

Белялов Ф.И. Клиника продромального периода при обострениях стенокардии. Клиническая медицина. 2001;8:28-30.

РЕФЕРАТ

Проведено многодневное исследование 67 пациентов с нестабильной стенокардией. Изучалась частота неспецифических симптомов в 3-дневный период, предшествующий значительному учащению стенокардии или появлению затяжных ангинозных приступов. Показано, что перед эпизодами обострения стенокардии часто появляются или усиливаются неспецифические клинические симптомы. У одних и тех же пациентов эпизодам усиления стенокардии нередко предшествуют одни и те же неспецифические симптомы.

Врачам хорошо известно, что у больных с ишемической болезнью сердца дни относительно спокойного течения могут без видимой причины сменяться быстроразвивающимися ухудшениями состояния в виде затяжных ангинозных болей или учащения стенокардии. Такая нестабильность состояния больных может сохраняться даже в условиях стационара при систематическом лечении.

Механизмы и прогнозирование таких обострений заболевания остаются недостаточно изученными (10, 18). Можно предположить, что во многих случаях эти обострения развиваются не внезапно, а имеется определенный период нарушения компенсаторно-приспособительных процессов в организме. Такие изменения могут происходить не только в сердечно-сосудистой, но и в других системах организма, и проявляться неспецифическими симптомами. Известны описания подобного феномена перед инфарктом миокарда (1,3,12), внезапной смертью (13), гипертоническим кризом (4), обострением бронхиальной астмы (6).

Целью настоящей работы явилось исследование частоты неспецифических симптомов перед эпизодами обострения стенокардии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено многодневное наблюдение 67 больных с нестабильной стенокардией мужского пола в возрасте от 42 до 75 лет (средний возраст - 54.5 ± 4.9 года), последовательно поступавших в кардиологическое отделение и давших согласие на проведение исследования. У всех пациентов имелась прогрессирующая стенокардия напряжения, в том числе у 39 - стенокардия покоя.

Продолжительность непрерывного ежедневного наблюдения за больными колебалась от 8 до 36 дней и в среднем составила 17.2 ± 7.9 суток, а суммарное время наблюдения - 1152 суток.

Ежедневно два раза в фиксированное время суток в течение всего периода наблюдения проводилось обследование, включающее оценку состояния больного, регистрацию артериального давления и ЭКГ. Изменения в самочувствии больного выявляли активно с использованием стандартизированной карты, в которой регистрировали и кодировали все симптомы с их детализацией

(локализация, иррадиация, характер, длительность, время возникновения и частота, провоцирующие и купирующие факторы). В последующем коды симптомов вводили в базу данных (в формате DBF) для последующего анализа и графического представления на компьютере.

Лечение осуществлялось антиангинальными (бета-блокаторы, нитраты, антагонисты кальция) и противотромботическими препаратами (гепарин, аспирин). Несмотря на проводимое лечение в период наблюдения у пациентов развивались эпизоды усиления стенокардии. Критериями эпизодов обострения стенокардии выбраны следующие признаки:

1. Значительное возрастание частоты приступов стенокардии, превышающее в 2 раза и более среднеквадратическое отклонение от среднесуточной величины за весь период наблюдения.
2. Появление затяжных приступов стенокардии, которые не купируются приемом нитроглицерина более 20 минут.

Выявлено 72 таких эпизода обострения стенокардии, не связанных с изменениями в лечении и другими очевидными причинами (значительной физической нагрузкой, эмоциональным стрессом и т.д.). Диагноз инфаркта миокарда исключался на основании оценки маркеров некроза и отсутствия типичных электрокардиографических изменений.

Ретроспективно проводился анализ частоты симптомов в 3-дневный период, предшествующий эпизодам обострения стенокардии, который был назван нами продромальным периодом.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS 8.0 и включала оценку различия частот в таблице сопряженности «2x2» с помощью критерия χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования выявлено, что в течение 3 дней перед эпизодами обострения стенокардии нередко (до 78.9%) появляются или усиливаются симптомы, неспецифичные для ишемической болезни сердца. Оценка частоты этих неспецифических симптомов представлена в таблице. Указанная в таблице классификация симптомов достаточно условна - например, нарушение сна может быть проявлением депрессии, тревоги, симпатикотонии и т.д.

В продромальном периоде, по сравнению с остальными днями, достоверно чаще выявляли следующие симптомы: изменение настроения, нарушения сна (затрудненное засыпание, частые просыпания, раннее пробуждение), общая слабость, боли (головные, в области сердца, в шейном и поясничном отделах), симптомы вегетативной дисфункции (сухость во рту, тремор, потливость), изменения аппетита, боли или дискомфорт в животе, проявления ринита (заложенность носа, насморк, чихание), фурункулез.

