

Клинические особенности течения разных форм острого коронарного синдрома у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта

А. А. Зубарева¹ ✉Е. Н. Чичерина²¹ Кировский клинико-диагностический центр, Киров, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3264-2537>, sueruma@gmail.com² Кировский государственный медицинский университет, Киров, Россия, <https://orcid.org/0009-0006-1413-3535>, e-chicherina@bk.ru

Резюме

Введение. Заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта и острый коронарный синдром имеют похожие проявления болевого синдрома, что может способствовать откладыванию пациентом обращения за медицинской помощью при развитии острых коронарных событий. Существует прямая корреляция между риском развития острой сердечной недостаточности и длительностью болевого синдрома, временем от его начала до получения пациентом антиагрегантной терапии. Таким образом, актуальным является изучение особенностей течения острых коронарных событий у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта с целью оптимизации оказания им своевременной медицинской помощи.

Цель работы. Оценить особенности клинической картины разных форм острого коронарного синдрома у лиц с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. Проведен анализ характеристик болевого синдрома, а также прочих проявлений острого коронарного синдрома у 39 пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта по сравнению с группой из 40 человек без сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта. Группы не различались по гендерно-возрастным характеристикам. Для данной работы был разработан специальный опросник.

Заключение. Установлено, что при наличии патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта острый коронарный синдром в 77% случаев сопровождался астеническим синдромом ($p = 0,02$), а при нестабильной стенокардии эта цифра достигала 83% ($p = 0,003$). Достоверно чаще (67%) проявления сердечной недостаточности имели пациенты основной группы с нестабильной стенокардией ($p = 0,025$). Острый коронарный синдром у пациентов с сопутствующей патологией сопровождали боли в эпигастрии в 15% случаев ($p = 0,03$), а острый инфаркт миокарда — в 19% ($p = 0,02$). Заднебазальная локализация повреждения миокарда установлена только у пациентов основной группы с острым инфарктом миокарда в 15% случаев ($p = 0,039$). Все это указывает на необходимость снятия электрокардиограммы в отведениях V_{7-9} при наличии боли в эпигастрии у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, желудочно-кишечный тракт, ангинальные боли, нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда

Для цитирования: Зубарева А. А., Чичерина Е. Н. Клинические особенности течения разных форм острого коронарного синдрома у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Лечащий Врач. 2024; 7 (27): 30-36. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.7.004>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Clinical features of the course of various forms of acute coronary syndrome in patients with diseases of the upper gastrointestinal tract

Alexandra A. Zubareva¹✉

Elena N. Chicherina²

¹ Kirov Clinical Diagnostic Center, Kirov, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3264-2537>, sueruma@gmail.com

² Kirov State Medical University, Kirov, Russia, <https://orcid.org/0009-0006-1413-3535>, e-chicherina@bk.ru

Abstract

Background. Diseases of the upper gastrointestinal tract and acute coronary syndrome have similar manifestations of pain syndrome, which may contribute to the patient's postponement of seeking medical help with the development of acute coronary events. There is a direct correlation between the risk of acute heart failure and the duration of pain syndrome, the time from its onset until the patient receives antiaggregant therapy. Thus, it is relevant to study the peculiarities of the course of acute coronary events in patients with diseases of the upper gastrointestinal tract in order to optimize the provision of timely medical care.

Objective. The purpose of the research was to evaluate the clinical features of different forms of acute coronary syndrome in people with pathology of the upper gastrointestinal tract.

Materials and methods. The analysis of the characteristics of pain syndrome, as well as other manifestations of acute coronary syndrome, was carried out in 39 patients with diseases of the upper gastrointestinal tract compared with a group of 40 people without concomitant pathology of the gastrointestinal tract. The groups did not differ in gender and age characteristics. A special questionnaire has been developed for this work.

Conclusion. It was found that in the presence of pathology of the upper gastrointestinal tract, acute coronary syndrome was accompanied by asthenic syndrome in 77% of cases ($p = 0.02$), and in unstable angina, this figure reached 83% ($p = 0.003$). Significantly more often (67%) manifestations of heart failure were in patients of the main group with unstable angina pectoris ($p = 0.025$). Acute coronary syndrome in patients with concomitant pathology was accompanied by epigastric pain in 15% of cases ($p = 0.03$), and acute myocardial infarction – in 19% ($p = 0.02$). Posterobasal localization of myocardial damage was established only in patients of the main group with acute myocardial infarction in 15% of cases ($p = 0.039$). All this indicates the need to take an electrocardiogram in leads V_{7-9} in the presence of epigastric pain in patients with diseases of the upper gastrointestinal tract.

