

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Профессор В.И. ВОЛКОВ, к.м.н. А.И. ЛАДНЫЙ

*Институт терапии АМН Украины, Харьков*

**Представлен анализ клинических вариантов болевого синдрома при стенокардии и их значение для эффективной диагностики и лечения этого заболевания.**

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смертности и инвалидности в индустриально развитых странах. Наиболее частое ее клиническое проявление — стенокардия. Но если о заболеваемости инфарктом миокарда, инсультом и смертности от сосудистых катастроф имеются достоверные статистические данные, то о распространенности стенокардии четких сведений нет [1]. Так, по мнению Американской ассоциации кардиологов, ежегодно регистрируемая заболеваемость стенокардией составляет 213 на 100 тыс. населения, а количество больных с клиническими проявлениями стенокардии исчисляется миллионами. В последнее время благодаря широкому внедрению инструментальных методик часто недооценивается значение анализа жалоб больного, установления контакта врача с пациентом, комплексного подхода к оценке его состояния с учетом наличия сопутствующих заболеваний. Между тем, по данным американских ученых (Фремингемское исследование), более 350 000 американцев нуждались в более тщательном анализе болевых ощущений при установке диагноза, а более чем у 50% перенесших инфаркт боль в груди предшествовала развитию заболевания. При этом в 2/3 случаев на основании тщательного анализа характера болевых ощущений в грудной клетке можно было бы поставить диагноз в амбулаторно-поликлинических условиях [1]. Следовательно, даже в промышленно развитых странах признается дефицит работ, в которых описывались бы жалобы больного на боли в грудной клетке и было бы показано их клиническое значение.

В связи с этим в данной статье поставлена цель дать анализ жалоб больного, показать их значение для раннего выявления заболевания, а также значение дифференцированного подхода к дополнительному обследованию для повышения эффективности лечения при раннем его назначении.

Впервые описание стенокардии (грудной жабы) дал W.Heberden в 1768 г. [2]. Уже в то время были описаны случаи смерти на фоне непрекращающегося приступа. В дальнейшем было установлено, что стенокардия — симптом острой ишемии миокарда, выражающейся приступом боли. В типичных случаях стенокардия проявляется приступом боли сжимающего или давящего характера, локализуемой чаще всего в области верхней или средней части грудины, иногда слева от нее [3–5]. Боли могут иррадиировать в левую руку, в левую половину шеи и лица, в нижнюю челюсть, в левое ухо, в область левой лопатки, иногда в правое плечо или в оба плеча и обе руки. Реже боль распространяется в надчревную область, левую часть живота. В принципе эпицентр болевых ощущений может находиться в любом месте — от нижней челюсти до надчревной области. Боль прово-

цируется физической нагрузкой или эмоциональным стрессом и облегчается приемом нитроглицерина, причем эффект оценивается в течение не более 5–7 мин (в течение 1 мин и менее — при использовании аэрозольных форм нитратов). Обычно она постепенно нарастает, держится несколько минут, затем внезапно исчезает. Зачастую пациенты настаивают на том, что их беспокоит не боль, а чувство дискомфорта в грудной клетке. В этих случаях необходимо не только констатировать появление боли, но и давать ее качественную характеристику, о чем будет сказано ниже.

Наиболее частая причина стенокардии — атеротромботические изменения коронарных артерий, приводящие к росту бляшки, нарушению ее целостности и сужению просвета, повышению тонуса венечных артерий, нарушению агрегационно-адгезивных свойств форменных элементов крови. Тогда стенокардию следует рассматривать как клиническую форму ИБС. В соответствии с классификацией, утвержденной в 2001 г. VI Национальным конгрессом кардиологов и включенной в МКБ-10 (100–199) [6], при ИБС выделяют следующие клинические варианты стенокардии:

### 1. Стабильная стенокардия.

1.1. Стабильная стенокардия напряжения с указанием функционального класса (I–IV) по классификации Канадской ассоциации кардиологов: I функциональный класс — привычная работоспособность не снижена, ограничены существенные нагрузки; II соответственно — незначительное ограничение активности, возможна ходьба на 300 м, подъем на 2-й этаж; III — значительное ограничение нагрузок; IV — невозможность выносить без дискомфорта какую-либо нагрузку.

