

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ БОЛИ В ГРУДИ

А.Н. Беловол, чл.-корр. НАМН Украины, д. мед. н., профессор; И.И. Князькова, д. мед. н., доцент
/Харьковский национальный медицинский университет/

Боль в грудной клетке является широко распространенным симптомом, с которым встречаются врачи поликлиники, скорой медицинской помощи и стационара. Установлено, что от 20 до 40% популяции испытывают боль в груди в течение жизни [1]. В Великобритании боль в груди является причиной около 1% визитов к врачам общей практики, 5% обращений в отделения неотложной помощи и до 25% urgentных госпитализаций [2, 3]. Диагностика на амбулаторно-поликлиническом этапе заболеваний, сопровождающихся болью в груди, является одной из наиболее сложных задач для врача. Так, в исследовании на основе базы данных страховой компании отмечено, что наиболее часто пропускали инфаркт миокарда семейные врачи (32%), врачи общей практики (22%) и специалисты отделений неотложной помощи (15%) [4]. Инфаркт миокарда неверно диагностируется по ряду причин. Среди них неправильная интерпретация результатов электрокардиографии – ЭКГ (в 23–40% случаев пропущенных инфарктов [6–9]); молодой возраст пациентов с атипичной манифестацией заболевания. Однако в 28% случаев обследование больных не проводилось, ЭКГ не регистрировалась [4]. Поэтому стандартизация диагностического процесса является решающей при идентификации пациентов, которые вначале могут быть отнесены к низкому риску кардиоваскулярных событий, но фактически имеют острый коронарный синдром (ОКС).

Известно многообразие причин боли в грудной клетке. В связи с большой распространенностью и опасностью ишемической болезни сердца (ИБС) всегда необходимо устанавливать, имеет ли боль в груди ишемический генез. Кардиальную боль в грудной клетке обычно подразделяют на типичную и нетипичную.

Клиническая классификация боли в груди (Diamond A.G., 1983):

- типичная стенокардия (определенная):
 - за грудиной боль или дискомфорт определенного характера и продолжительности,

- возникает при физической нагрузке или эмоциональном стрессе,
- исчезает в покое и/или после приема нитроглицерина;

- атипичная стенокардия (вероятная): два из перечисленных выше признаков;
- несердечная боль (не связанная с ишемией миокарда): один или ни одного из вышеперечисленных признаков.

Существует консенсус относительно того, что собой представляет описание типичной боли в груди, тогда как эквивалентное определение для атипичной боли в груди в доступной литературе менее четкое.

Жалобы и анамнез заболевания

Если пациент не нуждается в неотложной помощи в связи с нестабильностью гемодинамики или дыхательной недостаточностью, обследование следует начинать со сбора анамнеза, включающего тщательный опрос с уточнением характеристик боли, времени начала и продолжительности симптомов и обследования, обращая особое внимание на основные показатели состояния организма и сердечно-сосудистой системы. Пациенты часто не расценивают свои симптомы как «боль», поэтому вопросы лучше ориентировать на описание характеристик «дискомфорта» и наличие сопутствующих симптомов, что необходимо при стратификации риска. В таблице 1 представлены стандартные вопросы и комментарии к ним.

Первое описание типичной ишемической боли в груди дал в 1768 году Уильям Геберден: болезненные ощущения в груди, сопровождающиеся чувством удушья, тревоги и иногда иррадиацией боли в левую руку. Он также отметил взаимосвязь боли с физической нагрузкой и снижением ее в покое. Термин «типичная» относится к болевому синдрому, характерному для ишемии миокарда. Ишемический синдром имеет сложные характеристики, но может отличаться по интенсивности. В целом боль в груди, связанная с развитием инфаркта миокарда, отличается наибольшей интенсивностью, затем следует боль при

остром коронарном синдроме, а после него – боль, возникающая на фоне провоцирующих факторов. Ишемическую боль, возникающую под влиянием провоцирующих факторов, обычно называют стенокардией напряжения, а постоянную боль, появляющуюся спонтанно и часто обусловленную ОКС, – просто ангинозной болью в грудной клетке.

Основные характеристики ишемической боли [12]:

- локализация:
 - за грудиной или несколько левее;
 - может возникать в любом месте между лобком и теменем; может быть локализована только в местах иррадиации, а не в грудной клетке;
- характер: ноющая, давящая, сжимающая; иногда боль описывают как жгучую, острую;
- язык жестов: больной, сообщая, что боль носит сжимающий характер, может положить сжатый кулак на грудь. Это встречается очень часто и указывает на сжимающий характер испытываемого ощущения;
- иррадиация боли:
 - часто – левая рука, шея, челюсть;
 - реже – правая рука (или обе руки), спина, живот, зубы.