Keywords: acute coronary syndrome, gastrointestinal tract, anginal pain, unstable angina pectoris, acute myocardial infarction

For citation: Zubareva A. A., Chicherina E. N. Clinical features of the course of various forms of acute coronary syndrome in patients with diseases of the upper gastrointestinal tract. *Lechaschi Vrach.* 2024; 7 (27): 30-36. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.7.004>

Conflict of interests. Not declared.

Загрудинные боли являются важным критерием постановки диагноза «Ишемическая болезнь сердца» (ИБС), и от их характера зависит, как быстро пациент обратится за медицинской помощью. В некоторых случаях возможны проявления в виде атипичного болевого синдрома – абдоминального варианта инфаркта миокарда (ИМ) [1]. Боли в эпигастральной области могут встречаться у 5,7% пациентов с ИМ с зубцом Q [2]. Похожие жалобы отмечаются и у пациентов с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), что может затруднять своевременную диагностику острого коронарного синдрома (ОКС).

Так, для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) характерны некардиальные боли в грудной клетке по ходу пищевода (за грудиной), похожие на коронарную боль, которые купируются нитратами. Ее причиной считается гипермоторная дискинезия пищевода, возникающая в связи с дефектом системы ингибирующего транмисмиттера (оксида азота) [3]. Из инструкции к применению нитроглицерина известно, что он способен высвобождать оксид азота, который является естественным релаксирующим фактором эндотелия. Повышение его концентрации ведет к расслаблению гладкой мускулатуры сосудистых стенок, ЖКТ и других органов [4]. Это объясняет уменьшение болевого синдрома при ГЭРБ при использовании нитратов.

У пациентов с ИБС и ГЭРБ при проведении суточного мониторинга электрокардиограммы (ЭКГ) общее количество эпизодов ишемии миокарда и ее длительность бывают досто-

верно выше, чем у пациентов только с одним заболеванием ($p < 0,05$). При ГЭРБ наличие рефлюкса может стать провоцирующим фактором риска развития ишемии миокарда по ЭКГ. Также патологические рефлюксы клинически могут проявляться болевым синдромом в грудной клетке. Одновременно с этим ИБС негативно влияет на течение ГЭРБ [5]. Данный феномен можно объяснить следующим образом: страдающие ИБС имеют микроциркуляторные нарушения, которые являются фактором риска прогрессирования ГЭРБ [6]. Кроме того, в сочетании с ИБС выявляются более тяжелые изменения слизистой оболочки пищевода вплоть до эрозивной формы ГЭРБ [7]. Нитраты и блокаторы медленных кальциевых каналов, применяемые для лечения ИБС, обладают значимым угнетающим действием на нижний сфинктер пищевода, поэтому продолжительная антиангинальная терапия может быть фактором риска развития патологического гастроэзофагеального рефлюкса [8].

При гастрите пациенты могут описывать боль как жжение в эпигастральной области [9], при язвенной болезни (ЯБ) жаловаться на боли в подложечной области, которые иногда могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника [10]. При хроническом гастрите и ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, усиление воспалительных процессов может приводить к активации атерогенеза и нестабильному течению ИБС [11].

Все вышеизложенное говорит о значительном сходстве симптомов болевого синдрома при ИБС и заболеваниях верхних отделов ЖКТ.

Быстрая постановка диагноза ОКС и назначение адекватной терапии имеют принципиальное значение для его исходов [12]. Существует прямая корреляция между риском развития острой сердечной недостаточности (СН) и длительностью болевого синдрома, временем от его начала до получения пациентом антиагрегантной терапии [2].

Таким образом, актуальным является изучение особенностей течения ОКС у пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ с целью оптимизации оказания им своевременной медицинской помощи.

Целью настоящей работы было проанализировать клиническое течение разных форм ОКС у пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ.

Задачи работы:

1. Оценить особенности болевого синдрома у пациентов с разными формами ОКС и заболеваниями верхних отделов ЖКТ.
2. Проанализировать особенности других клинических проявлений ОКС у пациентов с патологией верхних отделов ЖКТ.
3. Определить рекомендации по диагностике ОКС у пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ при первичном обращении за медицинской помощью.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование вошли 79 пациентов с ОКС, находившихся на втором стационарном этапе реабилитации: 59 (75%) — с острым ИМ (ОИМ) и 20 (25%) — с нестабильной стенокардией (НС). Информированное согласие от них получено. В зависимости от наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний верхних отделов ЖКТ участников исследования разделили на две группы. 1-я (основная) группа — 39 (49%) пациентов с ОКС и патологией верхних отделов ЖКТ. Данные пациенты имели анамнестические, подтвержденные результатами фиброгастродуоденоскопии (ФГДС), и активные жалобы со стороны ЖКТ. Медианный возраст пациентов — 63 (55–67) года, из них — 26 (67%) мужчин и 13 (33%) женщин. 2-ю группу (сравнения) составили 40 (51%) пациентов, перенесших ОКС, без жалоб со стороны ЖКТ. Их медианный возраст был 60,5 (55–65) лет, из них — 31 (77,5%) мужчина и 9 (22,5%) женщины. По возрасту ($p = 0,19$) и полу ($p = 0,41$) группы не различались.