1.2. Стабильная стенокардия напряжения при ангиографически интактных коронарных артериях (синдром X).

2. Вазоспастическая стенокардия (ангиоспастическая, вариантная стенокардия типа Принцметала)

### 3. Нестабильная стенокардия.

3.1. Впервые возникшая стенокардия до 28 сут (у больного без ИБС в анамнезе впервые возникли приступы, часто с изменениями ЭКГ покоя).

3.2. Прогрессирующая стенокардия напряжения (появление приступов покоя или ночных приступов у больных, страдавших ранее стенокардией напряжения, изменение функционального класса — прогрессирующее снижение толерантности к нагрузке, транзиторные изменения ЭКГ покоя).

3.3. Ранняя постинфарктная стенокардия (от 3 до 28 сут).

Симптомы стенокардии могут встречаться и при других заболеваниях. В любом случае при диагностике

и клинической характеристике боли прежде всего выделяют пять ее основных компонентов: характер, локализацию, продолжительность, факторы, которые провоцируют боль, и факторы, которые ее облегчают.

В месте основной локализации боль носит чаще всего давящий или сжимающий характер, однако в ряде случаев боль характеризуется как чувство тяжести или жжения за грудиной, ощущение сжатия грудной клетки. Уточняя локализацию боли, следует попросить больного показать ее место рукой: при стенокардии он укажет на среднюю часть грудины одной или обеими руками, имитируя «сдавление», причем чем тяжелее приступ, тем обширнее болевая зона. Нехарактерны для стенокардии боли точечного характера, когда пациент пальцем, а не «сжатым кулаком» указывает на локализацию боли.

Диагноз стенокардии представляется маловероятным, если боли носят колющий, режущий, пульсирующий характер, имеют точечную локализацию, очень кратковременны («укол» в течение секунд) или продолжительны (несколько часов, если нет подозрения на острый инфаркт миокарда), если боли усиливаются при локальном движении левой рукой (но не при ходьбе), глубоком вдохе и при пальпации над участком боли.

Для стенокардии характерно, как указывалось, распространение, или иррадиация, болей. В то же время в местах иррадиации боли могут ощущаться различного характера парестезии, ощущение «выкручивания» рук при попытке ускорения ходьбы, чувство слабости. В любом случае жалоба больного на ощущение «кома в горле», слабость в плечах и другие неприятные ощущения, заставляющие прекратить нагрузку и сразу исчезающие в покое самостоятельно или после приема нитроглицерина, требует детализации и должна быть дифференцирована со стенокардией напряжения. Боли при стенокардии могут возникать не в предсердной области или за грудиной, а как раз в местах иррадиации — в руках, шее, лопаточной области или нижней челюсти — и в последующем распространяться в точки типичной локализации — за грудиной. Этот вариант носит название периферической стенокардии. Начало боли на периферии связано с путями иррадиации.

Болевой синдром — ведущее, но не единственное проявление приступа грудной жабы. Приступ сопровождается общей слабостью, головокружением, тошнотой, профузным потоотделением, полиурией, изжогой. В зависимости от характерологических особенностей больной в момент приступа бывает беспокоен, бледнеет, выражение лица у него отсутствующее. При этом больной не испытывает желания (в отличие от вегетативных пароксизмов) активно избавиться от удущья, например выбежать на улицу, открыть окно. Чем тяжелее объективно протекает приступ стенокардии, тем физически пассивнее ведет себя больной в это время.

