

Особенности диагностики кардиалгий у женщин

Боль в грудной клетке — наиболее частая причина обращений к врачу женщин в возрасте старше 50 лет. Например, в США ежегодно свыше 5 млн пациентов обращаются за неотложной помощью в связи с болью в груди, из них более половины составляют женщины. При этом, по данным исследования WISE, более чем 50% женщин, у которых не выявлено поражение коронарных артерий, продолжают испытывать болевые ощущения, не поддающиеся антиишемической терапии. У 59% пациенток подобная боль сохраняется до 10 лет и ведет к частым обращениям к врачу, низкому качеству жизни и дополнительным экономическим затратам. Количество женщин, госпитализированных в связи с болью в груди, значительно превышает количество мужчин (соответственно 4 млн против 2 млн).

Частота различных причин кардиалгий показана в таблице 1. Авторы подчеркивают связь между специализацией врача и частотой обнаружения тех или иных заболеваний при обращении пациента с болью в груди.

Таблица 1. Этиология кардиалгий в различных медицинских учреждениях (по материалам Erhardt, 2002)

Этиология	Врачи общей практики, %	Бригада скорой помощи, %	Отделения неотложной помощи, %
Патология сердечно-сосудистой системы	20	69	45
Патология опорно-двигательного аппарата	43	5	14
Патология легких	4	4	5
Патология ЖКТ	5	3	6
Патология психики	11	5	8

Данные, представленные в таблице, показывают, что наиболее частой причиной кардиалгий является патология сердечно-сосудистой системы.

Особенности кардиалгий у женщин при ишемической болезни сердца (ИБС)

Несмотря на значительное расширение возможностей современной инструментальной диагностики, тщательный анализ жалоб и анамнеза заболевания остается ключевым этапом диагностики ИБС.

Впервые описание стенокардии дал Геберден в 1768 г.: «У тех, кто подвержен ей (грудной жабе) при ходьбе, особенно после еды возникают болезненные, наиболее неприятные ощущения в груди. Эти ощущения, кажется, отнимут жизнь, если только усилятся или продолжатся. Но стоит остановиться, как эта скованность исчезает. Во всех других отношениях пациенты в начале этой болезни чувствуют себя хорошо, и, как правило, отсутствует укороченное дыхание, от которого это состояние полностью отличается». В 1910 г. В.П. Образцов и Н.Д. Стражеско в России, а в 1911 г. Геррик в США дали классическое описание клинической картины инфаркта миокарда. И в учебники внутренних болезней окончательно вошло определение коронарогенной боли как давящей, сжимающей боли, локализованной за грудиной, длящейся до 15 мин. При этом делается акцент на связь боли с физической нагрузкой и на эффективность нитроглицерина. Важным моментом является то, что подобное классическое описание

коронарогенной боли характерно в первую очередь для мужчин. Несмотря на то что у мужчин и женщин болевые ощущения могут значительно отличаться, врачи, как правило, ориентируются на классическое книжное описание коронарогенной боли. Такая «неполная» характеристика этого симптома ведет к тому, что у врачей возникают определенные диагностические трудности при выявлении ИБС у женщин, в связи с чем заболевание позже диагностируется, часто уже после возникновения серьезных осложнений.

Преобладание атипичного болевого синдрома у женщин неоднократно показано в литературе. Данные метаанализа, включавшего 25 тыс. больных, показали, что среди пациентов с доказанной стабильной стенокардией атипичный болевой синдром значительно чаще наблюдался у женщин. В исследовании Johnson et al. большинство женщин (70%) имели атипичный болевой синдром, при этом у одних было доказано значимое поражение коронарных артерий, а у других нет. Zaman et al. в исследовании, включавшем

11 082 пациента, показали, что атипичный болевой синдром более характерен для женщин, чем для мужчин (56,5% vs 54,5%, $p < 0,05$). Даже если женщины имели типичные для стабильной стенокардии жалобы, их реже, чем мужчин, направляли на коронарографию.

Локализация боли

По данным исследования Zaman и соавт., типичная загрудинная локализация боли отмечалась не более чем у 55% пациенток со стабильной стенокардией напряжения. Женщины чаще мужчин предъявляли такие нетипичные для стенокардии жалобы, как боли в нижней или средней части спины, в шее, в плече, одышка, ночная одышка, тошнота и рвота, нарушение переваривания пищи, потеря аппетита, слабость, вялость, головокружение. У женщин при стабильных формах ИБС чаще отмечалась боль в прекардиальной области, в области молочной железы и в надчревной области. Боль за грудиной наблюдалась не более чем у 20% пациенток. Среди пациентов шведских клиник заболевание проявлялось болью в шее или в нижней части спины в основном у женщин.