НС была диагностирована у 12 (31%) участников с заболеваниями верхних отделов ЖКТ и у 8 (20%) — без сочетанной патологии ($p = 0,4$). В первой подгруппе медианный возраст составил 63 (56–67) года, из них — 75% (9) мужчин и 25% (3) женщин. Во второй — медианный возраст был 58 (49–63,5) лет, 75% (6) мужчин и 25% (2) женщин. Подгруппы не различались по возрасту ($p = 0,3$) и полу ($p = 0,69$).

ОИМ был у 27 (69%) пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ и 32 (80%) — без сопутствующей патологии ($p = 0,4$). В первой подгруппе медианный возраст составил 63 (58–67) года, из них 63% (17) мужчин и 37% (10) женщин. Во второй подгруппе медианный возраст равнялся 60 годам (55,5–65,5, $p = 0,3$), из них — 78% (25) мужчин и 22% (7) женщин ($p = 0,32$). Подгруппы также не различались по возрасту ($p = 0,3$) и полу ($p = 0,32$). Среди пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ ОИМ с зубцом Q был выявлен у 14 (52%), ОИМ без Q — у 13 (48%); среди больных без сопутствующей патологии — у 25 (78%) и 7 (22%) соответственно ($p = 0,065$).

В ходе исследования были проанализированы результаты специально разработанного опросника для оценки проявлений ОКС. Он включал в себя такие параметры, как характер, локализация, иррадиация, длительность и условия возникновения боли в груди, а также наличие прочих жалоб:

потливости, слабости/недомогания, тревожности, чувства нехватки воздуха/одышки, обморока, диспепсических явлений, болей в эпигастрии. Пациентам из основной группы в связи с наличием патологии верхних отделов ЖКТ и соответствующих жалоб по показаниям [13] была проведена ФГДС с последующим уреазным *Helipil*-тестом для оценки степени инфицированности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*. По данным ФГДС у всех пациентов из основной группы был выявлен хронический гастрит (в стадии обострения), у 10 (26%) — ГЭРБ (в виде рефлюкс-эзофагита), у стольких же (10 больных, 26%) — ЯБ желудка или двенадцатиперстной кишки (в рубцовой стадии). 29 (74%) человек были инфицированы *Helicobacter pylori*.

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета программы Statistica 10. Описательная статистика качественных признаков представлена в виде абсолютных величин (n), относительных величин (p), выраженных в процентах (%) и в виде 95% доверительных интервалов (95% ДИ). Значимость различий определялась с помощью критерия Хи-квадрат (для значений более 10), критерия Хи-квадрат с поправкой Йейтса (для значений менее 10) и точного критерия Фишера (для значений меньше 5).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Типичные коронарные боли обычно имеют сжимающий, давящий характер или описываются пациентом как тяжесть и дискомфорт за грудиной. Больные могут отмечать иррадиацию в шею, нижнюю челюсть, левую руку, эпигастральную область. Также могут развиваться неспецифические симптомы: страх, возбуждение, одышка, удушье, боль в верхних отделах живота, тошнота и рвота, слабость, спутанность сознания, сердцебиения, обмороки. При ОИМ могут обнаруживаться нетипичные формы ОКС, в том числе абдоминальная. Связь с физической нагрузкой обычно отмечают пациенты с развивающейся НС и не отмечают — с ОИМ. Симптоматика может носить постоянный характер или быть волнообразной [1, 14].

В нашем исследовании у пациентов с ОКС с заболеваниями верхних отделов ЖКТ наблюдались кратковременные (30,8%, $p = 0,57$) давящие боли (38,5%, $p = 0,93$) за грудиной (59%, $p = 0,89$) без иррадиации (33,3%, $p = 0,13$), обычно возникающие при физической нагрузке (62% случаев, $p = 0,09$). В табл. 1 представлен подробный сравнительный анализ болевого синдрома у пациентов с ОКС и сопутствующей патологией. Различий между группами не установлено.

Анализ прочих проявлений ОКС (табл. 2) показал, что у пациентов с ОКС и заболеваниями верхних отделов ЖКТ астенический синдром (общая слабость и недомогание) выявлялся в 1,5 раза чаще, чем у лиц без сочетанной патологии (77% и 50% соответственно, $p = 0,02$). В отличие от группы сравнения, у 15% пациентов с сопутствующей патологией боли в груди сопровождались болью в эпигастральной области ($p = 0,03$). По частоте встречаемости прочих симптомов группы не различались (табл. 2). В обеих группах пациенты имели проявления диспепсического синдрома ($p = 0,57$), но лица без сочетанной патологии отмечали их только в момент развития ОКС, а пациенты с заболеваниями верхних отделов ЖКТ — также и в период прохождения реабилитации. Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации (2020 год), диспепсические явления считаются показанием к проведению диагностической ФГДС [13], которая и выполнялась пациентам с заболеваниями верхних отделов ЖКТ на этапе реабилитации.