Среди вегетативных признаков преобладали симптомы, которые связывают с симпатической активностью - тремор, сухость во рту, сердцебиение, повышенный аппетит (2). Поскольку повышение активности симпатической нервной системы приводит к увеличению ЧСС, сократимости и метаболизма

миокарда, то становится понятной последующее усиление ишемии миокарда. Парасимпатические проявления (поллакиурия, тошнота, чувство жара, урчащие в животе, диарея) перед эпизодами обострения стенокардии встречались реже. Негативное влияние *p.vagus* связывают со спазмом коронарных артерий (16, 19).

Признаки инфекционного воспаления (вирусные риниты и конъюнктивиты, фурункулез) перед эпизодами обострения стенокардии, по-видимому, не следует считать случайными. Воспалительный процесс, в том числе инфекционный, играет определенную роль при ишемической болезни сердца (5,10). Полагают, что воспаление способствует разрыву бляшки и образованию тромба (8, 15). Повышение в плазме концентрации С-реактивного белка увеличивает краткосрочную летальность при нестабильной стенокардии и инфаркте миокарда (17, 20, 22).

Интересен факт увеличение частоты различных болевых проявлений - головных болей, болей в поясничной области, болей в животе и кардиалгий. Возможно, что этот феномен связан с общим снижением болевого порога и может объяснить усиление частоты и длительности стенокардии за счет проявления прежде безболевой ишемии. С другой стороны, боли, особенно множественной локализации, наряду с другими признаками (общая слабость, нарушение сна, снижение аппетита, запор) являются характерными для депрессии. Существенное влияние аффективных нарушений на течение ишемической болезни сердца подтверждается данными о повышении летальности у пациентов с нестабильной стенокардией и после инфаркта миокарда, имеющих депрессию (11,14). Негативное влияние депрессии связывают с вегетативной дисфункцией. Интересен факт повышения настроения перед эпизодами обострения стенокардии, обычно предшествующего депрессии.

Индивидуальный анализ динамики симптомов показал, что у многих пациентов (38.6%) перед усилением стенокардии появляются одни и те же неспецифические признаки. Не случайно, большинство этих пациентов использовали эти признаки для прогнозирования ухудшения заболевания и, соответственно, уменьшали физические нагрузки и увеличивали дозу антиангинальных препаратов в «неблагоприятные» дни.

Таким образом, усиление стенокардии являются не локальной проблемой, а сочетается с изменениями аффективной сферы, вегетативной регуляции и признаками воспаления.

ВЫВОДЫ

1. Перед эпизодами обострения стенокардии часто появляются или усиливаются неспецифические клинические симптомы.
2. У одних и тех же пациентов возникновению эпизодов обострения стенокардии нередко предшествуют одни и те же неспецифические симптомы.

Таблица. Частота симптомов перед возникновением и в период эпизодов обострения стенокардии.

Группы симптомов	Симптомы	Продромальный период					День обострения
		-3 день	-2 день	-1 день	Всего	Всего (%)	
Аффективные	Снижение настроения	11	4	16	31*	43.7	21
	Повышение настроения	7	10	10	27*	38	10
	Тревога	1	3	4	8	11.3	6
	Нарушение сна	18	14	17	49*	69	18
	Общая слабость	8	6	13	27*	38	12
Болевые	Головная боль	18	15	23	56*	78.9	23
	Кардиалгии	13	15	22	50*	70.4	24
	Боли в спине	13	8	18	39*	54.9	13
Вегетативные	Сердцебиение	3	6	8	17	23.9	7
	Тремор	5	2	7	14	19.7	4
	Потливость	4	7	5	16*	22.5	6
	Ощущение жара	1	1	1	3	4.2	1
	Зябкость	2	0	6	8	11.3	2
	Сухость во рту	8	8	11	27*	38	12
	Поллакиурия	5	4	5	14	19.7	3
Желудочно-кишечные	Отсутствие аппетита	4	4	6	14*	19.7	6
	Повышенный аппетит	5	4	4	13*	18.3	5
	Боли в животе	6	2	11	19*	26.8	7
	Изжога	5	3	5	13	18.3	3
	Тошнота	1	1	3	5	7	2
	Вздутие живота	4	3	6	13	18.3	7
	Урчание	2	3	3	8	11.3	3
	Запор	2	3	4	9	12.7	4
	Диарея	1	0	1	2	2.8	2
	Тенезмы	0	0	1	1	1.4	1
Респираторные	Ринит	10	8	10	28*	39.4	10
	Боли в горле	6	2	6	14	19.7	5
	Кашель	2	4	3	9	12.7	3
Кожные	Фурункулез	9	6	9	24*	33.8	9
	Геморрагии	0	2	2	4	5.6	1
	Зуд	4	3	3	10	14.1	5

Примечание. * - достоверные различия ($p < 0.05$) по критерию χ^2 .