Связь с физической нагрузкой

У лиц женского пола реже отмечается четкая связь боли с физической нагрузкой, чаще — с ментальным или эмоциональным стрессом. Выявлено, что у пациенток с хронической формой ИБС болевые ощущения появляются чаще в покое и во время сна.

Длительность болевого синдрома

Среди пациентов с доказанными формами хронической ИБС у женщин чаще по сравнению с мужчинами отмечалась боль длительностью более 15 мин либо очень краткосрочная боль продолжительностью до 1 мин.

У женщин с острым коронарным синдромом чаще развивается типичный болевой приступ, чем у пациенток с хроническими формами заболевания. Таким образом, классическое описание коронарной боли может быть с большей достоверностью использовано в диагностике острого коронарного синдрома, чем для выявления стабильной стенокардии. Выявлены различия в продромальных (предшествующих острому коронарному синдрому) проявлениях у мужчин и женщин. Так, по данным McSweeney et al., за 1 мес. до серьезного коронарного события обследованные ими пациентки первым проявлением заболевания в 71% случаев назвали тошноту, в 48% — пробуждения во время сна, в 42% — одышку, тревожность — в 36%, нарушение переваривания пищи — в 39%, учащение сердечного ритма — в 27%, слабость/тяжесть в руке — в 25%. Эквивалентом приступа сердечной боли были: одышка — у 58% пациенток, слабость — у 55%, тошнота — у 43%, холодный пот — у 39%, ощущение дурноты — у 34%, слабость/тяжесть в руке — у 36%. В сравнении с мужской популяцией женщины чаще (27% vs 37%) не отмечают дискомфорта или болевых ощущений при госпитализации по поводу острого коронарного синдрома. Отсутствие болевого синдрома при доказанном значимом поражении коронарных артерий может быть связано не только с женским полом. Как известно, такие факторы, как возраст, сопутствующий сахарный диабет и гипертоническая болезнь, способствуют притуплению болевых ощущений у пациентов обоих полов.

Таким образом, клинические проявления ИБС (локализация и характер боли, связь с физической нагрузкой, длительность болевого синдрома) у женщин и мужчин могут отличаться, а классическое описание стенокардии не всегда позволяет достоверно установить диагноз у лиц женского пола.

Преобладание атипичных жалоб у женщин с ИБС связывают с микрососудистой и/или вазоспастической стенокардией. Именно этот патофизиологический механизм ишемии миокарда чаще встречается у женщин по сравнению с мужской популяцией. Показано, что только 50% женщин, обратившихся к врачу по поводу болевого синдрома в грудной клетке, имели значимое поражение коронарных артерий на ангиограммах. Несмотря на то что анализ жалоб и анамнеза является основным звеном диагностики ИБС, именно у женщин он в большинстве случаев не является эффективным, что ведет к несвоевременной диагностике, снижает оказание адекватной медицинской помощи и способствует развитию осложнений заболевания. Одним из выходов в данной ситуации является не изолированная оценка боли в груди у женщины, обратившейся за медицинской помощью, а учет детерминант ИБС (табл. 2) и стратификация пациенток в зависимости от типа болевого синдрома и имеющихся детерминант. На рисунке показана схема действий, предложенная P.S. Douglas et al.



В.И. Волков

Коронарография является золотым стандартом диагностики ИБС, но более чем у половины пациенток выявляются интактные коронарные артерии. Тем не менее к проведению данного исследования существуют строгие показания, приведенные ниже.

Исследование необходимо:

- пациентам, которые перенесли внезапную клиническую смерть;
- пациентам, которым проводится антиангинальная терапия, соответствующая современным стандартам, но она недостаточно эффективна и не обеспечивает необходимого качества жизни.

Исследование рекомендовано:

- если отсутствует возможность установить точный диагноз с помощью неинвазивных методов диагностики. При этом необходимость постановки диагноза выше риска осложнений коронарографии;
- при невозможности проведения неинвазивных исследований в связи с тяжелой органной патологией;
- пациентам, тщательное обследование которых связано с общественной безопасностью (летчики, машинисты);
- пациентам, у которых клинические данные не позволяют исключить аномалии коронарных артерий;
- при высокой вероятности поражения ствола левой коронарной артерии;
- при подозрении на ангиоспастический генез стенокардии.

Исследование не является необходимым:

- у пациентов, которые несколько раз проходили стационарное лечение в связи с болью в груди;
- у больных со средней вероятностью ИБС, которые настаивают на проведении исследования.