Таблица 1. Сравнительный анализ клинических проявлений ОКС (все формы) [таблица составлена авторами] / Comparative analysis of clinical manifestations of ACS (all forms) [table compiled by the authors]

| Боль | ОКС с патологией верхних отделов ЖКТ (n = 39) | | | ОКС без патологии верхних отделов ЖКТ (n = 40) | | | P |
|---|--|------|--------|---|------|--------|------|
| | N | % | 95% ДИ | N | % | 95% ДИ | |
| Характер боли: | | | | | | | |
| острая | 2 | 5 | 0-12 | 6 | 15 | 4-26 | 0,14 |
| колющая | 1 | 2,6 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| давящая | 15 | 38,5 | 23-54 | 15 | 37,5 | 22-53 | 0,93 |
| ноющая | 1 | 2,6 | 0-8 | 4 | 10 | 2-19 | 0,19 |
| сжимающая | 3 | 7,7 | 0-16 | 3 | 7,5 | 0-16 | 0,65 |
| неприятные ощущения | — | — | — | 2 | 5 | 0-12 | 0,25 |
| жгучая | 5 | 13 | 2-24 | 3 | 7,5 | 0-16 | 0,34 |
| тупая | — | — | — | 1 | 2,5 | 0-7 | 0,51 |
| смешанный характер боли | 11 | 28 | 14-43 | 6 | 15 | 4-26 | 0,25 |
| боли не было | 1 | 2,6 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| Локализация боли: | | | | | | | |
| за грудиной | 23 | 59 | 43-75 | 23 | 57,5 | 42-73 | 0,89 |
| в области сердца | 1 | 2,5 | 0-8 | 5 | 12,5 | 2-23 | 0,11 |
| в левой половине грудной клетки | 5 | 13 | 2-24 | 6 | 15 | 4-26 | 0,96 |
| в правой половине грудной клетки | 1 | 2,5 | 0-8 | 1 | 2,5 | 0-7 | 0,75 |
| в эпигастрии, в области желудка | 1 | 2,5 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| распространенная, без преобладающей локализации | 7 | 18 | 6-30 | 5 | 12,5 | 2-23 | 0,36 |
| боли не было | 1 | 2,5 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| Иррадиация боли: | | | | | | | |
| без иррадиации | 13 | 33,3 | 18-48 | 20 | 50 | 34-66 | 0,13 |
| в нижнюю челюсть | 1 | 2,6 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| в левую руку | 14 | 36 | 21-51 | 12 | 30 | 16-44 | 0,58 |
| в правую руку | 1 | 2,6 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| в спину | 1 | 2,6 | 0-8 | 1 | 2,5 | 0-7 | 0,75 |
| между лопатками | 2 | 5 | 0-12 | 5 | 12,5 | 2-23 | 0,23 |
| множественная иррадиация | 6 | 15,3 | 4-27 | 2 | 5 | 0-12 | 0,48 |
| боли не было | 1 | 2,6 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| Длительность боли: | | | | | | | |
| несколько минут | 12 | 30,8 | 16-46 | 10 | 25 | 11-39 | 0,57 |
| до получаса | 10 | 25,6 | 12-40 | 12 | 30 | 16-44 | 0,67 |
| от получаса до часа | 6 | 15,4 | 4-27 | 3 | 7,5 | 0-16 | 0,23 |
| больше часа — несколько часов | 10 | 25,6 | 12-40 | 15 | 37,5 | 22-53 | 0,26 |
| боли не было | 1 | 2,6 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| Условия возникновения боли: | | | | | | | |
| при физической нагрузке | 24 | 62 | 46-77 | 17 | 42,5 | 27-58 | 0,09 |
| в покое | 11 | 28 | 14-43 | 18 | 45 | 29-61 | 0,12 |
| после еды | 1 | 2,5 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |
| на фоне стресса | 1 | 2,5 | 0-8 | 3 | 7,5 | 0-16 | 0,32 |
| без четкого провоцирующего фактора | 1 | 2,5 | 0-8 | 2 | 5 | 0-12 | 0,51 |
| боли не было | 1 | 2,5 | 0-8 | — | — | — | 0,49 |

В ходе сравнительного анализа симптомов коронарной недостаточности у пациентов с НС установлено, что в обеих группах боли носили классический характер [1] ($p > 0,05$). У пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ чаще (42%) встречался давящий характер болей ($p = 0,54$), которые

