



«Боль в груди»

Содержание

Введение

1. Понятие, определение и причины возникновения синдрома боли в груди

2. Клиническая картина и диагностика

3. Лечение болей в грудной клетке

Заключение

Список литературы

Введение

Боли в грудной клетке наиболее часто имеют левостороннюю локализацию, поэтому их ассоциируют с болями в сердце, получившими название **кардиалгии**. Любая боль в левой половине груди может расцениваться как кардиалгия, пока не уточнится диагноз.

Кардиалгии - боли в области сердца - характеризуются колющими, жгучими, ноющими, реже давящими болевыми ощущениями в области сердца; могут иррадиировать по всей левой половине грудной клетки, левой руке и левой лопатке; бывают мимолетными (молниеносный «прокол»), непродолжительными (минуты, часы) и очень долгими (дни, недели, месяцы). Как правило, кардиалгии, не связанные с ишемией миокарда, не прекращаются после приема нитратов. Наличие кардиалгии не исключает существования у некоторых больных атеросклероза коронарных артерий сердца и может иногда перемежаться или сочетаться с истинными приступами стенокардии.

Понятие, определение и причины возникновения синдрома боли в груди

Боли в груди возникают при многочисленных клинических синдромах и патологических состояниях, в соответствии с которыми их можно разделить следующим образом:

заболевания сердечно-сосудистой системы:

- инфаркт миокарда;
- расслаивающая аневризма аорты;
- стенокардия; . ТЭЛА;
- перикардит;
- пролапс митрального клапана;
- миокардит;

заболевания костей, суставов, мышц и др.



заболевания периферической нервной системы и ЦНС:

- опухоль спинного мозга;
- опоясывающий лишай; заболевания

легких и плевры:

- пневмоторакс;
- пневмония;
- плеврит;
- рак легкого;
- мезотелиома плевры; заболевания

ЖКТ:

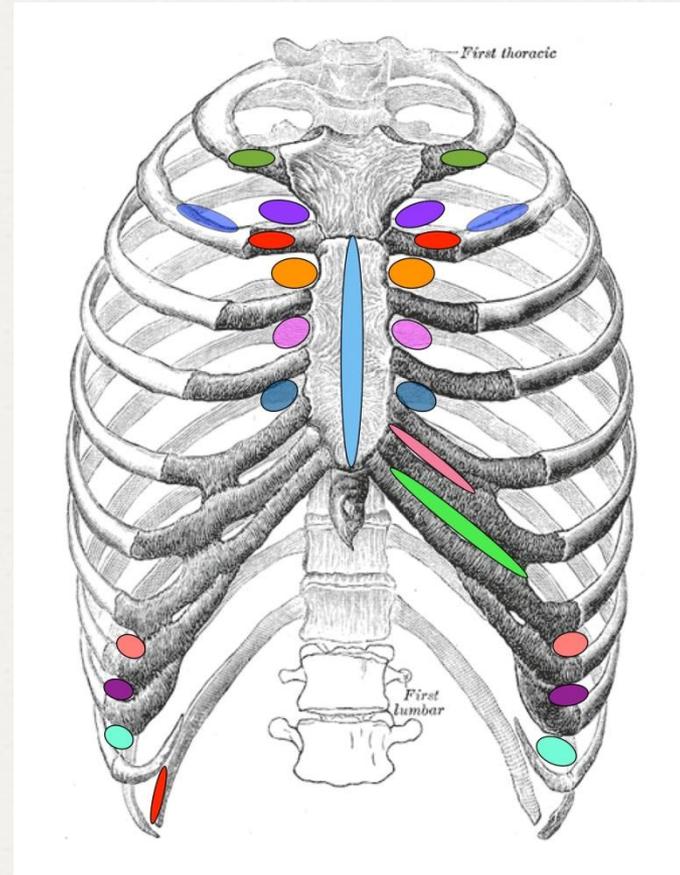
- эзофагит;
- инородное тело пищевода;
- рак пищевода;
- язва желудка;
- желчно-каменная болезнь;
- острый холецистит;
- острый панкреатит;
- субдиафрагмальный абсцесс;



Наиболее часто боли в грудной клетке вызывают следующие заболевания:

- остеохондроз позвоночника;
- стенокардия;
- депрессия;
- пищеводный рефлюкс.

В более общем виде причины длительных и повторяющихся болей в грудной клетке могут быть разделены на несколько групп.



1. Боли, связанные с болезнями сердца:

а) коронарогенные (связанные с патологией коронарных артерий);

б) некоронарогенные (не связанные с патологией коронарных артерий).