Атипичная боль в груди снижает вероятность наличия у пациента ишемии или повреждения миокарда. Выделяют ряд клинических особенностей боли в грудной клетке, не характерных для ишемии миокарда:

- плевральная боль (острая, режущая боль, возникающая или усиливающаяся на высоте вдоха или при кашле);
- первичное или единственное расположение боли по средней линии грудной клетки или с распространением на область живота;
- боль может быть точечной и ограничиваться участком кончика одного пальца, в частности на верхушке левого желудочка;
- боль появляется при повороте или пальпации грудной клетки или при вращательных движениях верхних конечностей;
- постоянная боль, продолжающаяся несколько часов;

- кратковременные приступы боли, длительностью несколько секунд и менее;
- боль, иррадирующая в нижние конечности.

Однако данные больших популяционных исследований у пациентов с острой болью в груди свидетельствуют о том, что ОКС достаточно часто выявляют при атипичной симптоматике, что следует учитывать при исключении острой формы ИБС. В частности, описание симптомов ишемии и/или инфаркта миокарда у женщин может отличаться от такового у мужчин.

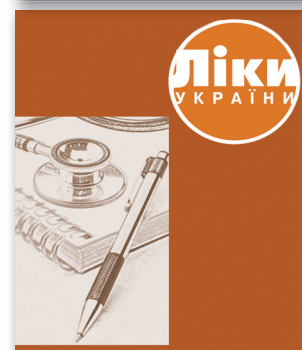
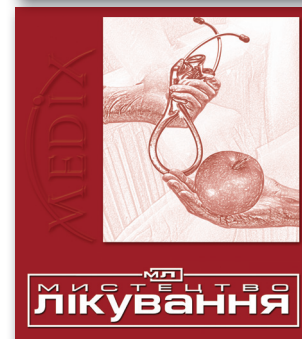
Симптом боли в груди нередко является сигналом развития таких опасных для жизни состояний, как инфаркт миокарда, расслаивающаяся аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии. Эти состояния требуют экстренной диагностики и немедленного проведения лечебных мероприятий в условиях острейшего дефицита времени, невозможности тщательного обследования пациента. Сложна для диагностики и хроническая боль, поскольку источники боли в грудной клетке скрыты от глаз и недоступны для пальпации, за исключением костно-мышечных образований (табл. 2).

Расслаивающаяся аневризма аорты характеризуется болью, возникающей внезапно, как правило – интенсивной, однако в некоторых случаях – подострой или атипичной. Обычно боль иррадирует в спину, продолжается длительное время, не меняется при дыхании или изменении положения тела, а также может иметь тенденцию к смене локализации. Предположение могут вызвать наличие в анамнезе артериальной гипертензии или внешний вид больного, вызывающий ассоциацию с синдромом Марфана у молодых пациентов. Разный пульс на периферических сосудах и

Таблица 1. Детализация боли в груди [10, 11]

