

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ НАЛИЧИЕ БОЛЕЙ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Абдурахманов А.Б

Заргаровой Н.Р

Мадаминов О.М

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Резюме: Данная статья предназначена для врачей общей практики, для определения причины возникновения болей в грудной клетке. нами была изучена важность факторов риска для последующей диагностики причины возникновения болей в грудной клетке. Рассмотрена последовательность расспроса пациента с детализацией его жалоб и уточнением его анамнеза, ценность информации, которую можно получить и диагностическая значимость результатов проведенных дополнительных методов исследования. Так в данной статье приводятся схема осмотра, которая позволяет получить максимальное количество информации с затратой минимального времени на обследование. Что в свою очередь позволяет поставить правильный диагноз и свести к минимуму врачебные ошибки и ненужные обследования.

Ключевые слова: боль в левой половине грудной клетки, дифференциальный диагноз, инфаркт миокарда, стенокардия, тромбоэмболия легочных артерий, расслоение аорты, пневмоторакс, кардиалгия.

Боль в грудной клетке – важнейший симптом заболеваний органов грудной клетки и одна из наиболее частых причин обращения больных к врачу с целью облегчения симптомов и исключения серьезного заболевания. Во многих случаях боль в груди может быть вызвана заболеваниями сердца, и это заставляет относиться к ней особенно серьезно. Однако перечень причин боли в груди гораздо шире. В этой области находятся сердце, легкие, пищевод, крупные сосуды, кости и мышцы, – и любой из этих органов может быть источником боли. Боль в груди также может быть вызвана диафрагмой и органами брюшной полости, в первую очередь желудком. Наконец, боль может быть обусловлена проблемами и других органов, а ее локализация в груди объясняется сложным расположением нервов и мышц.

1. Острая приступообразная боль в груди может быть одним из первых и в самом начале единственным проявлением заболевания сердца, в связи с этим данная жалоба должна настораживать врача. Поэтому этих больных необходимо тщательно обследовать, и в множестве случаев диагноз ставится уже на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и ЭКГ.

2. При постановке диагноза обязательно учитывают факторы риска сердечных заболеваний: ИБС, ТЭЛА, расслоения аорты и т. д.

3. При оценке болевого синдрома в грудной клетке обязательно учитывают прогностическую значимость заболевания, которое могло вызвать появление боли. Острая боль в грудной клетке, не купирующаяся приемом нитратов в течение нескольких минут, обычно требует срочной медицинской помощи; в первую очередь необходимо исключить инфаркт миокарда, ТЭЛА, разрыв аневризмы и перикардит. Хроническая (интермиттирующая или стабильная) боль в груди обычно не требует неотложной помощи.

«КРАСНЫЕ ФЛАГИ»

- 1) боль, внезапно возникшая при физической нагрузке;
- 2) интенсивная боль, не купирующаяся приемом нитратов;
- 3) тошнота, рвота, гипергидроз;
- 4) интенсивная боль;
- 5) бледность кожи;
- 6) тахикардия;
- 7) одышка, удушье;
- 8) падение АД;
- 9) синкопе.

Причинами болей в грудной клетке могут быть различные заболевания, и чаще всего при каждом заболевании имеются факторы риска, которые необходимо учитывать при оценке болевого синдрома в грудной клетке

Для ИБС характерны наличие артериальной гипертензии, ожирение, мужской пол, гиперхолестеринемия, малоподвижный образ жизни, сахарный диабет, курение, отягощенный семейный анамнез.

При ТЭЛА характерны перелом нижних конечностей, мерцательная аритмия и инфаркт миокарда в течение последних 3-х мес., протезирование суставов, венозные тромбозы и ТЭЛА в анамнезе, повреждение спинного мозга, иммобилизация, опухоли (риск выше при наличии метастазов), заместительная гормональная терапия и др.