При стенокардии напряжения боли возникают чаще всего при ходьбе. В тяжелых случаях боль появляется через каждые 50–100 м ходьбы в обычном темпе и заставляет больного принимать нитроглицерин либо сама купируется при прекращении нагрузки. Боли могут возникать не только при ходьбе, но и после приема пищи (симптом Ремхельда), на холодном ветру, при натуживании во время акта дефекации, во время курения. У некоторых больных приступ может возникнуть только в начале нагрузки (например, по дороге на работу)

и не возобновляться в течение дня, несмотря на значительные нагрузки. Для стенокардии напряжения характерно исчезновение боли сразу после прекращения нагрузки или приема нитроглицерина. Купирование приступа стенокардии за счет эффективности нитроглицерина, как и прекращения нагрузки, — важнейший фактор, указывающий на высокую вероятность стенокардии. Однако и здесь следует помнить, что при крайне низком коронарном резерве прием нитроглицерина может не купировать, а усугублять приступ, приводить к ортостатическим нарушениям. В этих случаях необходим контроль уровня АД на фоне приступа.

К стенокардии напряжения могут быть отнесены приступы без физической нагрузки (при III–IV функциональных классах), которые, как правило, протекают на фоне повышения уровня АД, тахикардии, т.е. само повышение показателя «двойного произведения» в покое моделирует нагрузку.

При стенокардии покоя боли чаще возникают ночью, в одно и то же время, длятся 3–5 мин (но не более 20 мин) и прекращаются самостоятельно или после приема нитроглицерина. Эти приступы следует дифференцировать со стенокардией Принцметала (когда при регистрации в момент приступа или по данным мониторинга ЭКГ наблюдается характерная элевация сегмента ST) и со стенокардией на фоне повышения уровня АД. Возникновение приступов в ночное время связано с повышением нагрузки на левый желудочек в результате увеличения венозного возврата в состоянии покоя и вследствие преобладания в ночное время парасимпатической иннервации сердца, провоцирующей коронарораспазм. При тяжелом течении болезни приступы покоя могут возникать несколько раз в дневное время. Повышение радиационного фона в ряде районов Украины может повышать вероятность ангиоспастической стенокардии вследствие радиационной дисфункции эндотелия и за счет нарушения функции щитовидной железы, нервной системы.

Вазоспастическая стенокардия характеризуется ангинозными болями в покое, зависящими от приема нитроглицерина и сопровождающимися преходящими изменениями ЭКГ. При этом толерантность к нагрузке сохраняется высокой и показатели ЭКГ вне приступа могут быть неизменными. Кроме того, при детализации жалоб пациента и определении функционального класса стенокардии следует обратить внимание на то, что возникновение и интенсивность болей в течение суток не всегда адекватны количественной величине вызвавшего фактора. Так, приступ стенокардии «первого шага» утром может возникнуть и при незначительном объеме выполненной работы, при том, что толерантность к нагрузке в течение дня может быть удовлетворительной. Необходимо помнить о возможности эквивалентов стенокардии, когда наряду с типичными приступами стенокардии у больного в аналогичных условиях возникают атипичные по характеру и локализации боли (например, по типу «спазмов пищевода», неясного дискомфорта в грудной клетке).

Таким образом, интенсивность боли может быть различной — от незначительной до нестерпимой. Однако при этом тяжесть (прогноз) ИБС не всегда связана с интенсивностью болей. Например, впервые возникшие вышеуказанные симптомы у молодого чело-

века могут иметь место даже при удовлетворительной толерантности к нагрузке. Тем не менее, это является основанием для предположения диагноза «нестабильная стенокардия» (впервые возникшая) и диктует необходимость тщательного обследования больного в стационарных условиях. Кроме того, даже незначительные изменения характера «привычных» болей у лиц с ранее установленным диагнозом стенокардии (большие интенсивность и продолжительность болей, возникновение их при меньшей нагрузке, присоединение приступов стенокардии покоя, снижение эффективности приема нитратов, появление преходящих изменений ЭКГ) могут быть критерием нестабильной (прогрессирующей) стенокардии напряжения.