Показатель	Вопрос	Комментарий
Характеристика боли в груди		
Характер	Какими словами Вы бы описали боль? Какие прилагательные Вы употребляете?	Обратить внимание на особенности языка и культуры
Локализация	Покажите пальцем, где Вы ощущаете боль	Такой вопрос помогает определить площадь боли
Иррадиация	Указать пальцем место проведения боли	Возможно, необходимо обследование плече-лопаточной области и спины
Площадь или распространение	Пальцем очертить область груди, где наблюдается боль	Указывает на меньшую и большую площадь распространения боли
Интенсивность	Указать интенсивность боли по 10-балльной шкале	Возможно, больному потребуется объяснение: боль во время родов, приступа почечной колики, перелома кости соответствует 10 баллам
Время появления и сохранение боли при опросе	Имеется ли боль при осмотре? Боль уменьшилась или усилилась от момента ее развития? Когда она появилась?	Определение продолжающейся боли; при сохраняющейся боли следует снять начальную электрокардиограмму
Длительность	Одинакова ли боль в последние секунды, минуты или часы? Приблизительная длительность обычного эпизода боли	Обратить внимание на последний (особенно если продолжается при осмотре) и наиболее тяжелый приступ; постараться уточнить, если пациент говорит о «секундах» (например, проходит через 4 секунды)
Первый эпизод боли	В какой ситуации впервые появилась боль?	Следует остановиться на недавнем эпизоде (последние несколько дней или недель)
Частота	Как часто в течение часа или дня отмечается боль?	Важно для повторяющейся боли; нередко приступ возникает впервые
Подобность предшествующим ишемическим приступам	При наличии сердечных приступов или стенокардии в прошлом – подобна ли боль предыдущим эпизодам? Интенсивность менее или более выражена?	Дополнительные вопросы относительно того, как проводилась диагностика ишемической болезни сердца или какие проводились вмешательства
Факторы, способствующие ухудшению или улучшению состояния		
Плевральные	Ухудшается ли боль при дыхании или кашле?	Такой маневр частично или полностью воспроизводит боль. Если боль появляется – в течение какого времени? Или сохраняется постоянно?
Позиционные	Изменяется ли выраженность боли при изменении положения туловища? Если да – при каком положении боль уменьшается или усиливается?	Такой маневр частично или полностью воспроизводит боль: при физикальном обследовании, при повороте грудной клетки, в плечевом суставе и наклоне туловища
Пальпация	Появляется или усиливается боль в груди при надавливании?	Такой маневр частично или полностью воспроизводит боль. Попросить пациента показать место боли и провести пальпацию
Физическая нагрузка	Появляется или усиливается боль при быстрой ходьбе, подъеме по лестнице при бытовых нагрузках?	Полезно определить дистанцию при ходьбе или количество пролетов лестницы, после прохождения которых появляется боль
Эмоциональные нагрузки	Влияют ли эмоциональные нагрузки на боль?	Имеются ли другие симптомы, связанные со стрессом (например, парестезии)
Факторы, улучшающие состояние	Что облегчает боль после ее начала?	В частности, спросить об ответе на нитраты, антациды, прекращение физической нагрузки
Сопутствующие симптомы	Какие другие симптомы наблюдаются при ощущении боли в груди?	После получения ответа особенно остановиться на наличии тошноты, рвоты или потовыделения

А що читаєте ви?



ПРОФЕСІЙНІ ВИДАННЯ ДЛЯ ЛІКАРІВ ТА ПАЦІЄНТІВ

100%
гарантія
передплати
та
економія вашого часу

**Передплати наші видання за Каталогом
видань України 2011 року***

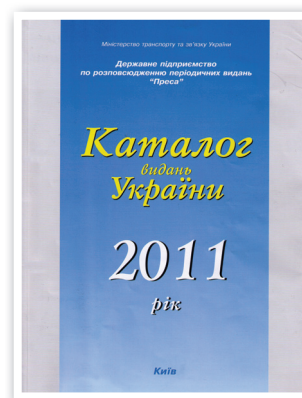
Мистецтво лікування **08651**

Ліки України **40543**

Медікс. Антиейджинг **99797**

Розпочато передплату на журнал Health. Медікс
Передплати і ти через редакцію,
а з II півріччя — за Каталогом видань України
передплатний індекс **89105**

*Купон на передплату шукайте на сторінках журналу



www.health-medix.com



увеличенная тень аорты при рентгенографии органов грудной клетки также наводят на мысль о расслаивающей аневризме аорты, диагноз которой в последующем может быть подтвержден с помощью чреспищеводной эхокардиографии, компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии.

При **перикардите** боль в груди меняется при дыхании и усиливается в положении лежа. Могут также определяться шум трения перикарда и типичная «диффузная» элевация сегмента ST на электрокардиограмме.

Боль в груди при **тромбоэмболии легочной артерии** обычно сопровождается

одышкой или учащением дыхания. Наличие в анамнезе предрасполагающих факторов (недавно проведенная хирургическая операция, длительный постельный режим и др.) помогают в постановке диагноза. Диагноз подтверждается с помощью ЭКГ, лабораторных тестов, а также методов визуализации.

Повышение потребности миокарда в кислороде может возникать у пациентов с выраженной гипертрофией левого желудочка, вызванной стенозом аортального клапана, гипертрофической кардиомиопатией, артериальной гипертензией, а также аортальной регургитацией или дилатационной кардио-

миопатией. В таких случаях увеличение массы левого желудочка не сопровождается адекватным ростом коронарной микроциркуляции, поэтому повышенная потребность миокарда в кислороде не может быть удовлетворена. Присутствует также диастолическая дисфункция с повышением диастолического давления, что приводит к субэндокардиальной ишемии [3]. Кроме того, нарушение коронарной микроциркуляции может способствовать ишемии миокарда. При этом дифференциальная диагностика вышеуказанных заболеваний и стенокардии, вызванной обструктивным заболеванием коронарных

Таблица 2. Причины острой боли в груди [13]

