Бол у грудима

С. Стожинић¹, М. Борзановић²

“... Драги Боже, ослободи нас склоности непотребном интервенисању, као и одушевљења за све што је ново и занемаривања оног што је старо, од уступања мудрости пред знањем, умећа пред вештином и здравог разума пред домишљаотошћу, ослободи нас напасти да болеснике лечимо као случајеве, да наше лечење не буде горе од саме болести...”

Молитва Џона Хачинсона

Chest Pain

Svetomir P. Stožinić, Milorad D. Borzanović

Сажетак: Бол у грудима, заједно са болом у стомаку, главобољом и фербилним синдромом, представља једну од четири “енигме” у смислу утврђивања његове природе, нарочито лекарима прехоспиталне (и ванболничке) медицине, који раде са оскудицом времена, у скупљеним условима рада и оскудицом дијагностичких средстава на терену (лабораторијским и другим). Највећи број диференцијално-дијагностичких потешкоћа, па и промашаја, резултира из непотпуних и несистематских испитивања, укључујући и хиподијагностику (одсуство потребних испитивања), што повлачи и неодговарајући терапијски третман, неповољну прогнозу, понекад и судско-медицинске последице.

Тешкоће у верификовању природе бола у грудима често су везане и за приступ лекара утврђивању аутентичности природе бола у грудима, која се не треба посматрати изоловано од скупа других симптома и знакова у саставу синдрома бола, што значи да је неопходно добро познавање и клиничке семиотике сваког од њих. Као еквивалент бола у грудима може се сматрати и диспнеја и друге нелагодности. Веома је важно познавати и могуће појаве: симулације ангинозног бола или његове “маске”, као и тзв. “позајмљене симп-

Summary: Chest pain, abdominal pain, headache, and febrile syndrome are four „enigmas“ in clinical practice, especially in prehospital and out-of-hospital medicine, making difficulties because of shortness of time and lack of diagnostic facilities and resources. Most of differential-diagnostic difficulties results from uncompleted and unsystematic examinations, including hypodiagnosics (lack of necessary examinations) with consequences of inadequate therapy, unfavorable prognosis and sometimes medico-legal implications.

Difficulties and resolving of true nature of chest pain commonly are related to medical approach of physician, with necessity of good clinical knowledge of any of symptoms and signs. There are equivalents of chest pain like dyspnea and other chest discomforts. It is important to know possible simulations of anginal pain and its masks and „propagated“ symptoms“ with distant origin.

Authors in this work explains misterious evolution and capricious nature of ischemic heart disease, which frequently has atypical character, localization and spreading.

Key words: Chest pain syndrome, differential-diagnostic difficulties, dilemmas and misinterpretations.

1 Академик проф. др Светомир Стожинић

2 Проф. др Милорад Борзановић

томе”, који се рефлексно јављају у грудима, а њихово исходиште су оболели удаљени органи.

Аутори у раду посебно указују на тајанствену еволуцију и каприциозну природу исхемијске болести срца која чешће потиче атипично (у погледу карактера, локација и ширења бола), него типично са ангинозним болом и препознатљиво.

Кључне речи: синдроми с болом у грудима, диференцијално-дијагностичке тешкоће, дилеме и промашаји.

Бол је универзални и најчешћи симптом у хуманој патологији, чије исходиште може бити у било ком органу и физиолошком систему, као што може да показује на могућу политеиолошку природу бола^{1, 4, 6}, који прати одговарајуће патолошко стање (болест). Благовремено откривање болести и њене природе, побољшава изгледе лечења и боље прогнозе (исхода болести)^{2, 5}.

Бол у грудима, као и бол у стомаку, фебрилни синдром и главобоља чине једну од четири “енигме” у савременој медицини, нарочито лекарима у ванболничкој медицини, који раде у скученим условима и са оскудним дијагностичко-терапијским средствима и са оскудицом времена потребног за детаљан преглед и лечење у спокојнијој атмосфери рада.

Такође, медицинска наука и пракса казује да се као еквивалент бола (када он одсуствује) могу сматрати и други симптоми^{3, 4}: диспнеја (гушење, као субјективни осећај отежаног дисања) и неодређене (недефинисане) “нелагодности” у грудном кошу, које оболели не описују као “болове” већ као благи “дискомфор” у грудима типа “жарења и тежине” при брзом ходу и/или физичком напрезању.

Пошто се бол у грудима не јавља као самостални и изоловани симптом, већ најчешће заједно са другим симптомима и знацима, правилније је говорити о Синдрому с болом у грудима^{3, 4}.