Проведение исследования не обосновано у пациентов с выраженной сопутствующей патологией, у которых риск проведения исследования превышает диагностическую пользу.

Корректная интерпретация болевого синдрома важна для оценки прогноза заболевания. Большинство исследований показали, что вероятность развития серьезных коронарных событий значительно выше у пациенток с типичным болевым синдромом. При этом в мужской популяции подобную связь не обнаружили. В исследовании Milner и соавт. показана высокая вероятность развития серьезных коронарных событий у пациенток с типичным для ИБС болевым синдромом. Более того, длительно сохраняющийся типичный болевой синдром даже при интактных коронарных артериях является маркером высокого риска.

Следствием недооценки и неправильной оценки болевого синдрома у женщин является так называемый Ентл синдром (Yentl syndrome) — недостаточное использование диагностических и терапевтических процедур у женщин и сниженная осторожность в оценке риска коронарных событий в сравнении с мужчинами. Впервые он был описан

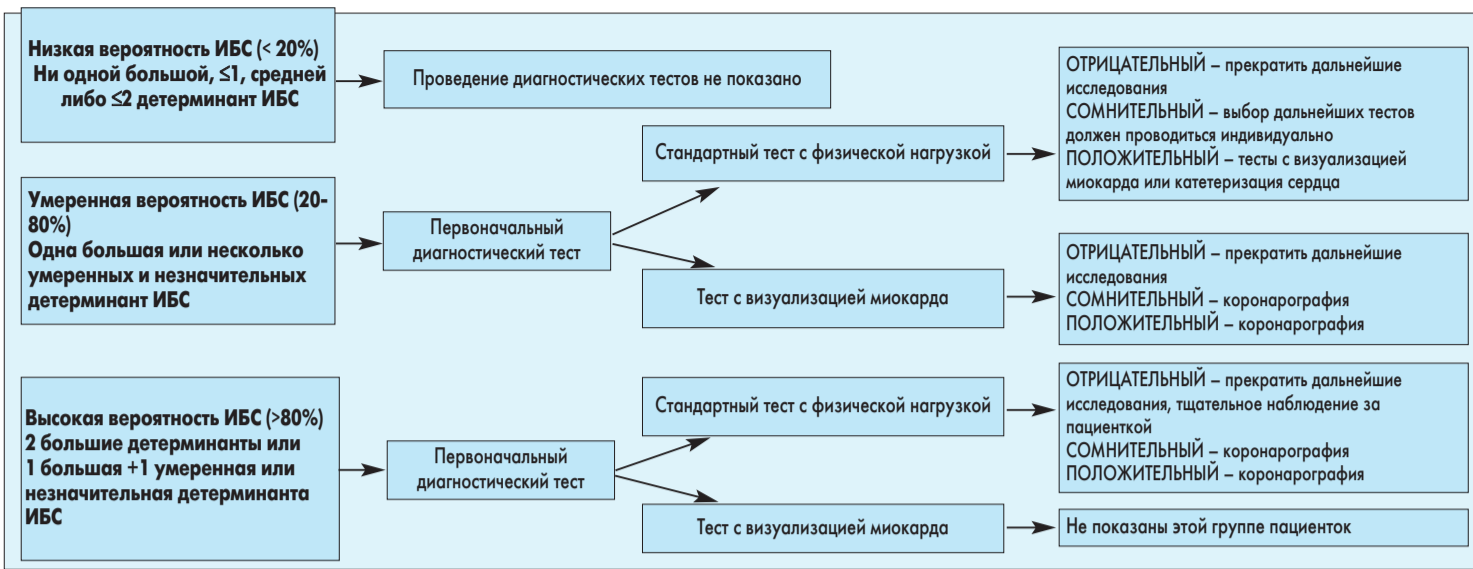


Рис. Диагностические тесты у пациенток с болью в груди

Таблица 2. Детерминанты ИБС у женщин с болью в груди

Большие	Умеренные	Незначительные
<ul style="list-style-type: none"> - типичная стенокардия - постменопауза без гормонзаместительной терапии - сахарный диабет - заболевания периферических сосудов 	<ul style="list-style-type: none"> - гипертоническая болезнь - курение - дислипотеинемия, особенно изменения холестерина липопротеидов высокой плотности 	<ul style="list-style-type: none"> - возраст старше 65 лет - ожирение - сидячий образ жизни - семейный анамнез ИБС - другие факторы (включая низкое социально-экономическое положение)

в 1991 г. после того, как В. Nealy, первая женщина – директор Национального института здоровья США (US National Institute of Health), проанализировала результаты нескольких исследований и продемонстрировала существенные различия в лечении мужчин и женщин с ИБС. Данный синдром назван в честь героини пьесы, которая, чтобы получить надлежащее образование и социальное положение, вынуждена была выдавать себя за мужчину. В течение последних лет неоднократно возникали дискуссии о причинах Энтл синдрома.