Система	Синдром	Описание клинической симптоматики	Отличительные признаки
Сердечно-сосудистая	Стабильная стенокардия	Ощущение тяжести, жжения, сдавления за грудиной с возможной иррадиацией в руку, шею, нижнюю челюсть	Провоцируется физической и эмоциональной нагрузкой; продолжительность <2–10 минут
	Нестабильная стенокардия	Идентично боли при стабильной стенокардии, однако обычно более интенсивная и длительная	Обычно <20 минут; снижение толерантности к физической нагрузке
	Острый инфаркт миокарда	Идентично боли при стабильной стенокардии, однако обычно более интенсивная и длительная	Обычно продолжительностью ≥30 минут. Часто ассоциируется с одышкой, общей слабостью, потливостью, тошнотой, рвотой
	Расслаивающая аневризма аорты	Внезапно возникающая, очень интенсивная, разрывающая боль за грудиной, часто иррадирующая в спину	Обычно ассоциируется с артериальной гипертензией или заболеванием соединительной ткани, в частности с синдромом Марфана
	Перикардит	Острая и тупая боль разной интенсивности, усиливающаяся при изменении положения тела; различной продолжительности	Лихорадка, шум трения перикарда
Заболевания легких / тромбоэмболия легочной артерии	Тромбоэмболия легочной артерии	Внезапно появляющаяся одышка и боль; обычно плевральная боль при инфаркте легкого	Одышка, тахипноэ, тахикардия и симптомы правожелудочковой недостаточности
	Плеврит и/или пневмония	Плевральная боль, обычно над пораженной областью	Кашель, лихорадка, шум трения плевры, усиливается при дыхании и кашле
	Трахеобронхит	Боль, жжение, ощущение царапания в верхних отделах за грудиной	Локализация по средней линии груди, ассоциирующаяся с кашлем
	Спонтанный пневмоторакс	Внезапное начало односторонней плевральной боли, ассоциированной с диспноэ	Внезапное начало одышки и боли
Желудочно-кишечный тракт	Гастроэзофагеальный рефлюкс	Ощущение жжения за грудиной или дискомфорта в надчревной области, длительностью 10–60 минут	Усугубляется приемом большого количества пищи и в лежачем положении; помогает прием антацидов
	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	Длительное жжение в надчревной области и за грудиной	Состояние улучшается после еды и при приеме антацидов
	Холецистит	Длительная боль в правом верхнем квадранте живота	Ничем не провоцируется или появляется после еды
	Панкреатит	Длительная, интенсивная боль в надчревной области, иррадирующая в спину, за грудину и левую лопатку	Факторы риска, включая алкоголь или лекарственные средства, гипертриглицеридемия
Костно-мышечная	Межреберная невралгия и остеохондроз	Боль различной интенсивности, тупая и острая, с локализацией по ходу межреберных нервов, пальпация которых болезненна; болезненность при пальпации позвоночника	Зависит от положения тела, усиливается при поворотах, физической нагрузке, в положении лежа
Нервная	Состояния беспокойства (нейроциркуляторная дистония, панические расстройства и др.); аффективные состояния	Ощущение сдавления в груди или ноющая боль, часто сопровождается одышкой, длительностью ≥30 минут, не связана с физической нагрузкой или поворотами тела	У пациентов могут быть эмоциональные нарушения

артерий, может представлять трудности даже после полного неинвазивного обследования пациентов и требовать проведения коронарной ангиографии.

Патология желудочно-кишечного тракта. Спазм пищевода и гастроэзофагеальный рефлюкс могут вызывать типичную боль за грудиной или в надчревной области, которая может иррадиировать в область шеи, нижней челюсти, верхних конечностей и в некоторых случаях уменьшаться после приема нитратов короткого действия. Боль в груди, вызванная гастроэзофагеальным рефлюксом, обычно появляется сразу после еды или ночью; усугубляется после приема алкоголя, ацетилсалициловой кислоты и некоторых продуктов. Симптомы часто уменьшаются при переходе в положение сидя или после приема антацидов. Положительный эффект в результате применения антацидных препаратов и эзофагогастроуденоскопии помогут в проведении дифференциальной диагностики.

Боль в груди при язве желудка и гастрите (и/или дуодените) в некоторых случаях может напоминать стенокардию. В диагностике помогает выявление взаимосвязи между появлением боли и приемом пищи, отсутствие ассоциации с физической нагрузкой и положительный эффект после приема препаратов, снижающих кислотность, а также результаты проведенного эндоскопического исследования. При остром и хроническом холецистите клиническая картина может напоминать атипичную стенокардию. Эхоsonoграфия органов брюшной полости, как правило, позволяет диагностировать холецистит.