Типологија бола у грудима

Полиетиолошку природу бола у грудима чини широка лепеза болести и патолошких

стања срца и других органа лоцираних у грудима и ван њих, који припадају различитим физиолошким системима и органима организма, а пре свега:

- срца (коронарне артерије, миокард, перикард, аорта),
- медијастум (средогруђе, предњи, задњи, средњи, горњи, доњи део),
- респираторни систем (плућа, плеура),
- коштане, зглобне, мишићне и хрскавичаве структуре зида грудног коша,
- дигестивни тракт (једњак, желудац, дуоденум, жучна кеса, панкреас и др.),
- ендокрини систем (штитаста жлезда, надбубрежне жлезде),
- хематопоезни систем (анемије, леукозе),
- нервни и неуровегетативни систем (појава “срчане мимикрије”)⁶,
- herpes zoster.

У вези са тим, предуслов успешности и егзактности дијагнозе и диференцијалне дијагнозе бола у грудима заснива се на медицинским научним доказима, уз примену свих дијагностичких поступака особених за свако од наведених обољења и патолошких стања према савременим и дијагностичко-терапијским протоколима и “водичима добре праксе”, које као препоруке постоје и дате су од европске и америчке одговарајуће професионалне асоцијације, а које су прихваћене и препоручене од одговарајућих стручних тела Министарства здравља Србије.

Разуме се да је неопходно да се добро познаје стручна семиотика из интерне медицине и да се поседује одговарајуће стручно знање

не само из кардиологије већ и из опште медицине. Узимање детаљне анамнезе (историје болести), егзатног клиничког прегледа и допунских неинвазивних дијагностичких испитивања и циљаних инвазивних испитивања врши се код сумње на исхемијску болест срца и срчане мане. У вези са инвазивних испитивањима, подсетимо се на речи из молитве славног лекара Џона Хачинсона који моли Бога “да наше лечење не буде горе од саме болести...”

Такође, код испитивања и терапијског третмана бола у грудима неопходно је подсетити се и на могућу лекарску “малпраксу”, која је недопустива, нарочито кад се пропусти да се уради нешто што је неопходно, а што повлачи последице за здравље оболелог. У вези са тим, објективно, мора се имати у виду и да диференцијалну дијагнозу и утврђивање аутентичности природе обољења отежавају околности, као на пример: да често не постоји корелација између степена бола у грудима и узрочног патолошког процеса који до њега доводи, што је нарочито изражено када истовремено постоји присуство више обољења и патолошких процеса.

На основу доступних историјских података може се видети да су људи и у давним временима боловали од обољења која ми данас познајемо као исхемијску болест срца (инфаркт миокарда и ангина пекторис), само тада они нису знали о природи ових обољења и узроку бола у грудима, као што ми сада знамо, односно, после описа Хебердена (1710-1801), који је први употребио назив “ангина пекторис” и први везао бол у грудима (ангинозни бол) за обољење веначних (коронарних) артерија срца.

В. Хеберден је 1772. године дао познати класични опис ангине пекторис: “... Оии који болују од ње бивају шчепани (нарочито при пењању уз брдо и убрзо после јела) болним и јако непријатним осећањем у грудном кошу, које изгледа као да ће да угуши живот, ако се и даље појача или наставља. Али у тренутку када болесник застане, овај осећај непријатности ишчезава...”

Наука пуна тајни (као што је палеологија, наука о старинама) омогућила нам је да сазнамо да је Египћанка по имену Теуе (верова-

тно краљица), умрла када јој је било 50 година, што се сазнало аутопсијом њене мумије, извршеној три хиљаде година после њене мумификације, а обдукцију је извршио Лонг на Патолошко-анатомском одељењу Универзитета Буфало у Њујорку. Историјски опис овог извештаја у изводу гласи: “... у срчаном мишићу се налази заступљеност фиброзног ткива налик на мале ожилке --- вероватно да је жена умрла од болести срца, коју ми данас називамо ангина пекторис...”

И клиничка слика тегоба (болова у грудима), која умногоме личи на ангину пекторис, описана је маестрално од филозофа Сенеке, који у свом писму пријатељу Luciliusu пише о својој патњи због болова у грудима: “... Напад је веома кратак и сличан олуји. Обично се завршава у току једног сата. Ја сам преживео све телесне патње и опасности, али ниједна није тако болна. Зашто? Зато што имати ма коју другу болест значи бити бољестан; имати ово обољење значи умирати...”

Данашња искуства кардиологије кажу да људи данашњице оболевају од ангине пекторис и инфаркта срца у просеку тринаест година раније него наши преци, што се не може објаснити само биолошким трансформацијама човека (за шта су потребни миленијуми а не векови), већ сложеним савременим начином живота и патогенетским навикама (са обиљем фактора ризика!).