в 59% случаев локализовались за грудиной ($p = 0,61$), в 25% — иррадиировали в левую руку ($p = 0,19$), в 42% — длились менее получаса ($p = 0,61$), в 50% случаев возникали при физической нагрузке ($p = 0,68$). В отличие от пациентов без сочетанной патологии участники с НС и заболеваниями верхних отделов

Таблица 2. Сравнительный анализ прочих клинических симптомов при ОКС (все формы) [таблица составлена авторами] / Comparative analysis of other clinical symptoms in ACS (all forms) [table compiled by the authors]

| Жалобы | ОКС с патологией верхних отделов ЖКТ (n = 39) | | | ОКС без патологии верхних отделов ЖКТ (n = 40) | | | P |
|---|---|----|--------|--|------|--------|-------|
| | N | % | 95% ДИ | N | % | 95% ДИ | |
| Потливость | 10 | 26 | 12-40 | 14 | 35 | 20-50 | 0,37 |
| Слабость, недомогание | 30 | 77 | 63-90 | 20 | 50 | 34-66 | 0,02 |
| Тревожность | 12 | 31 | 16-46 | 10 | 25 | 11-39 | 0,57 |
| Чувство нехватки воздуха, одышка | 20 | 51 | 35-67 | 12 | 30 | 16-44 | 0,054 |
| Обморок | 2 | 5 | 0-12 | 2 | 5 | 0-12 | 0,68 |
| Диспепсические явления (тошнота, рвота, отрыжка и/или изжога) | 13 | 33 | 18-48 | 11 | 27,5 | 13-42 | 0,57 |
| Боли в эпигастрии | 6 | 15 | 4-27 | — | — | — | 0,03 |

ЖКТ не отмечали межлопаточной иррадиации боли (37,5% против 0%, $p = 0,049$).

Участники с НС и сопутствующей патологией в 6,6 раза чаще (83% против 12,5%, $p = 0,003$) отмечали проявления астенического синдрома и в 5,4 раза чаще (67% против 12,5%, $p = 0,025$) — СН (одышка, чувство нехватки воздуха). По прочим симптомам подгруппы не различались. По данным литературы известно, что астения сочетается с плохой переносимостью физических нагрузок и чаще встречается у пациентов с инфекционными заболеваниями [15]. В нашем исследовании было установлено наличие хронической инфекции *Helicobacter pylori* у 72% больных с патологией верхних отделов ЖКТ. Одышка как проявление СН требует дифференциальной диагностики с дыхательной недостаточностью (в рамках диагнозов бронхиальной астмы и/или хронического обструктивного бронхита). Отсюда следует необходимость проведения эхокардиографии (ЭхоКГ) с оценкой легочной гипертензии и функции внешнего дыхания для диагностики заболевания легких.

Для типичного болевого синдрома при ОИМ характерно длительное ощущение сдавления или тяжести в груди, которые возникают как при физической нагрузке, так и в покое. Чаще всего боли иррадируют в левую руку, шею или челюсть. Некоторые пациенты могут отмечать атипичные симптомы — одышку, тошноту и (или) рвоту, усталость или обмороки [16].

В нашем исследовании установлено, что при ОИМ пациенты с заболеваниями верхних отделов ЖКТ чаще всего (37%) отмечали давящие боли ($p = 0,83$), локализующиеся

в 59% случаев за грудиной ($p = 0,82$), в 37% — без иррадиации ($p = 0,45$). У 37% пациентов боли носили кратковременный характер (до 10 минут, $p = 0,47$) и провоцировались в 66% случаев физической нагрузкой — уборкой снега, работой в саду, ходьбой в интенсивном темпе и т. д. ($p = 0,08$). В целом характер коронарной боли в подгруппах ОИМ не различался ($p > 0,05$). Однако при углубленном анализе внутри подгрупп ОИМ оказалось, что у участников с ОИМ с зубцом Q и заболеваниями верхних отделов ЖКТ боль в покое возникала в 3,3 раза реже, чем у пациентов без сопутствующей патологии (14,5% и 48% соответственно, $p = 0,04$). В подгруппах ОИМ без зубца Q характер коронарной боли не имел отличий.

При оценке прочих клинических проявлений только у пациентов с ОИМ (в том числе с зубцом Q) и заболеваниями верхних отделов ЖКТ наряду с болью в груди были выявлены в 19% случаев боли в эпигастриальной области ($p = 0,02$). По другим неспецифическим симптомам различий между подгруппами ОИМ не установлено.