Прогрессирующая стенокардия опасна не столько тяжестью проявлений (например, переход от I ко II функциональному классу) или появлением редких приступов стенокардии покоя, сколько своими последствиями — высокой вероятностью развития острого инфаркта миокарда или внезапной коронарной смерти. Больные в этом случае также подлежат обследованию и лечению в стационарных условиях в ургентном порядке. Зачастую недооценка собственного состояния больным может привести к тяжелым последствиям, поэтому с ним необходимо провести специальную разъяснительную беседу. В то же время больные, страдающие даже тяжелой стабильной стенокардией III–IV функциональных классов, могут наблюдаться в амбулаторных условиях при тщательном контроле за проводимой терапией. Ранняя постинфарктная стенокардия (спустя 3–28 сут после инфаркта) диагностируется, как правило, в стационарных условиях. Ее следует считать нестабильной стенокардией, поскольку она может свидетельствовать о наличии дополнительного бассейна ишемии и высоком риске рецидива. Стенокардия при неизмененных коронарных сосудах (синдром X) клинически протекает так же, как и стабильная стенокардия напряжения соответствующего функционального класса, симптоматическая терапия также не отличается от «классической» антиангинальной, а заболевание имеет относительно хороший отдаленный прогноз.

При *дифференциальной диагностике* необходимо учитывать кардиалгии, связанные с заболеваниями сердца и аорты некоронарогенного характера, в частности: идиопатические (гипертрофические обструктивные) кардиопатии; пролапс митрального клапана; неспецифический аортоартериит; клапанный стеноз устья аорты; митральные пороки; аорталгии (расслоение аорты); миокардиты; миокардиодистрофии; перикардиты; нейроциркуляторная дистония; лекарственные кардиалгии; кардиалгии метаболического характера (при гипертонической болезни).

Идиопатические кардиомиопатии (особенно обструктивные) сопровождаются болями, практически не отличимыми от стенокардии напряжения. В таких случаях дополнительную информацию дают показания ЭКГ (более выраженная перегрузка при отсутствии гипертонии), физикальное обследование (грубый систолический шум при отсутствии других признаков клапанного порока), в сложных случаях — вентрикулография. Следует отметить, что ведение и таких больных предусматривает назначение антиангинальных препаратов, прежде всего бета-адреноблокаторов.

Пролапс митрального клапана клинически характеризуется более продолжительными болями средней интенсивности, менее связанными с физической нагрузкой, чаще у лиц молодого возраста, отсутствием динамики заболевания (признаки могут регрессировать с возрастом).

Причиной болей могут быть как васкулиты, так и системные заболевания, а также ревматический процесс. Они могут приводить, в частности, к полной окклюзии коронарной артерии и инфаркту миокарда. В этих случаях следует обратить внимание на связь прогрессирования заболевания с простудами, на изменения биохимических показателей крови. В настоящее время уточняется связь ревматического процесса с прогрессированием атеросклероза с точки зрения взаимодействий иммуновоспалительных факторов атеротромбоза в патогенезе десквамации бляшек и быстрой окклюзии коронарных артерий при ИБС.

Клапанный стеноз устья аорты, обусловленный ревмокардитом (эндокардитом) или атеросклерозом, клинически по характеру болевого синдрома неотличим от стенокардии напряжения. В этих случаях помогают анализ анамнеза и физикальное исследование.

При митральных пороках боль, как правило, протекает на фоне выраженной декомпенсации, и дифференциальный диагноз обычно не представляет сложности. В последнее время участились случаи развития аортоартериита, инфарктов миокарда и симптомов стенокардии у больных ревматизмом с митральными пороками. В этих случаях стенокардия диагностируется как осложнение основного диагноза (ревматизм).

Поскольку один диагноз не исключает другого, при дифференциальной диагностике следует помнить о других причинах болей в грудной клетке. Те же кардиалгии, обусловленные остеохондрозом, могут сочетаться с тяжелой стенокардией и даже провоцировать ее приступы.

