

СОВРЕМЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ X ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Чичкова М.А.¹, Козлова О.С.¹, Брынцева И.А.²

¹ГБОУ ВПО «Астраханская Государственная медицинская академия» Минздрава России, Астрахань, Россия (414000, г.Астрахань, ул. Бакинская, 121); e-mail: m.chichkova@mail.ru

² Федеральное бюджетное учреждение Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки», Астраханская область, Россия (416132, Наримановский район, с. Рассвет), e-mail: lexion@bk.ru

В статье представлено собственное клиническое наблюдение пациентки с особым вариантом ишемической болезни сердца - кардиальным синдромом X. Данное заболевание характеризуется доказанной ишемией миокарда и ангиографически интактными коронарными артериями без признаков вазоспазма. В патогенезе кардиального синдрома X общепризнанным является нарушения микроциркуляции на уровне преартериол. Представленный клинический случай отражает сложности в диагностике и лечение данной патологии. Описан атипичный характер болевого синдрома при микроваскулярной стенокардии. В статье на патогенетическом уровне доказана целесообразность сочетания традиционной антиангинальной терапии с низкоэнергетическим лазерным излучением. Доказано, что комбинированная терапия антагонистами кальция, ингибиторами ангиотензиновых рецепторов в сочетании с контактным низкоэнергетическим лазерным излучением приводит к стойкому антиангинальному и антиаритмическому эффекту, стабилизации гемодинамических показателей.

Ключевые слова: кардиальный синдром X, лазеротерапия.

MODERN PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OPTIMIZATION PATIENTS WITH CARDIAC SYNDROME X ACCORDING CLINICAL OBSERVATIONS

Chichkova M.A.¹, Kozlova O.S.¹, Bryntseva I.A.²

¹Astrakhan State Medical Academy, Astrakhan Russia (414000, Bakinskaya street, 121), e-mail: Kozlova.OS@mail.ru

²Federal Budget Institution Rehabilitation Center FSS RF "Tinaki", Skye Astrakhan region, Russia

In this article presents its own clinical observation the patient with cardiac syndrome X - specific form of coronary heart disease . This disease presents by proven myocardial ischemia and intact coronary arteries by coronary angiography without symptoms of vasospasm. Microcirculation disturbance at prearteriolar level is an accepted in the pathogenesis of cardiac syndrome X. Presented clinical case reflects the difficulty of diagnosis and treatment this disease. Atypical nature of pain in microvascular angina described in article. In this article is proved the necessity of combining a mix of traditional antianginal therapy with low-energy laser radiation on the pathogenic level. It is proved that combination therapy with calcium antagonists, angiotensin receptor inhibitors in combination with low-energy laser radiation contact leads to permanent antianginal and antiarrhythmic effect, stabilization of hemodynamic parameters.

Keywords: cardiac syndrome X, laser therapy

Несмотря на достигнутые успехи в лечении, ишемическая болезнь сердца остается актуальной медико-социальной проблемой современного здравоохранения. Согласно литературным данным в России страдают ишемической болезнью сердца около 10 млн. трудоспособного населения [5].

Развитие коронарной хирургии ставит новые задачи и проблемы перед современной медициной, так как у 30% пациентов с клинико-инструментальными признаками ИБС при ангиографии диагностируются неизмененные коронарные артерии [6]. Данную форму заболевания впервые описал и назвал кардиальным синдромом X Н.Кемп в 1973 году. Кардиальный синдром X включает в себя признаки ишемии миокарда продолжительностью более 1 мину-

ты, установленной с помощью стресс-тестов или при холтеровском мониторировании ЭКГ на фоне отсутствия атеросклероза коронарных артерий и спазма венечных артерий при коронарографии. Клиническая картина приступа микроваскулярной стенокардии, имеет свои особенности [7].

Несмотря на большое внимание, уделяемой данной проблеме вопросы этиологии и патогенеза кардиального синдрома остаются открытыми. Доказано, что в основе заболевания лежит ишемия миокарда вследствие нарушения микроциркуляции, но эти данные не дают полного представления о характере и генезе кардиального синдрома X.

Существует множество теорий патогенеза стенокардии при синдроме X. Согласно первой теории, при оценке состояния микрососудистого русла возможности коронарографии ограничены и изменения «малых сосудов» остаются ангиографически невидимыми. Однако, у этих пациентов диагностируется микрососудистые изменения: дисфункция эндотелия (дефектная эндотелин-зависимая вазодилатация со снижением выработки окиси азота) и нарушение микрососудистой дилатации (эндотелий-независимой) [1].