Таким образом, по характеру боли в груди группы практически не различались. Исключением в основной группе стали неспецифические для ОКС проявления — астенический синдром, симптомы СН и наличие болей в эпигастриальной области. Последние могут сопровождать течение заболеваний верхних отделов ЖКТ, в этом случае повышая риск несвоевременной диагностики ОКС, в первую очередь в связи с затягиванием времени обращения пациента за медицинской помощью и ошибками на этапе оказания первичной медицинской помощи (позднее снятие ЭКГ).

Таблица 3. Сравнительный анализ локализации ишемии у пациентов с нестабильной стенокардией [таблица составлена авторами] / Comparative analysis of ischemia localization in patients with unstable angina [table compiled by the authors]

| Локализация ишемии | НС с патологией верхних отделов ЖКТ (n = 12) | | | НС без патологии верхних отделов ЖКТ (n = 8) | | | P |
|--|--|----|--------|--|------|--------|-------|
| | N | % | 95% ДИ | N | % | 95% ДИ | |
| Передняя стенка ЛЖ | — | — | — | 4 | 50 | 15-85 | 0,014 |
| Боковая стенка ЛЖ | 2 | 17 | 0-38 | — | — | — | 0,35 |
| Переднебоковая область ЛЖ | 1 | 8 | 0-24 | 1 | 12,5 | 0-36 | 0,65 |
| Верхушечно-боковая область ЛЖ | 2 | 17 | 0-38 | 1 | 12,5 | 0-36 | 0,66 |
| Переднебоковая, верхушечная области ЛЖ | 1 | 8 | 0-24 | — | — | — | 0,6 |
| Перегородочно-верхушечная область ЛЖ | 1 | 8 | 0-24 | 1 | 12,5 | 0-36 | 0,65 |
| Данных за ишемию по ЭКГ нет | 5 | 42 | 13-70 | 1 | 12,5 | 0-36 | 0,19 |

Таблица 4. Сравнительный анализ локализации повреждения миокарда у пациентов с ОИМ [таблица составлена авторами] / Comparative analysis of the localization of myocardial damage in patients with AMI [table compiled by the authors]

| Локализация | ОИМ с патологией верхних отделов ЖКТ (n = 27) | | | ОИМ без патологии верхних отделов ЖКТ (n = 32) | | | P |
|------------------|---|----|--------|--|----|--------|-------|
| | N | % | 95% ДИ | N | % | 95% ДИ | |
| Передняя | 13 | 48 | 29-67 | 18 | 56 | 39-74 | 0,53 |
| Боковая | 5 | 19 | 4-33 | 5 | 16 | 3-28 | 0,52 |
| Нижняя | 11 | 41 | 22-60 | 11 | 34 | 18-51 | 0,68 |
| Заднебазальная | 4 | 15 | 1-28 | — | — | — | 0,039 |
| Верхушка | 1 | 4 | 0-11 | — | — | — | 0,46 |
| Правый желудочек | 1 | 4 | 0-11 | 1 | 3 | 0-9 | 0,71 |

ЭКГ (наряду с ЭхоКГ и коронароангиографией) является важным диагностическим критерием оценки локализации ишемии при НС и ИМ [1, 14, 16]. В нашем исследовании локализация характерных для каждой группы пациентов ишемических изменений миокарда, установленная при ЭКГ-исследовании, представлена в табл. 3 и 4.

У пациентов с НС и заболеваниями верхних отделов ЖКТ в отличие от участников без сопутствующей патологии не выявлялась ишемия миокарда по передней стенке левого желудочка (ЛЖ), 0% и 50% соответственно ($p = 0,014$). В 42% случаев по данным ЭКГ ишемические изменения у пациентов с сочетанной патологией не были описаны ($p = 0,19$) (табл. 3). Это могло быть связано с поздним обращением пациентов за медицинской помощью, поздним снятием ЭКГ и уменьшением коронареспазма.

Диспепсические явления наблюдались у 33% (4) пациентов с НС и заболеваниями верхних отделов ЖКТ. Среди них 8,5% (1) имели переднебоковую верхушечную, столько же (8,5%) — перегородочно-верхушечную локализацию ишемии миокарда, и у 17% (2) — данных за ишемию по ЭКГ не выявлено. То есть у 40% (2 из 5) пациентов без новых ишемических изменений на ЭКГ отмечались проявления диспепсического синдрома. Боли в эпигастриальной области были у 8,5% (1) коморбидных пациентов с ишемией по боковой стенке ЛЖ. Участники с НС без сочетанной патологии проявлений диспепсического синдрома более в эпигастрии при развитии ОКС не отмечали ($p = 0,6$).

Локализация поражения миокарда у пациентов с ОИМ представлена в табл. 4. У них учитывались все ИМ (текущий и перенесенный ранее — по анамнезу). Только у пациентов с ОИМ и заболеваниями верхних отделов ЖКТ выявлена заднебазальная локализация поражения миокарда — в 15% ($p = 0,039$), у больных с ОИМ с зубцом Q — в 21% ($p = 0,04$), а с ОИМ без зубца Q — в 8% (1) случаев ($p = 0,65$). По прочим локализациям подгруппы не различались (табл. 4). У 26% (7) пациентов с сочетанной патологией ИМ носил распространенный характер ($p = 0,09$).