У лиц пожилого возраста, наблюдающихся по поводу стенокардии, может возникать стенозирующий атеросклероз брюшной аорты — «брюшная жаба». У лиц с выраженным атеросклерозом для нее характерны связь болей с приемом пищи, снижение массы тела и «перераспределение» жалоб на абдоминальный отдел.

Ряд заболеваний может ухудшать течение стенокардии, обусловленной ИБС. Поэтому при обследовании пациента надо обращать внимание на состояние нервной системы, признаки дисфункции щитовидной железы (в Украине участились случаи как гипер-, так и гипотиреоза), наличие острых и хронических обструктивных заболеваний легких, температуру тела (фактор, провоцирующий тахикардию) и в случае повторных наблюдений установить причину нехарактерного повышения АД, возможную предшествовавшую интоксикацию, появление шумов. В клинических анализах крови следует обратить внимание на факторы, провоцирующие проявления стенокардии (анемия, гиперкоагуляция, полицитемия, тромбоцитоз, гипоксия, лейкопения). В соответствии с полученными данными определяется и тактика комплексного лечения стенокардии с учетом сопутствующей патологии. При некоторых заболеваниях (например, при сириномии) может нарушаться болевая чувствительность. Но по ряду косвенных признаков (напри-

мер, приступы одышки при физической нагрузке, возникающие «по нарастающей» и купирующиеся сразу после приема нитроглицерина) можно предположить наличие клинических эквивалентов заболевания. В таких случаях необходимо уточнить связь этих симптомов с условиями их возникновения, прежде всего с физической нагрузкой, эффективностью приема нитроглицерина, приемом пищи.

При дифференциальной диагностике болей в грудной клетке безусловное значение имеют пол, возраст пациента (чаще болеют мужчины старше 50 лет), факторы риска, но и их отсутствие не должно притуплять бдительность при анализе жалоб на боль. Так, мы наблюдали ряд пациентов в возрасте до 30 лет, в том числе несколько женщин без гормональных нарушений и без известных факторов риска, перенесших инфаркт миокарда, которому предшествовали типичные клинические признаки ангинозных болей. Диагноз ИБС на амбулаторном этапе игнорировался, и больные перенесли острейшую фазу инфаркта без соблюдения соответствующего режима. В результате формировался обширный очаг поражения миокарда. Поэтому все боли в грудной клетке необходимо тщательно анализировать и проводить необходимый объем дополнительных исследований.

В настоящее время, учитывая возможности материально-технической базы здравоохранения страны, можно предложить следующий порядок обследования лиц с жалобами на боли в грудной клетке.

I. Первичное обращение. Провести детальный анализ жалоб с учетом анамнеза (включая опрос по указанным выше сопутствующим заболеваниям); внешний осмотр больного (телосложение, форма грудной клетки, состояние соединительной ткани); исследование состояния щитовидной железы, органов брюшной полости; аускультация сердца и крупных сосудов; тонометрия на верхних и нижних конечностях. Обязательны пальпация прекардиальной области, точек Вебера, определение симптомов натяжения шейных нервов.

II. Регистрация и анализ ЭКГ в стандартных отведениях. Учет имеющихся клинических анализов (в том числе крови и мочи), флюорографии (наличие изменений в легких, трещин ребер, выпотов, кальциноза сосудов, увеличение тени сердца). При отсутствии данных — их получение, в том числе биохимических.

III. При отсутствии достоверных данных, свидетельствующих о наличии стенокардии (при первичном обследовании или в течение 2 сут), проводятся:

1. Рентгенологическое исследование пищевода (для выявления грыжи пищеводного отдела диафрагмы).

2. ЭКГ в положении лежа и стоя — с той же целью; рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника.

3. Исследование желчного пузыря, желудка и кишечника.