Заболевания органов дыхания (пневмоторакс, плеврит, медиастинит) могут сопровождаться болью в грудной клетке, но наличие характерных симптомов и тщательный физикальный осмотр обычно позволяют установить диагноз, который можно подтвердить с помощью визуализирующих методов исследования.

Мышечно-скелетные и другие причины боли. Боль в груди может возникать при патологии опорно-двигательного аппарата, включая грудную стенку, в частности при костохондрите (синдром Титце), при межреберной невралгии, опоясывающем лишае (до стадии высыпания) или после тяжелой физической нагрузки. Мышечно-скелетный синдром как причина боли в груди часто вызывается прямым надавливанием на пораженный участок или при движениях

шеи пациента. Боль может быть как кратковременной, так и продолжаться в течение нескольких часов.

Психогенные факторы принимают во внимание в том случае, если удалось исключить все органические причины боли в грудной клетке. Так, тревога и депрессия могут быть причиной появления боли в груди, подобной боли при стенокардии напряжения.

Вопросы, которые следует рассмотреть клиницисту при проведении первичного обследования

При оценке пациентов с острой болью в груди клиницист должен обратить внимание на клинические показатели, связанные с прогнозом и необходимостью проведения неотложной терапии. Первоочередные вопросы:

- клиническая стабильность – нуждается ли пациент в проведении неотложной терапии в связи с сердечно-сосудистым коллапсом или дыхательной недостаточностью;
- ближайший прогноз – при клинической стабильности во время осмотра определить, имеется ли у пациента риск угрожающих жизни состояний, таких как ОКС, тромбоэмболия легочной артерии или расслаивающая аневризма аорты;
- определение очередности медицинской помощи – при низком риске угрожающих жизни состояний безопасно ли ведение пациента в амбулаторных условиях или он нуждается в дальнейшем обследовании и/или наблюдении в стационаре.

Пациенты нуждаются в дообследовании при наличии следующих жалоб:

- боль в груди давящего, сжимающего характера или ощущение тяжести;
- боль, которая иррадирует в шею, челюсть, плечи, спину, одну или обе руки;
- диспепсия или «изжога», тошнота и/или рвота, связанные с дискомфортом в грудной клетке;
- постоянная одышка;
- слабость, головокружение, потеря сознания.

Физикальное обследование

У большинства пациентов низкого риска, поступивших с подозрением на ОКС, данные физикального обследования обычно малоинформативны. Однако некоторые из них могут быть необходимы в стратификации риска и уточнении этиологии боли в груди. Важной целью осмотра становится

исключение сердечно-сосудистых заболеваний неишемического генеза (в частности, порок сердца, перикардит, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии) и возможных внесердечных заболеваний (пневмоторакс, пневмония, плевральный выпот). В этом смысле обнаружение разницы артериального давления на верхних и нижних конечностях, неравномерность пульсовой волны, шумы сердца, шум трения плевры, боль при пальпации или вздутие живота свидетельствуют в пользу иного диагноза, чем ОКС. Наличие бледности, повышенного потоотделения или тремора могут ориентировать диагностику в пользу таких заболеваний, как анемия или тиреотоксикоз. Выслушивание шумов, обычно указывающих на заболевание периферических или цереброваскулярных сосудов, повышает риск сопутствующей ИБС. Выявление признаков сердечной недостаточности и нестабильности гемодинамики (низкое артериальное давление, тахикардия) позволяет отнести пациентов в группу высокого риска и ускорить диагностику и их лечение. Нарушение основных показателей состояния организма относится к высокому риску и входит в ряд оценочных шкал, применяемых для стратификации риска неблагоприятных событий у пациентов с острым коронарным синдромом.

На рисунке 1 представлен диагностический алгоритм для пациента с болью в груди. В случае выявления клинических симптомов, указывающих на ОКС, последующая этапная диагностики представлена на рисунке 2.