Појава “ангинозних болова” једна је од задњих карика у патолошко-физиолошком и клиничком ланцу у “исхемијској каскади збивања”, у прилог чему говоре искуства и налази најновијих испитивања различитих безболних и атипичних клиничких форми исхемијске болести срца: безболне “ангине пекторис”, односно неме исхемије миокарда, нестабилне ангине пекторис, па и “безболне” клиничке форме акутног инфаркта срца, а налази ЕКГ-ских студија (посебно Холтер мониторинга ЕКГ) показују да су много чешћи асимптоматски (безболни) облици исхемијске болести срца, него симптоматски (праћени болом у грудима).

Још је у древна времена знаменити лекар и филозоф Гален изрекао мудре мисли: “Смирити бол, божанско је дело”, а много векова

после њега, бесмртни песник је слично рекао: “Ублажити бол, велико је дело и извор људске среће”. И данас лекари све чине да открију природу бола и благовремено започну и спроведу узрочну терапију.

Поред речи “бол у грудима” за “нелагодности” у грудном кошу (како их оболели најчешће означава), сматрамо да би највише одговарала наша реч “тескоба”, док је ван наше земље (од стручњака и лаика) најчешће употребљавана реч за субјективне тегобе у грудима – “дискомфор”.

Међутим, пошто је бол доминирајући симптом (који је истовремено и користан јер указује на постојање болести и помаже да се болест открије, али и штетан јер изазива патњу оболелог), неопходно је познавати природу бола, посебно се базирајући на следећим карактеристикама (особинама) бола у грудима:

- особеност (карактер) бола (као што су: пробадање, резање, раздирање, цепање, стезање, жарење, печење, притисак, тежина и др.);
- локализација, тј. место пројекције бола (типична и атипична за одговарајућу типологију патологије);
- правац ширења, простирања бола (у околину и даље);
- трајање бола и понављање (у одговарајућим временским интервалима);
- пропратне тегобе (кардиоваскуларне и друге природе);
- фактори повезани са његовом појавом и/или погоршањем и смирењем (психофизички, метеоролошки, исхрана, мировање, лекови).

Код појаве бола у грудима, а пре свега оног који се јавља у физичком напору, лекари најчешће мисле на исхемијску болест срца, па су склони **хипердијагностиковању**, тј. да је траже и виде тамо где је нема, што често повлачи и јатрогене ефекте код болесника. Међутим, у пракси се исто тако среће и појава **хиподијагностиковања**, односно, да се не спроводи потребан дијагностички поступак, па се исхемијска болест не налази и тамо где она заиста постоји.

Хипердијагностика синдрома бола и/или тескобе у грудима, поред тога што је прате штетне психолошке последице (псигогена су-

перпозиција) и јатрогенеза, уз примену неиндикованих сложених дијагностичких процедура (нпр. инвазивних дијагностичких метода као што су катетеризација, ангиографија и селективна коронарографија) код непостојеће исхемијске болести срца може резултирати одговарајућим ризицима, па и опасним компликацијама са неповољном прогнозом.

Хиподијагностика синдрома бола и/или тескобе у грудима може довести до неоткривања постојећег обољења, кашњења или недопустивог одлагања предузимања правих мера превенције и лечења. То може узроковати неповољну прогнозу, па и леталитет, што је случај са многи м ургентним и тешким обољењима, а нарочито са ИБС, дисекантном енеуризмом аорте, плућном емболијом, раком плућа или медијастинума, перфорацијом езофагуса, желуца и дуоденума у улкусној болести и др.

Бол у грудима честа је појава код људи. Узроци овог бола често су безазлени и пролазни, и супротно, у неким случајевима ради се о врло озбиљном обољењу, опасном по живот болесника. Између ове две крајности налазе се многобројни узроци који имају врло различит значај за здравље људи.

Понекад се узрок бола у грудима уопште не налази у грудном кошу, већ изван њега, што отежава брзо постављање дијагнозе. Карактер бола такође може да буде врло различит: некада је бол тако типичан да омогућава брзо откривање природе бола, у другим случајевима пак по особинама бола није могуће утврдити узрок његовог настанка.

Због своје разноликости по настанку, локализацији и степену опасности по здравље и живот људи, од изузетне је важности тачно и брзо утврдити природу бола и предузети одговарајуће мере.

Сасвим разумљиво, главна пажња посвећена је највећем медицинском проблему савремене цивилизације: исхемијској болести срца (ИБС)^{3, 5, .}

Међу најистакнутијим проблемима, не само кардиологије већ и ургентне медицине, јесу акутни коронарни синдроми³, у које се убрајају: нестабилна ангина пекторис, све форме инфаркта срца, малигни поремећаји срчаног ритма и напрасна срчана смрт.

У брзом препознавању клиничке форме исхемијске болести срца могу да помогну познавање природе бола, пре свега дужина трајања бола, као и узрока који су “окидачки” фактор (психички, физички или метеоролошки стресор) и пропратних субјективних тегоба и објективних промена (функционалних поремећаја) познатих као синдром бола у грудима.