Пневмоторакс. Курение, спонтанные пневмотораксы в семейном анамнезе, определенный фенотип (высокий рост и малый вес) у молодых мужчин; ХОБЛ, тяжелое обострение бронхиальной астмы, туберкулез, инфекционные заболевания и опухоли легких, врожденный поликистоз, пневмоцистная пневмония у ВИЧ-инфицированных пациентов, употребление наркотиков, тупая травма грудной клетки и др.

Расслоение аорты чаще всего наблюдается у пожилых мужчин с гипертензией; синдроме Марфана, синдроме Элерса – Данло; у молодых женщин – беременность; сифилитический мезоартрит, двустворчатый аортальный клапан, коарктация аорты, тупая травма грудной клетки.

Также необходимо учитывать что причиной боли в грудной клетке могут быть следующие заболевания.

Заболевания сердечно-сосудистой системы: инфаркт миокарда, стенокардия, перикардит, расслоение аорты, дисгормональная миокардиодистрофия, алкогольная кардиопатия.

Заболевания органов дыхания: тромбоэмболия ветвей легочной артерии, плевропневмония, плеврит, пневмоторакс.

Заболевания органов желудочно-кишечного тракта: заболевания пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагоспазм, повреждение слизистой оболочки инородным телом, эзофагит, язва, рак, разрыв пищевода).

Заболевания опорно-двигательного аппарата: грудной радикулит, травма грудной клетки.

Инфекционные заболевания – опоясывающий лишай.

Психосоматические расстройства: вегетативная дистония, депрессия, истерия.

Условия возникновения болей. Во время расслоения аорты боль возникает остро, чаще всего на фоне гипертонического криза или при нагрузке (физической или эмоциональной). Для стенокардия характерно возникновение болей во время ходьбы, подъеме по лестнице, физической или эмоциональной нагрузке, после еды, как реакция на низкую температуру воздуха. Появление болевого синдрома после травмы (иногда – отсроченное) может свидетельствовать о поражении опорно-двигательного аппарата. Связь болевого синдрома с приемом пищи указывает на поражение ЖКТ, для ГЭРБ также характерно появление боли при переходе больного в положение лежа или сгибании.

Характер боли. При расслоении аорты боль может иметь раздирающий, распирающий, нередко волнообразный характер. При перикардите боль может быть режущей, жгучей, колющей. Для ОКС характерна давящая, сжимающая боль; острая, прокалывающая или тупая ноющая боль чаще наблюдается при дисгормональной, алкогольной кардиопатии, вегетативной дистонии.

Локализация. Для расслоения аорты характерна миграция боли сверху вниз, иногда с вовлечением нижних отделов живота и ног. При перикардите боль обычно локализуется непосредственно в области сердца. Типичная для ОКС – за грудиной (пациент сжимает руку в кулак напротив грудины – симптом Левайна), реже – в левой половине грудной клетки, нижней челюсти, левой руке, подложечной области и др. Локализация боли на небольшом ограниченном участке грудной клетки (больной указывает ее одним пальцем), ниже эпигастральной области и выше нижней челюсти не характерна для ИБС.

Иррадиация. При инфаркте миокарда и расслоении аорты боль может иррадиировать в спину. Обычная при ИБС – в левую половину грудной клетки, левую руку до пальцев, левую лопатку и плечо, шею; патогномичная – в зубы и нижнюю

челюсть; изредка боль распространяется вправо от грудины, к правому плечу, в подложечную область. При ИБС боль не может иррадиировать в ноги. Панкреатические и эзофагеальные боли часто иррадируют в спину. При перикардите боль, как правило, не иррадирует.

Также необходимо учитывать наличие связи болей с актом дыхания, кашлем, наклоном, поворотами тела которые наблюдаются при поражении плевры (в т. ч. при ТЭЛА), перикарда, а также при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Боль при поражении ЖКТ усиливается после приема пищи. Боль при вегетативной дистонии появляется или усиливается во время стресса.