Электрокардиография

Регистрация ЭКГ – простой и самый важный метод ранней стратификации риска. Всем пациентам, обследуемым по поводу острой боли в груди, должно быть проведено ЭКГ в состоянии покоя в 12 стандартных отведениях. В рекомендациях [11] отмечено, что ЭКГ должна быть снята и расшифрована в течение 10 минут от момента поступления пациента с сохраняющейся болью в груди и как можно быстрее – у больных с подозрением на ОКС, у которых болевой синдром купирован при обследовании. К ЭКГ-признакам, при наличии которых следует заподозрить ишемию миокарда, относятся: подъем или депрессия сегмента ST, патологический зубец Q, инверсия зубца T, нарушение проводимости. Все перечисленные изменения более значимы, если они присутствуют как мини-

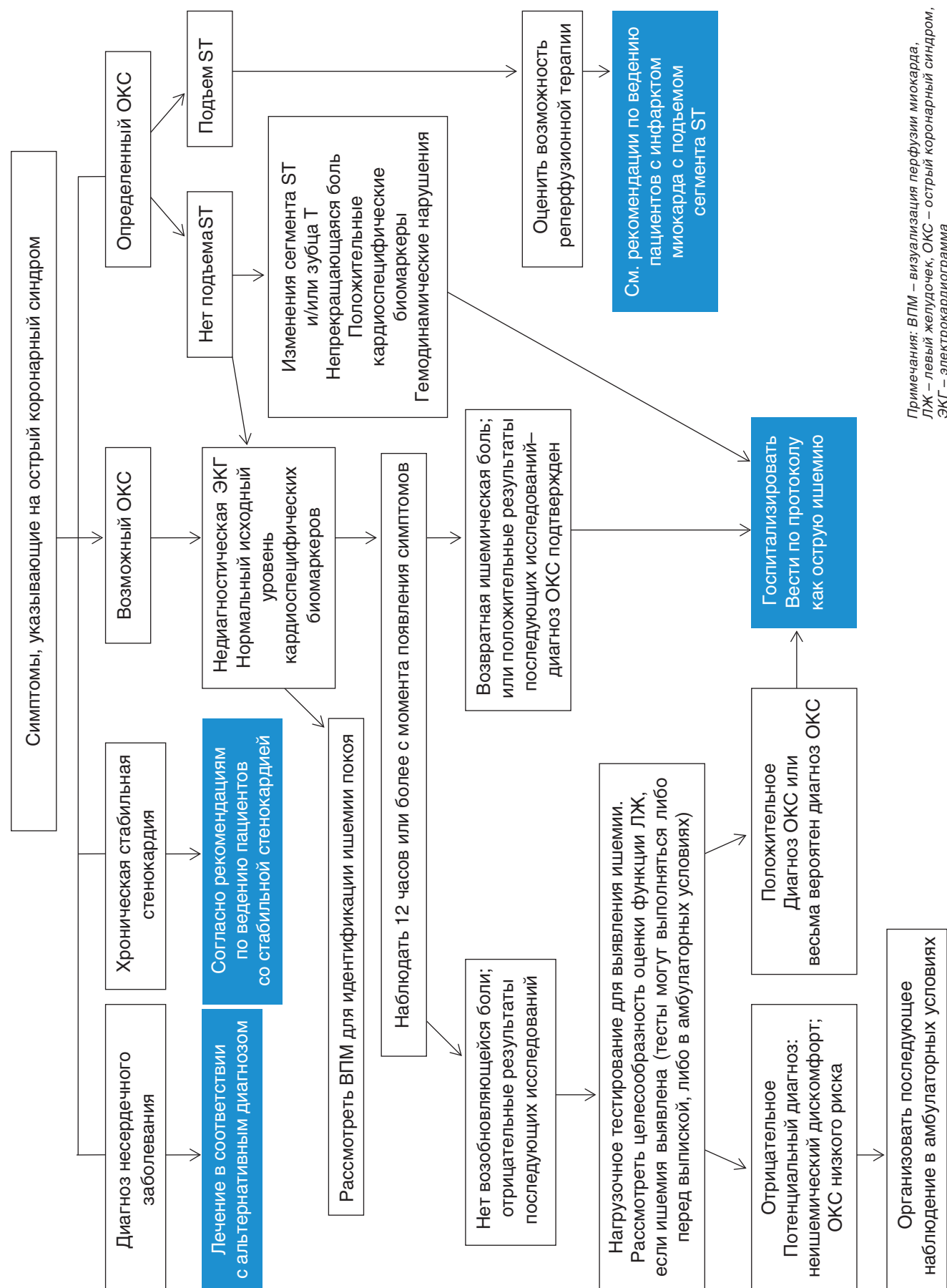


Рис. 2. Алгоритм оценки состояния и ведения пациентов с подозрением на острый коронарный синдром (адаптирована по Рекомендациям ACC/AHA 2007 по ведению пациентов с нестабильной стенокардией/инфарктом миокарда без подъема сегмента ST)