Исхемијска болест срца и коронарна болест срца два су имена за исту болест, званично прихваћена за акутна и хронична обољења срца, која су последица недовољног снабдевања миокарда крвљу због опструктивне болести коронарних артерија. У приближно 90 одсто случајева атеросклероза је узрок исхемијске болести срца.

Колики је значај холестерола у настанку атеросклерозе и њених погубних последица мудро је рекао славни руски кардиолог Александар Леонидович Мјасников: “Два највећа непријатеља човечанства јесу атомска бомба и холестерол, при чему овај други жешће бије”. И заиста, исхемијска болест срца највише је заступљена у погледу оболевања и смртности у кардиологији, инфаркт миокарда је “убица број један” човечанства, који, заједно са атеросклерозом и артеријском хипертензијом, чине “сурови тријас” (тријаду) болести, који са напрасном срчаном смрти као последицом решавају судбину човечанства.

У преко 90 одсто случајева атеросклероза коронарних артерија чини патоанатомски супстрат исхемијске болести срца, са њиховим симетричним и/или асиметричним променама које сужавају лумен коронарних артерија, отежавајући нормалан проток крви у њима, изазивајући симптоматску или асимптоматску исхемију, при чему стабилна и нестабилна атеросклероза, у комбинацији са вазоспазмом, покренута окидачким фактором (механизмом) доводи до тога да се појави болест на “клиничком хоризонту” (која је дотле била скривена, “нема”, у виду хроничне ангине пекторис или акутног коронарног синдрома. Настајак нестабилног атеросклерозног плака је патолошко-физиолошки механизам са неоклузивним или оклузивним тромбом у комбинацији са вазоспазмом, што резултира тежим степеном миокардне исхемије (што је случај у хронич-

ној ангине пекторис) или исхемијске некрозе (што се јавља у акутном инфаркту миокарда), праћених кардијалним компликацијама, односно тежим поремећајима срчаног ритма – нпр. cardiac arrest, слабљење (попуштање) срчане функције (срчана инсуфицијенција), акутни едем плућа – најчешћим узроцима напрасне срчане смрти².

Када се наведена кардиоваскуларна патологија одвија асимптоматски и атипично у погледу специфичних симптома и знакова за одређене клиничке форме исхемијске болести срца – стабилне, нестабилне, акутне, хроничне – то понекад постаје диференцијално-дијагностичка енигма, доводећи до тешкоћа и дилема у погледу верификовања аутентичне дијагнозе, прогнозе, па и самог лечења и превенције компликација и фаталног исхода.

У утврђивању природе бола у грудима свакако да добро и детаљно узета анамнеза има велики значај, уз истовремено зналачко добро познавање кардиоваскуларне и интернистичке семиотике, као и добро познавање суштине и полиетиолошке природе свих синдрома са болом у грудима, што значи да никада не треба изоловано посматрати само бол у грудима, без повезаности са свим другим субјективним тегобама и објективним знацима функционалних промена (поремећаја) у склопу актуелног синдрома бола у грудима.

У зависности од значаја погођене (оклудирани) артерије и последичне зоне исхемијске некрозе јављају се органски и функционални поремећаји срца.

Понекад се процес атеросклерозе коронарних артерија одвија асимптоматски (тј. скривено) све док се не достигне клинички хоризонт, тј. док се не појави неки од клиничких облика исхемијске болести срца или њених компликација, па и напрасне срчане смрти, чему обично претходе неки “окидачи болести”, па се раном и благовременом откривању болести данас, као и њиховој превенцији (спречавање развоја и појаве болести) поклања велика пажња, укључујући и откривање и отклањање тзв. фактора ризика: артеријске хипертензије, пушења, регулисање метаболизма липида и шећера, гојазности, физичке неатктивности, стресова и др.

Литература

1. Стожинић С., Цветановић С., Текић М., Филиповић С.: Бол у грудима, “Научна књига”, Београд, Монографија, 1989.
2. Стожинић С., Бојић М.: Напрасна срчана смрт, “Стручна књига”, Београд, Монографија, 1993.
3. Стожинић С., Ламбић И., Бабић М.: Акутни коронарни синдроми, “Наука”, Београд, Монографија, 1996.
4. Стожнинић С., Бабић М., Дреџун В., Ламбић И.: Синдроми са болом у грудима, “Обележја”, Библиотека “Хипократ”, Монографија, Београд, 1997.
5. Ламбић И., Стожинић С.: Клиничка електрофизиологија срчаних аритмија, “Обележја”, Библиотека “Хипократ”, Београд, Монографија, 1998.
6. Стожинић С., Борзановић М.: Књига о стресу, “Обележја”, Београд, Монографија, 2009. *томе*”, *који се рефлексно јављају у грудима, а њихово исходиште су оболели удаљени органи.*