4. Нагрузочные пробы (велоэргометрия, «обзидановая», калиевая пробы, гипервентиляционная проба), медикаментозные пробы с УЗИ-контролем); оценка изменений на ЭКГ (велоэргометрия) или локальной сократимости (УЗИ) под воздействием физической нагрузки, психоэмоциональных и других факторов. В ограниченных условиях может использоваться тест с 10-минутной ходьбой или приседаниями.

5. Холтеровское мониторирование ЭКГ.

6. Сцинтиграфические исследования (возможны в сочетании с нагрузочными пробами).

7. Направление на инвазивное исследование.

Следует остановиться на трактовке данных ряда исследований, имеющей значение для практического врача. Даже при «отрицательных» ЭКГ данных велоэргометрии большое значение имеет причина прекращения нагрузки. Если проба прекращена ввиду возникновения приступа, подпадающего под приведенную выше характеристику стенокардии, то пробу трактуют как «положительную по клиническим признакам»; в этих случаях показаны дальнейшие исследования. При опросе и одновременном проведении холтеровского мониторирования ЭКГ необходимо установить продолжительность болей. Даже если больной указывает в «дневнике» продолжительность приступа 2–3 мин, а на ЭКГ продолжительность ишемии соответствует 20 мин, следует думать о дестабилизации течения ИБС, высоком риске инфаркта миокарда или (при наличии аритмии в этот момент) — о риске внезапной коронарной смерти. По нашим данным, эпизоды «немой» ишемии могут предшествовать болевым приступам (3–5 мин) и сопровождать их («остаточные» явления при проведении мониторирования ЭКГ — до 10 мин). С практической точки зрения общая продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии имеет равное значение для прогноза.

Не следует пытаться сгладить острые углы проблемы диагностики стенокардии в каждом конкретном случае. Практический врач всегда должен учитывать нестандартные ситуации, особенно связанные с диагностикой такого состояния, как стенокардия, когда требуется принять неотложное решение. В качестве стандарта диагностики стенокардии в течение более 30 лет используется коронарография [6] — инвазивный метод контрастного исследования артерий сердца. В настоящее время наряду с классической коронарографией — внутриартериальным введением контрастного вещества в венечные сосуды сердца — применяют лазерное и ультразвуковое исследование — методы, позволяющие оценить не только состояние просвета артерии, но и структуру бляшки, прогнозировать ее возможный разрыв. Эти методики пополняются и усложняются по мере совершенствования технологического потенциала общества, для практикующего же врача наиболее актуальным является своевременное и рациональное использование доступных возможностей.

Показаниями для коронарографии является следующее [1].

1. Обследование безусловно необходимо:

перенесенная внезапная коронарная смерть у пациентов с диагностированной или возможной стенокардией.

2. Обследование желательное, показано:

отсутствие возможности установить точный диагноз с помощью неинвазивного тестирования, причем необходимо установления диагноза превосходит риск коронарографии;

невозможность выполнения неинвазивного тестирования, связанная с тяжелой органной патологией;

обследование лиц, деятельность которых связана с личной и общественной безопасностью (летчики, водители общественного транспорта и т.д.);

клинические данные (в том числе молодой возраст при выявлении симптомов, сомнительные результаты неинвазивных тестов), позволяющие предположить неатерогенный генез поражения, аномалии коронарных артерий, болезнь Kawasaki, радиационную ангиопатию и др.;

высокая предтестовая вероятность поражения ствола левой коронарной артерии;

подозрение на ангиоспастический генез стенокардии.

2а. Обследование не обязательно:

необходимость установления диагноза пациентам, подвергавшимся неоднократным госпитализациям по поводу боли в груди;

средняя вероятность ИБС у пациентов, настаивающих на проведении теста.

3. Обследование не обосновано:

выраженная сопутствующая патология у пациентов, у которых риск коронарографии превосходит пользу;

обследование лиц, настаивающих на проведении инвазивного обследования.