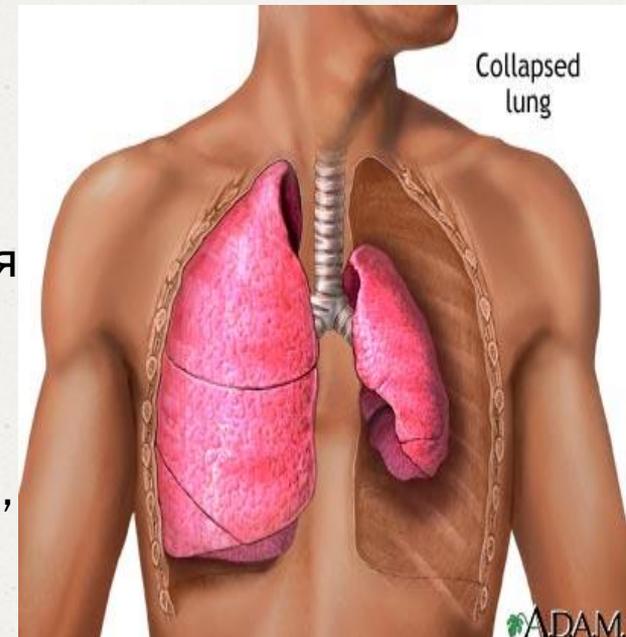
2. Боли в грудной клетке, ассоциированные с болезнями других органов грудной клетки (трахея, легкие, плевра, органы средостения).

3. Боли в грудной клетке вследствие болезней грудной клетки (поражение межреберных нервов, мышц грудной клетки и верхних конечностей, болезни костей и суставов).

4. Боли в грудной клетке вследствие проекции на нее отраженных болей, ассоциированных с патологией органов живота, забрюшинного пространства.

Клиническая картина и диагностика

Для ориентировочной оценки происхождения болей в груди используют некоторые диагностические подходы. Так, считается, что усиление боли при дыхании и/или кашле говорит о ее плевральном происхождении. Аускультация и перкуссия сердца и легких позволяют выявить отсутствие или ослабление дыхания над одной из половин грудной клетки и тимпанит (признак пневмоторакса), шум трения плевры (признак сухого плеврита), шум трения перикарда (признак сухого перикардита) и признаки плевропневмонии (влажные хрипы, притупление легочного тона, шум трения плевры).



Наиболее представительной считается клиническая картина болей в груди, связанных с ишемией миокарда.

Стенокардия (дословно - сжатие сердца) имеет синоним «грудная жаба».

Клинические проявления стенокардии можно описать следующим образом:

- боль, дискомфорт, тяжесть или давление за грудиной, в прекардиальной области; боль давящего, сжимающего характера, иррадиирующая в левое плечо, руку, шею, под лопатку, продолжительностью до получаса, возникающая на высоте физической или психоэмоциональной нагрузки и проходящая в покое или после приема нитроглицерина;
- боль обычно постепенно нарастает, сохраняется от 2 - 5 до 15 - 20 мин, затем исчезает;
- стенокардия может сопровождаться чувством страха, общей слабостью, тремором.

Для стабильной стенокардии характерна стереотипная реакция больного на одну и ту же нагрузку, наблюдающаяся более 1 мес. Выделяют четыре функциональных класса стабильной стенокардии напряжения (канадская классификация):

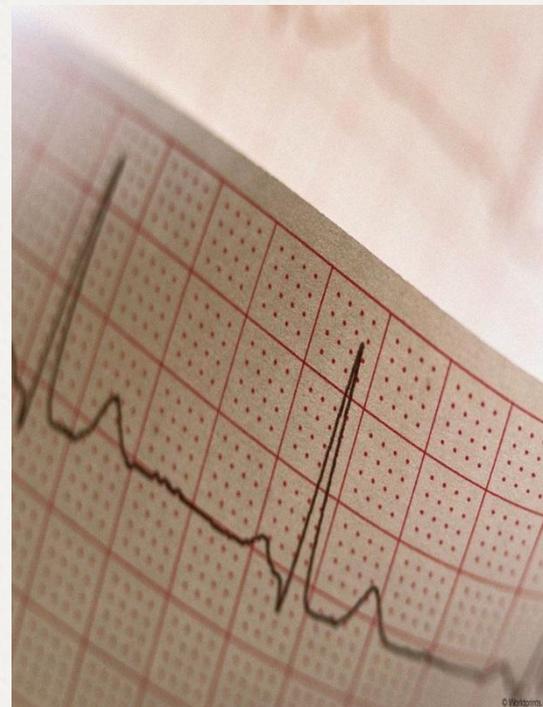
- I ФК - приступы боли возникают только при больших нагрузках, выполняемых длительно и в быстром темпе;
- II ФК - боль возникает при ходьбе по ровному месту на расстояние более 500 м или при подъеме по лестнице более чем на один этаж;
- III ФК - приступы боли возникают при ходьбе в нормальном темпе на расстояние 100- 500 м и при подъеме на один этаж;
- IV ФК - боль возникает при ходьбе на расстояние менее 100 м, в покое или во время сна.