Вторая теория предполагает наличие метаболических нарушений, приводящих к нарушению синтеза энергетических субстратов в сердечной мышце. Третья теория предполагает, что кардиальный синдром X возникает вследствие повышения чувствительности к болевым стимулам от различных органов, включая сердце. Такие пациенты высокочувствительны к ноцицептивным стимулам, даже малая ишемия приводит к яркой клинике стенокардии. Каждая из теорий определяет одно из звеньев в развитии болезни, но не может объяснить её полностью.

По современным представлениям наиболее важным фактором в развитии кардиального синдрома X признается эндотелиальная дисфункция. Повреждение эндотелия приводит к дисбалансу в синтезе вазоконстрикторных и вазорелаксирующих веществ, активации тромбообразования, адгезии лейкоцитов и пролиферации гладкомышечных клеток в артериальной стенке. Доказано, что низкие показатели отношения оксида азота к уровню эндотелина-1 прямо коррелируют с выраженностью болевого синдрома у этих больных [1,4].

Стандартов лечения пациентов с кардиальным синдромом X в настоящее время нет. Наиболее эффективными средствами терапевтического воздействия являются β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, метаболические препараты, антидепрессанты, а также средства воздействующие на тканевую инсулинорезистентность. Однако, в целом, лечебные мероприятия у этой категории больных являются малоэффективными [2]

Низкая эффективность лечения при использовании стандартной медикаментозной терапии, способствует поиску новых альтернативных подходов к лечению данного заболевания. Одним из наиболее перспективных подходов, предложенных нами, в лечении кардиаль-

ного синдрома X является комбинированная медикаментозная терапия в сочетании с использованием низкоэнергетического лазерного излучения. Лазеротерапия уменьшает нарушения микроциркуляции вследствие положительного влияния на перекисное окисление липидов, систему гемостаза, нормализации энергетического метаболизма клеток, находящихся в состоянии ишемии. В литературе также отмечено, что при использовании лазеротерапии уменьшается частота и интенсивность стенокардитического болевого синдрома за счет торможения высвобождения гистамина и других медиаторов воспаления из тучных клеток, угнетения синтеза простагландинов и нормализации проницаемости капилляров [3].

Таким образом, сочетание стандартной комбинированной медикаментозной терапии и лазерного излучения позволяет оказывать лечебный эффект на патогенетическом уровне, способствуя купированию синдрома стенокардии и улучшению качества жизни пациентов с кардиальным синдромом X.

Цель исследования: определить группы препаратов для комбинированной терапии и оценить клиническое значение контактной лазеротерапии низкочастотным лазером у больных с микроваскулярной стенокардией (кардиальным синдромом X).

Материал и методы исследования: В группу исследования вошли 10 пациентов (женщин) с диагнозом микроваскулярная стенокардия, подтвержденным клиническими, инструментальными (ЭКГ, суточное холтеровское мониторирование ЭКГ, селективная коронароангиография) и лабораторными (биохимическими, иммунохимическими) методами исследования в возрасте $47,8 \pm 3,2$ лет. Всем пациентам были назначены дилтиазем (120 мг/сутки) и валсартан (80 мг/сутки). У пациентов, получающих данную терапию при добавлении контактной лазеротерапии (5 пациентов) отмечался более быстрый (после 3-й процедуры) и стойкий антиангинальный эффект, чем в группе больных (5 пациентов), находящихся только на указанной медикаментозной терапии. После проведения 10 сеансов контактной лазеротерапии низкоэнергетическим лазерным излучением у всех исследуемых больных были оценены клиничко-лабораторные и инструментальные данные.

Для демонстрации ведения пациентов с микроваскулярной стенокардией представлен следующий клинический пример: Пациентка А., 56 лет. Поступила в отделение неотложной кардиологии с жалобами на длительные, интенсивные давящие боли в эпигастрии, перемещающиеся за грудину, провоцирующиеся холодом и эмоциональным напряжением, сопровождающиеся отрыжкой.

Больной себя считает около 10 лет, когда стало повышаться АД, в течение 6 лет беспокоят приступы стенокардии. В анамнезе стенокардия напряжения. Неоднократно лечилась стационарно с непродолжительным эффектом. При объективном обследовании: общее состояние не вполне удовлетворительное. Левая граница относительной тупости сердца сме-

щена влево на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Акцент II тона над аортой, шумов нет. АД 160/100 мм. рт. ст., ЧСС 90 уд/мин. В остальном объективный статус без особенностей. При лабораторной исследовании крови выявлена дислипидемия ПА степени по Фридриксону. Патологии со стороны органов желудочно-кишечного тракта не выявлено.

При суточном мониторинге ЭКГ регистрировался синусовый ритм с ЧСС от 52 (во время сна) до 138 (быстрая ходьба), в среднем ЧСС равнялась 72 уд/мин. Выявлено 5 эпизодов подъема сегмента ST в утренние часы до 2,5 мм во время пробуждения, длительностью 10-12 мин., сопровождающиеся желудочковыми экстрасистолами.