Одной из причин преобладания у женщин атипичных симптомов является способность эстрогенов влиять на проявление стенокардии: в раннюю фолликулярную фазу (низкий уровень эстрогенов/прогестин) время до начала симптомов стенокардии уменьшается, а в середине менструального цикла (высокий уровень эстрогенов) оно увеличивается. Доказано влияние эстрогенов на интенсивность восприятия боли. Особое значение имеют эндотелиальная дисфункция и микрососудистая ишемия. Неоднократно показано, что состояние эстрогендефицита, сопутствующее менопаузе, сопровождается повышением уровня маркеров воспаления. Учитывая такой важный факт, как частое отсутствие значимых поражений коронарных артерий у женщин с ИБС при коронарографии и внутрисосудистом ультразвуковом исследовании, патогенетические механизмы боли у этих пациенток, по всей видимости, отличаются от таковых у мужчин. Так, повышенный уровень маркеров воспаления, потеря эластичности артериальной стенки, дисфункция микрососудов могут способствовать клиническому проявлению при наличии даже незначительных атеросклеротических бляшек. Другими словами, даже незначительное атеросклеротическое поражение коронарной артерии у женщин может иметь клинические проявления. Важным подходом в диагностике ИБС у женщин является не поиск «обструктивного» поражения коронарной артерии, а оценка риска у каждой конкретной пациентки. Вышеприведенные данные четко показали, что у женщин существенно снижается диагностическая ценность такого механизма, как характеристика болевой синдром. На что же тогда полагаться врачу в своей ежедневной практике?

Как показали исследования, анализ жалоб пациенток в совокупности с оценкой детерминант ИБС имеет более высокую диагностическую ценность, чем изолированный анализ жалоб.

Особенности кардиалгий, не связанных с ИБС, у женщин

Боли в груди также могут быть обусловлены гипертрофической кардиомиопатией, пролапсом митрального клапана, неспецифическим аортоартериитом, аортальным стенозом, митральным пороком сердца, миокардитами, миокардиодистрофией, перикардитами, метаболической кардиомиопатией.

Гипертрофическая кардиомиопатия сопровождается болью стенокардии напряжения. В этом случае важное диагностическое значение имеет ЭКГ (выраженная гипертрофия и перегрузка при отсутствии значимой гипертонии), физикальное обследование (систолический шум при отсутствии других признаков клапанной патологии), ультразвуковое исследование, в сложных случаях – вентрикулография.

Пролапс митрального клапана характеризуется более длительными эпизодами боли средней интенсивности, отсутствием связи с физической нагрузкой, отсутствием динамики заболевания, чаще отмечается у пациентов молодого возраста.

Если причина кардиалгий кроется в патологии клапанов сердца, решающее значение имеет ультразвуковое исследование.

При ревматической болезни причиной боли могут быть васкулиты и порок сердца. В этом случае важное значение имеет оценка анамнеза и биохимических показателей.

В литературе отсутствуют данные об особенностях болевых ощущений при указанных заболеваниях у женщин. Но в целом можно сказать, что восприятие боли у пациентов разного пола отличается. Так, женщины при описании болевых ощущений склонны преуменьшать либо преувеличивать их значимость. Исследование, проведенное в амбулаторных клиниках, показало, что женщины оценивают свои ощущения по шкале боли как более интенсивные. Данные психологические особенности значительно затрудняют интерпретацию боли в груди у женщин. Это связывают с тем, что женские половые гормоны способны

изменять порог болевой чувствительности. Известно, что эстроген его снижает, тогда как прогестерон способен повышать порог болевой чувствительности.

Особенностью лиц женского пола является возможность появления кардиалгий при метаболической (климактерической) кардиомиопатии. Такие боли, как правило, носят упорный и длительный характер и имеют сравнительно благоприятный прогноз. В этом случае целесообразна диагностика климактерия на основании изменения гомеостаза половых гормонов. Например, для менопаузы характерны:

- высокое содержание фолликулотропина (более 32 МЕ/л);
- низкий уровень эстрадиола (<80 ммоль/л);
- индекс лютеотропин/фолликулотропин менее единицы;
- величина соотношения эстрадиол/эстрон менее единицы;
- относительная гиперандрогения;
- низкий уровень ингибина.