Основным клиническим симптомом типичной формы **инфаркта миокарда** является болевой приступ. Боль обычно локализуется за грудиной и иррадирует в левую руку, шею, челюсть. Возможна более широкая ее иррадиация (на всю переднюю поверхность грудной клетки). Характерной для инфаркта миокарда является боль, превосходящая по интенсивности и длительности обычный приступ стенокардии. Боль имеет разнообразный характер (давящая, сжимающая, жгучая, режущая), не снимается нитроглицерином. Типичной особенностью ее является волнообразное нарастание и уменьшение, выраженная эмоциональная окраска: больные испытывают чувство страха смерти, возбуждены, беспокойны. Часто встречаются также такие жалобы, как одышка, ощущения перебоев в работе сердца. При инфаркте миокарда продолжительность болей составляет более получаса, боль купируется наркотическими анальгетиками, отмечается повышение кардиоспецифических ферментов, наблюдается определенная ЭКГ-динамика.

Кардиалгия может быть следствием шейно-плечевого синдрома, появляющегося в результате сдавления подключичных артерий, вены и плечевого сплетения при дополнительном шейном ребре или при патологической гипертрофии («синдроме») передней через несколько минут), чаще нитраты вызывают лишь сильную головную боль. Приступ заканчивается ощущением резкой слабости, профузным потоотделением, полиурией. Кардиалгия может сопровождаться страхом смерти.



Боли при перикардите зависят от вида воспалительного процесса. Фибринозный перикардит проявляется болями в области сердца и лихорадкой. Боли могут быть тупого, давящего характера, иногда очень сильные, стереотипные, зависящие от дыхания, движений, перемены положения тела, усиливающиеся при давлении на грудную клетку. Одним из наиболее характерных признаков фибринозного перикардита является шум трения перикарда (в классическом виде - грубый, жесткий, высокочастотный двухкомпонентный или трехкомпонентный шум, напоминающий ритм паровоза: «ш-ш-ш - ш-ш-ш», локальный, усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку). Он может выслушиваться в систолу, диастолу или только в одну из фаз сердечного цикла.



Отраженные боли при патологии желудочно-кишечного тракта также имеют некоторые отличительные черты. Так, боли при желчнокаменной болезни провоцируются приемом жирной жареной пищи, купируются приемом спазмолитиков, диагноз подтверждается на УЗИ. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы боль возникает при приеме большого количества пищи, усиливается в положении лежа, может сопровождаться изжогой, при дивертикуле пищевода боли возникают или усиливаются при глотании, диагноз подтверждается ФГДС, рентгеноскопией.

Миозиты, межреберные невралгии обуславливают боль локального типа, длительную, усиливающуюся при пальпации, при поворотах туловища, не купируемую приемом нитратов

Боль при инфаркт-пневмонии сопровождается кровохарканьем. При ней отсутствует связь с физической нагрузкой. Диагноз тромбоэмболии легочной артерии подтверждается при сцинтиграфии и рентгенографии легких.

Лечение болей в грудной клетке

Выбор препаратов для лечения кардиалгии определяется причиной заболевания, вызвавшего этот симптом.

Больные с **перикардитом** нуждаются в госпитализации и назначении постельного режима. При болях за грудиной назначают нестероидные противовоспалительные препараты: аспирин 650 мг внутрь каждые 3 - 4 ч и индометацин 25 - 50 мг внутрь каждые 6 ч. При длительной (более 48 - 72 ч) или очень сильной боли - кортикостероиды (например, преднизолон, 60 - 80 мг в сутки в несколько приемов). Обычно терапию высокими дозами препаратов проводят в течение 5 - 7 сут, затем дозы уменьшают. Из-за риска кровотечения в полость перикарда и тампонады антикоагулянты не назначают. В случае выявления инфекционного возбудителя назначают антибиотики.