Учитывая частые приступы загрудинных болей, низкую толерантность к физической нагрузке, пациентке проведена селективная коронароангиография. Во время исследования зарегистрировано замедленное выведение контраста без признаков атеросклеротического поражения коронарных артерий. Отмечалась патологическая извитость дистального русла коронарных артерий.

Таким образом, на основании полученных данных, выставлен клинический диагноз: Кардиальный синдром X: Микроваскулярная стенокардия.

Осложнение: ХСН I ФК II по NYHA.

Сопутствующий: Атеросклероз аорты. Вторичная артериальная гипертензия.

Назначено лечение: антагонисты кальция (дилтиазем 120 мг/сутки), антагонисты рецепторов ангиотензина II (вальсартан 80 мг/сутки), статины (розувастатин 20 мг/сутки).

На фоне проводимой терапии приступы стенокардии сохранялись, но стали беспокоить реже, уменьшилась их интенсивность и длительность, были достигнуты целевые уровни артериального давления.

Отсутствие полного эффекта от традиционной антиангинальной терапии вызвало необходимость поиска новых методов лечения. Пациентке к лечению было добавлено 10 сеансов контактной лазеротерапии низкоэнергетическим лазерным излучением. Воздействие осуществлялось на область верхушки сердца, среднюю треть грудины и левую подлопаточную область. Время воздействия на каждое поле составило: в первые пять процедур по 1 минуте, с шестой процедуры по 2 минуты.

По окончании курса физиотерапии пациентка отмечала улучшение состояния, нет клинических проявлений стенокардии, увеличение работоспособности и переносимости физической нагрузки. При повторных осмотрах уже после 5-ой процедуры лазеротерапии пациентка не отмечала жалоб на отрывку и боли за грудиной, нарушения сердечного ритма не беспокоили, артериальное давление стабилизировалось на цифрах 120/80 мм.рт.ст., увеличилась толерантность к физической нагрузке. После проведения 10-й процедуры также оценены показатели суточного холтеровского мониторинга ЭКГ, на котором депрессии сег-

мента ST не зарегистрировано. При проведении велоэргометрии диагностирована удовлетворительная толерантность к физической нагрузке с достижением IV степени.

Выводы:

1. Атипичный болевой синдром, диагностически значимая ишемическая депрессия сегмента ST, патологически извитые коронарные артерии, без признаков атеросклероза, с замедлением выведением контраста при ангиографии дают возможность диагностировать микрососудистое поражение коронарного русла.
2. Комбинированная медикаментозная терапия антагонистов кальция (дилтиазем) и антагонисты рецепторов ангиотензина II (вальсартан) обеспечивают вазодилатацию коронарного русла, включая дистальные сосуды, может быть дополнена воздействием на микроциркуляторное русло 10 сеансами контактной лазеротерапии. При применении комбинированной терапии антагонистами кальция, ингибиторами ангиотензиновых рецепторов в сочетании с использованием контактного низкоэнергетического лазерного излучения получен стойкий антиангинальный и антиаритмический эффект, стабилизация гемодинамических показателей.

Список литературы

1. Алексеева О.П. Кардиальный синдром X /О.П. Алексеева, И.В. Долбин // Особенности патогенеза и лечения. – Нижний Новгород, - 2007. – 109 с.
2. Долбин И.В. Кардиальный синдром X: особенности патогенеза и лечения: автореф. дис....д-ра мед. наук: 14.01.05 /Долбин Игорь Валентинович. – Нижний Новгород, 2011. – 38 с.
3. Князева Т.А., Бадтиева В.А. Физиобальнеотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: Практическое руководство /Т.А.Князева, В.А.Бадтиева. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 272 с.
4. Лупанов В.П. Кардиальный синдром X / В.П. Лупанов // Справочник поликлинического врача. – 2007. – № 15. – С. 15–18.
5. Оганов Р.Г. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии /Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. - № 4. – С. 101-104.
6. Cannon R. Microvascular Angina and the Continuing Dilemma of Chest Pain With Normal Coronary Angiograms // J. Am. Coll. Cardiol.- 2009.- Vol. 54(10).-P. 877- 885.
7. Kemp H.G. Syndrome-X revisited // J. Am. Coll. Cardiol.- 1991.-Vol.17.- P. 507-508.

Рецензенты:

Эсаулова Т.А., д.м.н., профессор кафедры госпитальной терапии с курсом функциональной диагностики ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России, г.Астрахань.

Иванов С.П., д.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом последипломного образования ГБОУ ВПО АГМА Минздрава России; сердечно-сосудистый хирург ГБУЗ Александрo-Мариинской областной клинической больницы, г.Астрахань.