мум в двух отведениях, или известно, что они появились недавно. Важно отметить, что даже полностью нормальная ЭКГ у пациента с подозрительными клиническими данными не исключает возможность ОКС. В исследованиях продемонстрировано, что у 5–10% больных с острым инфарктом миокарда при поступлении на ЭКГ патологических изменений не наблюдалось [14]. Ошибочные диагнозы особенно распространены при ведущем стенозе левой огибающей артерии. При первичном осмотре пациента следует стремиться улучшить диагностическую чувствительность исходной ЭКГ. У больных с сохраняющимся болевым синдромом при отсутствии признаков ишемии на ЭКГ проводится серийная регистрация ЭКГ (каждые 15–30 минут). Альтернативой последней является непрерывный мониторинг сегмента ST с анализом в указанные временные интервалы. Однако в популяции с низким кардиоваскулярным риском такой подход малоинформативен. Запись полностью нормальной ЭКГ в условиях выраженной боли в груди должна привлечь внимание врача к вероятности наличия других причин, лежащих в основе имеющихся у пациента жалоб.

Биомаркеры повреждения миокарда

Биохимические маркеры играют центральную роль в оценке состояния пациента с болью в груди. Помимо стандартных лабораторных исследований (клинический анализ крови, определение содержания глюкозы в сыворотке крови, показателей липидного

обмена, электролитов, мочевины, креатинина, гормонов щитовидной железы и т.д.) важное место в оценке состояния пациентов занимают биохимические маркеры некроза миокарда – тропонин Т или I или изофермент МВ креатинкиназы (МВ-КФК), миоглобин. В современных рекомендациях [15] отмечено, что вследствие большей чувствительности и специфичности тропонина последний считается предпочтительным биомаркером [12]. Тропонин рассматривают в качестве стандарта сердечного биомаркера для диагностики инфаркта миокарда, поскольку тропонин I и тропонин Т не обнаруживаются в крови у здоровых людей. При положительном результате пациент имеет высокую вероятность ОКС (табл. 3). В случае отрицательного результата повторное определение следует выполнить через 6–8 часов в зависимости от времени появления боли в груди. Различить повышение уровня тропонина, связанное с ОКС и не связанное с последним, важно. Затруднения при этом могут быть обусловлены тем, что повышение уровня тропонина происходит не только при ОКС, но и при других заболеваниях сердца. Выявление повышения содержания тропонина в крови с последующим его снижением при серийном определении более вероятно связано с ОКС.

Важно, что определение наиболее чувствительного тропонина позволяет выявить бессимптомное повреждение миокарда у пациентов, страдающих сердечно-сосудистым заболеванием. При этом у пациентов, поступающих в отделение неотложной помощи в связи с другой причиной, кроме

ОКС, повышение содержания указанного биомаркера может привести к диагностической путанице. Как было отмечено выше, в большинстве случаев при низком уровне тропонина в результате его серийного определения инфаркт миокарда с вероятностью может быть исключен. Однако содержание тропонина в крови необходимо трактовать не изолированно, а в контексте с анамнезом заболевания и изменений на ЭКГ.

Следует подчеркнуть, что определение содержания общей креатинфосфокиназы или лактатдегидрогеназы не применяется при диагностике инфаркта миокарда.

Итак, при первичной оценке пациента с болью в груди тщательный опрос с уточнением анамнеза по ИБС и ее факторам риска, а также данные физикального обследования предоставляют важную информацию врачу, позволяющую определить вероятность ОКС и острого инфаркта миокарда. Анализ боли в грудной клетке представляет собой недорогой и общедоступный диагностический комплекс, который обычно используют в клинической практике. Тщательный опрос пациента позволяет врачу заподозрить вероятность острой ишемии миокарда, что требует проведения записи ЭКГ, а также исследования кардиальных биомаркеров. Такая тактика помогает врачу определить риск ОКС и интенсивность дальнейшей стратегии диагностических исследований и мониторинга, а также необходимость исключения других угрожающих жизни заболеваний, требующих немедленной оценки и терапевтического вмешательства.