Заднебазальный ИМ характеризуется депрессией сегмента ST в отведениях V_1 - V_3 , особенно при положительном терминальном зубце T, который рассматривается как эквивалент подъема сегмента ST, а также наблюдается подъем сегмента ST $\geq 0,5$ мм в дополнительных отведениях V_7 - V_9 [16].

Углубленный анализ клинического течения показал, что 11% (3) пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ с передним ИМ, 4% (1) — с переднебоковым и 19% (5) — с нижним ИМ отмечали диспепсические явления. Также коморбидные пациенты с передней локализацией поражения миокарда в 7% (2) и с нижней локализацией в 11% (3) случаев наряду с болью в груди отмечали боли в эпигастриальной области.

ВЫВОДЫ

1. ОКС у пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ характеризуется наличием атипичных симптомов острой коронарной недостаточности: в 15% случаев — более в эпигастрии ($p = 0,03$) и в 77% — астенического синдрома ($p = 0,02$).

2. Острая коронарная недостаточность при НС у пациентов с заболеваниями верхних отделов ЖКТ сопровождается в 83% проявлениями астенического синдрома ($p = 0,003$) и в 67% — симптомами СН ($p = 0,025$).

3. Для клинической формы ОКС в виде ОИМ у пациентов с сопутствующей патологией верхних отделов ЖКТ характерно наличие в 19% случаев более в эпигастриальной области ($p = 0,02$).

3. При обращении за первичной медицинской помощью симптомы боли в эпигастриальной области, а также проявления диспепсического синдрома у лиц с заболеваниями верхних отделов ЖКТ затрудняют своевременное установление диагноза ОКС. Следовательно, при обращении пациента с болью в эпигастрии в обязательном порядке необходимо снять ЭКГ, в том числе в дополнительных отведениях V_7 - V_9 для исключения заднебазальной локализации ИМ, которая у лиц с сопутствующей патологией встречается в 15% случаев ($p = 0,039$). ЛВ

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Authors contribution:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

- Барбараш О. Л., Дупляков Д. В., Затеищиков Д. А. и др. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST электрокардиограммы. Клинические рекомендации 2020. Российский кардиологический журнал. 2021; 26 (4): 4449. DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4449.
Barbarash O. L., Duplyakov D. V., Zateishnikov D. A., et al. 2020 Clinical practice guidelines for Acute coronary syndrome without ST segment elevation. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2021; 26 (4): 4449. (In Russ.) DOI: 10.15829/1560-4071-2021-4449.
- Танцырева И. В., Шамурова Ю. Ю., Царев А. П. и др. Предикторы риска неблагоприятных исходов у больных с острым коронарным синдромом. Уральский медицинский журнал. Кардиология. 2018; 165 (10): 33-38.
Tantsyрева I. V., Shamurova Yu. Yu., Tsarev A. P., et al. Predictors of the risk of adverse outcomes in patients with acute coronary syndrome. Uralskij meditsinskij zhurnal. Kardiologiya. 2018; 165 (10): 33-38. (In Russ.)
- Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30 (4): 70-97. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.