Возрастные ограничения коронарографии не установлены. Так, в большинстве центров показано, что соотношение риска и целесообразности обследования у лиц старше 65 лет не превышает такового у молодых, а атипичность проявлений стенокардии, частые ложноположительные нагрузочные тесты определяют высокую диагностическую значимость метода у женщин до 55 лет. В связи с распространенностью полиорганной патологии, обусловленной в том числе атеросклеротическими поражениями, проведение коронарографии в пожилом возрасте приобретает все большую популярность, поскольку позволяет найти «мишень» для возможного хирургического и терапевтического лечения.

В клинической практике обращают на себя внимание частые случаи как гипер-, так и гиподиагностики стенокардии, обусловленной ИБС, особенно на этапе первичного обращения, когда диагноз может быть ус-

тановлен и заподозрен на основании жалоб больного. Особое внимание надо уделять терапевтическому обследованию беременных, лиц, направляемых на хирургическое лечение, лучевую и гормональную терапию. Если последствия своевременно не установленного диагноза (особенно нестабильной стенокардии) очевидны, то и гипердиагностика может быть причиной нежелательных явлений — привыкания к высоким дозам антиангинальных препаратов, других ятрогений, в частности психологических. Так, зачастую больные с кардиалгиями наблюдаются в течение десятков лет по поводу «стенокардии», неадекватно ограничивают работоспособность, получая неоправданное лечение. Все это приводит к снижению качества жизни пациентов, психологическому и социальному дискомфорту и даже к ускорению возникновения действительно органического заболевания.

Безусловно, наличие стенокардии не исключает других причин кардиалгии. В связи с тем, что полиорганная патология обусловлена как воздействием внешних факторов, так и постарением населения, стенокардия, обусловленная ИБС, может сочетаться с другими причинами кардиалгий, и в этих случаях не вызывает сомнений необходимость проведения комплексной терапии. Должна быть повышена настороженность в отношении болевых ощущений в грудной клетке, причем именно от участков терапевта общей практики в подавляющем большинстве случаев зависит своевременность первичной диагностики ИБС. Кроме того, качество диагностики во многом зависит от учета данных имеющихся клинических анализов, рентгеновского исследования.

Таким образом, проведение тщательного анализа жалоб в сочетании с клиническим и инструментальным обследованием пациента может повысить эффективность использования возможных средств дополнительной диагностики, раннего выявления и лечения ИБС, а следовательно, оказать влияние на качество помощи больным ИБС.

#### Л и т е р а т у р а

1. ACC/ANA/ACP — AISM Guidelines for the Management of Patients with Chronic Stable Angina // J. of the Am. College of Cardiol.— 1999.— Vol. 33, № 7.— P. 176.
2. Большая медицинская энциклопедия.— 3-е изд.— М.: Медицина, 1985.— Т. 24.— С. 239—245.
3. Неотложная кардиология / Под ред. Л.Т. Малой.— К.: Здоров'я, 1999.— 319 с.
4. Болевой синдром / Под ред. В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова.— Л.: Медицина, 1990.— 333 с.
5. Класифікація внутрішніх хвороб / Під ред. В.З. Нетяженка.— К.: Здоров'я, 2001.— 536 С.
6. *Гаслин В.С., Сидоренко Б.А.* Стенокардия.— М.: Медицина, 1987.— 240 с.
7. *Лутай М.И., Воронков Л.Г.* Стабильная и вазоспастическая стенокардия: механизмы, лечение, прогноз.— К.: Здоров'я, 1995.— 176 с.
8. *Лиманский Ю.П.* Физиология боли.— К.: Здоров'я, 1986.— 96 с.

Поступила 04.06.2003

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF PAIN SYNDROME IN ANGINA

V.I. Volkov, A.I. Ladny

#### S u m m a r y

Clinical varieties of pain syndrome in angina and their significance for effective diagnosis and treatment of the disease are analyzed.