Особенности кардиалгий, не связанных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

В связи с широкой распространенностью ИБС и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) особое значение имеет оценка основных симптомов данных заболеваний. При этом до 35% (а по данным некоторых авторов до 50%) больных ИБС имеют рефлюкс-эзофагит той или иной степени. В этом случае разграничение симптомов ГЭРБ и ИБС у каждой конкретной пациентки особенно важно, учитывая высокий риск в случае неадекватной диагностики нестабильной формы ИБС. Обращает на себя внимание значительное сходство болей: загрудинная локализация, жгучий, давящий характер, иррадиация в нижнюю челюсть, плечо, в межлопаточную область, наличие сопутствующих вегетативных реакций. Следует тщательно детализировать жалобы, отметить связь боли с приемом пищи и ее характером, физической или эмоциональной нагрузкой, положением тела. Необходимо также внимательно изучить анамнез заболевания. Учитывая что у женщин часто отмечается атипичный болевой синдром, дифференциальная диагностика загрудинной боли, основанная только на клинических данных, невозможна.

В то же время при наличии верифицированной ИБС подобные боли трактуются, как правило, как проявления стенокардии, в связи с чем пациентам могут необоснованно усилить антиангинальную терапию либо выполнить хирургическое вмешательство. Следует учитывать, что большинство препаратов, используемых для лечения ИБС (нитраты, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ), вызывают расслабление сфинктеров. Особую группу составляют

женщины, принимающие гормонозаместительную терапию и контрацептивы, поскольку гормональные препараты могут расслаблять сфинктер и провоцировать боль, обусловленную ГЭРБ. Также ситуация может осложняться тем, что желудочно-пищеводный рефлюкс способен провоцировать приступы стенокардии.

Одним из методов, широко используемых для диагностики ГЭРБ, является эзофагоскопия. Однако эрозии пищевода наблюдаются только в 30% случаев, у большинства же пациентов отмечают неэрозивную ГЭРБ. Зондирование с мониторингом рН может не выявить превышения физиологических колебаний рН (критерием ГЭРБ считается уровень рН менее 4,0 на протяжении 1 ч и более в сутки). Но для большинства пациентов с доказанной ИБС или высоким уровнем риска сердечно-сосудистых событий это исследование противопоказано. Одним из решений в данном случае может быть проведение терапии ex juvantibus ингибиторами протонной помпы. Предпочтение отдается рабепразолу. Положительный результат терапии (если причиной боли является ГЭРБ) появляется на 1-2-е сутки. При положительном ответе на короткий курс терапии назначают общепринятый курс: 20 мг в сутки 4 нед с последующим поддерживающим лечением 10 мг 8 нед либо + 10 мг 8-16 нед (при появлении симптомов). Такой подход имеет не только дифференциально-диагностическое, но и терапевтическое значение.

Клиническая диагностика вертеброгенной боли у женщин иногда затруднена в связи тем, что ИБС у них часто проявляется атипичным характером боли (табл. 2). Следует отметить, что дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата также встречаются чаще у женщин. В этом случае, помимо рентгенологического исследования, важное значение могут иметь стресстесты с визуализацией миокарда (стресс-эхокардиография). Но при анализе результатов целесообразно учитывать детерминанты ИБС, представленные в таблице 2.

Ниже представлены общие рекомендации для больных обоих полов в случае, если боль в груди не связана с патологией сердечно-сосудистой системы (Bass and Mayou, 2002).

Общие:

- Диагностические мероприятия необходимо проводить быстро.
- Рассматривать в следующем порядке: патологию пищевода, опорно-двигательного аппарата, гипервентиляцию, психологические факторы.
- Избегать гипердиагностики.
- Назначить соответствующую терапию.
- Действия при отсутствии специфического лечения:
 - Объяснить суть диагноза, частоту встречаемости этой патологии, прогноз.
 - Рекомендовать не избегать физических нагрузок.
 - Обсудить сомнения и тревоги пациента.
 - Предоставить информацию о заболевании в письменном виде.
 - Разработать план последующих визитов в клинику.
 - Рассмотреть возможности проведения психотерапии, терапии антидепрессантами, психологическую помощь.

Данные рекомендации основаны на анализе результатов, полученных при обращении пациентов в так называемые клиники быстрой оценки боли в груди (Rapid Access Chest Pain Clinic). При обследовании женщин к этим рекомендациям необходимо добавить оценку репродуктивной функции.

Список литературы находится в редакции.