Таблица 3. Вероятность острого коронарного синдрома, развившегося на фоне ишемической болезни сердца [12]

Признак	Высокая вероятность	Умеренная вероятность	Низкая вероятность
	Любой из следующих:	Отсутствие признаков высокой вероятности и наличие любого из следующих:	Отсутствие признаков высокой и умеренной вероятности, но могут присутствовать:
История болезни	Боль или дискомфорт в грудной клетке или левой руке как основной симптом, воспроизводящий ранее зарегистрированную стенокардию В анамнезе – установленная ИБС, включая инфаркт миокарда	Боль или дискомфорт в грудной клетке или левой руке как основной симптом Возраст >70 лет Мужской пол Сахарный диабет	Возможные ишемические симптомы при отсутствии любых характеристик, указывающих на умеренную вероятность Недавнее употребление кокаина
Осмотр	Преходящий шум МР, гипотензия, обильное потоотделение, отек легких или хрипы в легких	Несердечное сосудистое заболевание	Дискомфорт в грудной клетке, воспроизводимый при пальпации
Электрокардиограмма	Новое или предположительно новое преходящее отклонение сегмента ST (≥ 1 мм) или инверсия зубца Т в нескольких прекардиальных отведениях	Фиксированные зубцы Q Депрессия сегмента ST от 0,5 до 1 мм или инверсия зубца Т более 1 мм	Сглаживание или инверсия зубца Т менее 1 мм в отведениях с преобладающими зубцами R Нормальная ЭКГ
Кардиоспецифические маркеры	Повышенный уровень кардиоспецифических Тн I, Тн Т или МВ-КФК	В норме	В норме

Примечания: ИБС – ишемическая болезнь сердца, ЭКГ – электрокардиограмма, МР – митральная регургитация, МВ-КФК – фракция МВ креатинфосфокиназы, Тн I – тропонин I, Тн Т – тропонин Т.

Литература

1. Ruigomez A., Rodriguez L.A., Wallander M.A. et al Chest pain in general practice: incidence, comorbidity and mortality // *Fam. Pract.* – 2006. – Vol. 23. – P. 167–174.
2. Nilsson S., Scheike M., Engblom D. et al. Chest pain and ischaemic heart disease in primary care // *Br. J. Gen. Pract.* – 2003. – Vol. 53. – P. 378–382.
3. Goodacre S., Cross E., Arnold J. et al. The health care burden of acute chest pain // *Heart.* – 2005. – Vol. 91. – P. 229–230.
4. Physician Insurers Association of America. Acute Myocardial Infarction Study. Rockville, MD // *Physician Insurers Association of America.* – 1996. – Vol. 1.
5. Lee T.H., Rouan G.W., Weisberg M.C. et al. Clinical characteristics and natural history of patients with acute myocardial infarction sent home from the emergency room // *Am. J. Cardiol.* – 1987. – Vol. 60 (4). – P. 219–224.
6. McCarthy B.D., Beshansky J.R., D'Agostino R.B. et al. Missed diagnoses of acute myocardial infarction in the emergency department: results from a multicenter study // *Ann. Emerg. Med.* – 1993. – Vol. 22 (3). – P. 579–582.
7. Pelberg A.L. Missed myocardial infarction in the emergency room // *Qual. Assur. Util. Rev.* – 1989. – Vol. 4 (2). – P. 39–42.
8. Rusnak R.A., Stair T.O., Hansen K.N. et al. Litigation against the emergency physician: common features in cases of missed myocardial infarction // *Ann. Emerg. Med.* – 1989. – Vol. 18 (10). – P. 1029–1034.
9. Ting H.H., Lee T.H., Soukup J.R. et al. Impact of physician experience on triage of emergency room patients with acute chest pain at three teaching hospitals // *Am. J. Med.* – 1991. – Vol. 91 (4). – P. 401–407.
10. Constant J. The diagnosis of nonanginal chest pain // *Keio J. Med.* – 1990. – Vol. 39. – P. 187–192.
11. Horner S.M. Chest pain: no difference in severity between those having a myocardial infarction and chest pain from other causes // *Int. J. Cardiol.* – 1989. – Vol. 24. – P. 371–372.
12. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов / Под ред. А.Д. Кэмма, Т.Ф. Люшера, П.В. Серруиса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с.
13. Cannon C.P., Lee T.H. Approach to the patient with chest pain. In: Braunwald's Heart Disease / P. Libby, R.O. Bonow, D.L. Mann, D.P. Zipes eds. – Philadelphia, Pa: Saunders, 2008. – P. 1195–1205.
14. Kontos M.C., Roberts B.D., Jesse R.L. et al. Utility of the presenting electrocardiogram to predict mortality when troponin level is used to diagnose myocardial infarction // *Am. J. Emerg. Med.* – 2009. – Vol. 27 (2). – P. 146–152.
15. Anderson J.L., Adams C.D., Antman E.M. et al. ACC/AHA 2007 Guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment-elevation myocardial infarction: executive summary and recommendations: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise 2002 Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-segment-elevation myocardial infarction) // *JACC.* – 2007. – Vol. 50. – P. e1–e157.