- Ivashkin V. T., Maev I. V., Trukhmanov A. S., et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association in Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2020; 30 (4): 70-97. (In Russ.)* <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.
4. Инструкция по применению препарата «Нитроглицерин». <https://www.rlsnet.ru/drugs/nitroglycerin-2189>. Instructions for the use of the drug "Nitroglycerin". <https://www.rlsnet.ru/drugs/nitroglycerin-2189>. (In Russ.)
5. Федосеева О. С., Федулаев Ю. Н., Корочкин И. М., Кузьменкова Л. В. Сравнительная характеристика качественных и количественных показателей. Российский кардиологический журнал. 2011; 1 (87): 45-48. Fedoseeva O. S., Fedulaev Yu. N., Korochkin I. M., Kuzmenkova L. V. Comparative analysis of qualitative and quantitative parameters of transient myocardial ischemia and 24-hour pH monitoring in patients with coronary heart disease and gastroesophageal reflux disease. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2011; 1: 45-48. (In Russ.)
6. Таранченко Ю. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у больных ишемической болезнью сердца: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05. М., 2003. 25 с. Taranchenko Yu. V. Gastroesophageal reflux disease in patients with coronary heart disease: Extended abstract of medical candidate's thesis.: 14.00.05. М., 2003. 25 p. (In Russ.)
7. Пикулев Д. В., Короташвили Л. В. Эрозивный рефлюкс-эзофагит у больных стабильной стенокардией. Ремедиум Приволжье. Актуальные вопросы гастроэнтерологии. 2007 — Специальный выпуск. 2007; октябрь: 9-12. Pikulev D. V., Korkotashvili L. V. Erosive reflux esophagitis in patients with stable angina pectoris. Remedium Privolzhye. Aktualnye voprosy gastroenterologii. Specialnyj vypusk. 2007; October: 9-12. (In Russ.)
8. Пикулев Д. В., Алексеева О. П., Долбин И. В. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: особенности сочетанного течения. Медицинский альманах. 2012; 1 (20): 43-47. Pikulev D. V., Alekseeva O. P., Dolbin I. V. Ischemic heart disease and gastroesophageal reflux disease: features of the combined course. Meditsinskij almanakh. 2012; 1 (20): 43-47. (In Russ.)
9. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Лапина Т. Л. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021; 31 (4): 70-99. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99>. Ivashkin V. T., Maev I. V., Lapina T. L., et al. Clinical Recommendations of Russian Gastroenterological Association and RENDO Endoscopic Society on Diagnosis and Treatment of Gastritis and Duodenitis. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2021; 31 (4): 70-99. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99>.
10. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Маев И. В. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению язвенной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 26 (6): 40-54. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-6-40-54>. Ivashkin V. T., Sheptulin A. A., Mayev I. V., et al. Diagnostics and treatment of peptic ulcer: clinical guidelines of the Russian gastroenterological Association. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2016; 26 (6): 40-54. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-6-40-54>. (In Russ.)
11. Хаптанова В. А., Вошинская К. Д. Аналитический обзор литературы по теме: ведение коморбидных пациентов с ИБС и язвенной болезнью желудка и ДПК. Научный альманах. 2021; 4-2 (78): 179-184. Khaptanova V. A., Voshchinskaya K. D. The state-of-the-art review of literature on a subject: maintaining the komorbidnykh of patients with IBS and Stomach ulcer of a stomach and DPK. Nauchnyi almanakh. 2021; 4-2 (78): 179-184. (In Russ.)
12. Синайская М. А., Курочкина О. Н. Факторы риска летального исхода инфаркта миокарда с учетом гендерных особенностей. Вятский медицинский вестник. 2017; 3 (55): 19-27. Sinayskaya M. A., Kurochkina O. N. Mortality risk factors for acute myocardial infarction in association with gender. Vyatskiy meditsinskiy vestnik. 2017; 3 (55): 19-27. (In Russ.)
13. Ивашкин В. Т., Маев И. В., Трухманов А. С. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020; 30 (4): 70-97. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>. Ivashkin V. T., Maev I. V., Trukhmanov A. S., et al. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association in Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2020; 30 (4): 70-97. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-4-70-97>.
14. Барбараш О. Л., Комаров А. Л., Панченко Е. П. и др. Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST (ОКСбпST). Евразийский Кардиологический Журнал. 2021; 4: 6-59. <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2021-4-6-59>. Barbarash O. L., Komarov A. L., Panchenko E. P., et al. Eurasian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS). Evrazijskij Kardiologicheskij Zhurnal. 2021; (4): 6-59. (In Russ.) <https://doi.org/10.38109/2225-1685-2021-4-6-59>.
15. Соколова Л. П., Старых Е. В. Астенический синдром в общетерапевтической практике. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2022; 122(4): 44-51. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212204144>. Sokolova L. P., Starykh E. V. Asthenic syndrome in general therapeutic practice. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. 2022; 122 (4): 44-51. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202212204144>.
16. Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST 2017. Рабочая группа по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST Европейского общества кардиологов (ЕОК). Российский кардиологический журнал. 2018; 23 (5): 103-158. <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-5-103-158>. The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. Rossijskij kardiologicheskij zhurnal. 2018; (5): 103-158. (In Russ.) <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2018-5-103-158>.

Сведения об авторах:

Зубарева Александра Анатольевна, кардиолог, Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Кировский клиничко-диагностический центр»; 610020, Россия, Киров, ул. Московская, 6; sueruma@gmail.com

Чичерина Елена Николаевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 610998, Россия, Киров, ул. К. Маркса, 112; e-chicherina@bk.ru

Information about the authors:

Alexandra A. Zubareva, cardiologist, Kirov Regional State Budgetary Healthcare Institution Kirov Clinical Diagnostic Center; 6 Moskovskaya str., Kirov, 610020, Russia; sueruma@gmail.com

Elena N. Chicherina, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Internal Medicine, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kirov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation; 112 K. Marx St., Kirov, 610998, Russia; e-chicherina@bk.ru

Поступила/Received 20.03.2024

Поступила после рецензирования/Revised 23.04.2024

Принята в печать/Accepted 25.04.2024