Принципами терапии миокардитов являются борьба с этиологическими факторами, улучшение обменных процессов в миокарде, ликвидация сердечной недостаточности, восстановление нарушенных ритма и проводимости. При бактериальной инфекции назначают антибиотики, при вирусной - интерферон. Патогенетическая терапия в зависимости от тяжести заболевания, выраженности клинико-иммунологических проявлений включает глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты, антигистаминные средства, препараты, улучшающие обменные процессы в миокарде, иммуномодуляторы. При наличии недостаточности кровообращения показаны сердечные гликозиды, применение которых требует осторожности в связи с их способностью усугубить нарушения ритма и проводимости. Критериями излечения являются исчезновение клинических проявлений и нормализация «острофазовых» показателей.

В медикаментозной терапии **кардиалгии, провоцируемых повышением АД,** важнейшим принципом является постоянство приема препаратов, осуществляющих воздействие на разные звенья регуляции артериального давления. В начальной стадии заболевания возможно применение монотерапии. При более тяжелом течении назначаются сочетания антигипертензивных средств. В этих целях используют блокаторы ангиотензинпревращающего фермента, Р-адреноблокаторы, антагонисты рецепторов ангиотензина-П, блокаторы кальциевых каналов, мочегонные средства (салуретики, антагонисты альдостерона). Применяют различные вспомогательные средства, дающие неспецифический гипотензивный эффект: транквилизаторы, седативные, спазмолитические препараты.



Диета (№ 10 по Певзнеру) должна исключать продукты, богатые холестерином, содержать достаточное количество витаминов, солей калия, кальция, липотропных веществ. Медикаментозная терапия, направленная на улучшение коронарного кровотока и уменьшение потребности миокарда в кислороде, включает применение нитратов кратковременного и длительного действия, блокаторов (3-адренорецепторов, блокаторов кальциевых каналов, сосудорасширяющих средств. Используются также препараты метаболического действия, антиагреганты и антикоагулянты, улучшающие реологические свойства крови.



Неотложной задачей лечения инфаркта миокарда является обезболивание. Для купирования боли наиболее эффективна нейро-лептаналгезия с применением фентанила и дроперидола. Применяются также нитраты (преимущественно внутривенно), наркотические и ненаркотические анальгетики. Большое значение для исхода заболевания имеет тромболитическая (в острейшем периоде) и антикоагулянтная терапия. Чаще всего в качестве тромболитического средства применяется стрептаза, назначение которой целесообразно лишь в сроки до 6-12 ч от начала заболевания (наиболее эффективно в первые 3-4 ч). Положительное влияние на течение инфаркта оказывают также антиагреганты (аспирин). Патогенетическое значение для купирования клинических проявлений инфаркта миокарда имеют ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента и статины.

Заключение

Разнообразные болевые проявления имеют сложное происхождение: вертебро- или висцерогенные, обусловленные патологическими изменениями в ребрах, мышцах, межреберных нервах.

Боли в груди различают по локализации, характеру, интенсивности, иррадиации.

Характер боли пациенты описывают как колющие, сжимающие, давящие, жгучие, ноющие. Продолжительность их может быть от нескольких минут до нескольких суток. Об интенсивности боли можно судить, исходя из субъективных ощущений пациента (выявляется при расспросе), а также учитывая объективные проявления, сопровождающие боль: бледность, потливость, тахикардия.

Боль может быть связана с дыханием, положением туловища, приемом пищи, усиливаться при пальпации. В некоторых случаях боль может спровоцировать психоэмоциональное напряжение.

Лабораторными и инструментальными исследованиями являются:

Общий анализ крови.

Анализ крови на КФК, ЛДГ, АСТ.

ЭКГ.

Эхокардиография.

Рентгенография грудной клетки.

Эзофагоскопия.

Рентгеноскопия пищевода с контрастным веществом.

Рентгенография позвоночника.

Холецистография.

При боли в груди в первую очередь необходимо исключить (или подтвердить) наличие заболеваний, требующих оказания неотложной помощи.

К ним относятся: инфаркт миокарда; расслаивающая аневризма аорты; ТЭЛА; спонтанный пневмоторакс.



Список литературы

1. Нагнибеда А. Синдромная патология, дифференциальная диагностика и фармакотерапия. - М., 2008.
2. Плоткин В.Я. Синдромная патология, дифференциальная диагностика с фармакотерапией. - М., 2009.
3. Удалова Т.П. Синдромная патология, дифференциальная диагностика с фармакотерапией. - М., 1990.

Спасибо за внимание!

Берегите свое
здоровье!

