%) атипичное, и под маской ИБС могут быть самые разные заболевания, требующие естественно абсолютного иного лечения.

3. В неясных случаях шире использовать комплексный подход в обследовании и диагностике.

4. С целью обучения врачей клиническому мышлению в случаях расхождения клинико-поликлинических диагнозов необходимо проведение клинико-поликлинических конференций с разбором указанных случаев.

5. Необходимо помнить «золотое» правило: зубец Т один, а болезней много.

Литература

1. Арутюнов, Г. П., Рылова А. К. // Сердце. – 2002. – Т. 1, № 4. – С. 182–186.

2. Гиляревский, С. Р. // Кардиология. – 2002. – № 7. – С. 80–87.

3. Данилов, И. П. Патогенез антифосфолипидного синдрома: новый взгляд на проблему // Мед. новости. – 2007. – № 11. – С. 27–28.

4. Дмитриев, В. В. // Практическая коагулология. – Минск, 2004. – С. 279–304.

5. Манак, Н. А. Современные взгляды на профилактику ишемической болезни сердца // Мед. новости. – 2003. – № 5. – С. 15–20.

6. Поддубный, А. В., Дюжиков А. А. и соавт. Ишемическая болезнь сердца у лиц молодого возраста: клиническая картина, диагностика, непосредственные результаты хирургического лечения // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2010. – № 4. – С. 32–35.

7. Сидоренко, Г. И. Перспективные направления кардиологической профилактики в Республике Беларусь // Мед. новости. – 2007. – № 9. – С. 41–43.

8. Фадеев, В. В., Мельниченко Г. А. Гипотиреоз: руководство для врачей. – М.: РКИ Северопресс, 2002.

9. Харджаи, К. Дж. Новые факторы риска развития ишемической болезни сердца // Международный журнал мед. практики. – 2001. – № 4. – С. 45–55.

10. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on coronary prevention // Eur. Heart J. – 1998. – Vol. 19. – P. 1434–1503.

Поступила 26.03.2014 г.