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейникова Л.И., Золотарев А.Е. Прединфарктное состояние.-Киев, 1976.
2. Заболевания вегетативной нервной системы.- Под ред. А.М.Вейна.- М.,1991.-с.40-45.
3. Казанчян А.Ф. Анализ продромы и острейшего периода инфаркта миокарда у больных, обследованных по программе "Регистр инфаркта миокарда" в г.Ереване.// Кровобращение.- 1988.-№1.-с.13-15.
4. Кушаковский М.С. Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии.- М.,1982.-с.112.
5. Насонов Е.Л. Маркеры воспаления и атеросклероз: значение С-реактивного белка.//Кардиология.-1999.-№2.-с.81-85.
6. Федосеев Г.Б.,Хлопотова Г.П. Бронхиальная астма.-Л.,1988.-с.164.
7. Ambrose J.A.,Dangas G. Unstable Angina. Current Concepts of Pathogenesis and Treatment.//Arch Int Med.-2000.-Vol.160.-P.1.
8. Azar R.R.,Waters D.D. The inflammatory etiology of unstable angina.//Am Heart J.-1996.-Vol.132.-P.1101-1106.
9. Braunwald E. Unstable Angina. An Etiologic Approach to Management.//Circulation.-1998.-Vol.98.-P.2219-2222.
10. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines.//J Am Coll Cardiol.-2000.-Vol.36.-P.970-1062.
11. Irvine J.,Basinski A.,Baker B.,et al. Depression and Risk of Sudden Cardiac Death After Acute Myocardial Infarction: Testing for the Confounding Effects of Fatigue.//Psych Med.-1999.-Vol. 61.-P.729-738.
12. Klaeboe G.,Offerstad J.E.,Winsnes T.,Espelund N. Predictive value of prodromal symptoms in myocardial infarction.//Acta Med. Scand.- 1987.-Vol. 222.-P.27-30.
13. Kuller L. Prodromata of sudden death and myocardial infarction.//Adv. Card.-1978.-Vol. 25.-P.61-72.
14. Lesperance F.,Frasure-Smith N.,Juneau M.,Theroux P. Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina.//Arch Intern Med.-2000.-Vol.160.-P.1354-1360.
15. Libby P. Molecular basic of the acute coronary syndromes.//Circulation.-1995.-Vol.91.-P.2844-2850.
16. Ludmer P.L.,Selwyn A.P.,Shook T.L.,et al. Paradoxical vasoconstriction induced by acetylcholine in atherosclerotic coronary arteries.//NEJM.-1986.-Vol.315.-P.1046-1051.
17. Mach F., Lovis C., Gaspoz J.M.,et al. C-reactive protein as a marker for acute coronary syndromes.//Eur Heart J.-1997.-Vol.18.-P.1897-1902.

18. Management of acute coronary syndromes: acute coronary syndromes without persistent ST segment elevation. Recommendations of the Task Force of the European Society of Cardiology. //Eur Heart J.-2000.-Vol.21.-P.1406-1432.
19. Miwa K.,Fujita M.,Ejiri M.,Sasayama Sh. Usefulness of intracoronary injection of acetylcholine as a provocative test for coronary artery spasm in patients with vasospastic angina.//Heart vessels.-1991.-Vol.6.-P.96-101.
20. Morrow D.A.,Rifai N.,Antman E.M. et al. C-reactive protein is a predictor of mortality independently of and in combination with troponin T in acute coronary syndromes: A TIMI 11A substudy.//J Am Coll Cardiol.-1998.-Vol.31.-P.1460-1465.
21. Saitoh T., Kishida H., Hanashi A.,et al. Coronary hyperreactivity to adrenergic stimulation and increased nocturnal vagal tone trigger coronary vasospasm.//Jpn Circ J.-1998.-Vol.62.-P.721-726.
22. Toss H., Lindahl B., Siegbahn A., Wallentin L. Prognostic influence of increased fibrinogen and C-reactive protein levels in unstable coronary artery disease. FRISC Study Group. Fragmin during Instability in Coronary Artery Disease.//Circulation.-1997.-Vol.96.-4204-4210.