Условия купирования боли также играют большую роль в определении причины возникновения болей. Так перикардальная боль уменьшается в положении сидя с наклоном вперед. Плевральная боль снижается, если лечь на больную сторону или при снижении подвижности грудной клетки, сдавив ее руками. При стенокардии – прекращение нагрузки; нередко боль быстрее всего купируется в положении сидя. Для ГЭРБ типично уменьшение или полное ее исчезновение в вертикальном положении, возможно облегчение боли после отрыжки или рвоты

Продолжительность боли. При стенокардии – несколько минут, но не более 15–20; боль, длящаяся секундами, не может быть проявлением ИБС. Болевой синдром, длящийся более 30 мин, не может быть расценен как стенокардия – необходимо исключить инфаркт миокарда, ТЭЛА, перикардит. Боль, длящаяся сутками (пациент засыпает и просыпается с болью) или секундами, не характерна для ИБС, может наблюдаться при дисгормональной или алкогольной кардиопатии, вегетативной дистонии.

Эффект медикаментов. Эффективность нитратов подтверждает наличие ИБС. При стенокардии – в течение 1–3 мин; отсутствие эффекта в течение 10 мин может свидетельствовать о развитии инфаркта миокарда либо о некоронарогенной природе боли. При плевральной, перикардальной боли, корешковом синдроме эффективны ненаркотические анальгетики, при ГЭРБ – антациды и противосекреторные средства.

Лабораторные показатели при различных патологиях сопровождающиеся болевым синдромом. Гипотиреоз способствует развитию атеросклероза и ИБС, гипертиреоз может утяжелять течение ИБС. Лейкоцитоз, повышение СОЭ и другие признаки воспаления наводят на мысль о пневмонии, перикардите. Гипергликемия (сахарный диабет), гипер- и дислипидемия – факторы риска ИБС. Тяжелая анемия может быть причиной вторичной стенокардии или ухудшать течение ИБС. При возможности следует быстро оценить уровень тропонинов: повышение его свидетельствует о развитии некроза миокарда (тест обычно становится положительным через 6 ч от появления болевого синдрома).

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММА

Признаки выраженной гипертрофии левого желудочка могут быть следствием артериальной гипертензии (фактор риска ИБС, расслоения аорты) или стеноза устья аорты (возможная причина стенокардии). ЭКГ-признаки перенесенного ранее инфаркта миокарда в сочетании с остро возникшим болевым синдромом в грудной клетке требуют исключения ОКС. При возможности следует выполнить ЭКГ в момент болевого приступа: необходимо в первую очередь исключить ОКС (при стенокардии на ЭКГ, как правило, динамики нет). При расслоении аорты жесточайшая боль в грудной клетке обычно не сопровождается динамикой ЭКГ. При ТЭЛА на ЭКГ могут появиться признаки перегрузки правого предсердия (P-pulmonale) и правого желудочка (признак SIQIII, неполная или полная блокада правой ножки пучка Гиса)

ДРУГИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЦА

Результаты выполненных ранее эхокардиографического, ангиографического исследований, суточного ЭКГ-мониторирования и нагрузочных проб помогают удостовериться в наличии ИБС или (при отрицательных результатах выполненных ранее исследований) заставляют искать другую причину болевого синдрома

Общий осмотр

Спутанность сознания свидетельствует о тяжести патологии. Бледность кожи может быть признаком анемии, аортального порока сердца. Ксантелазмы наблюдаются при гиперлипидемии, симптом Франка (диагональная складка мочки уха) – при коронарном атеросклерозе. Изменения пальцев по типу «барабанных палочек» и «часовых стекол» могут говорить о хронической обструктивной болезни легких.

Наличие симметричных отеков ног чаще всего свидетельствует о сердечной недостаточности, асимметричные или односторонние отеки требуют исключения венозного тромбоза и ТЭЛА как причины болевого синдрома. Болезненность грудной стенки при пальпации может говорить о корешковом синдроме (необходимо убедиться, что вызываемая пальпацией боль – та самая, которая вынудила пациента обратиться за помощью). Наличие шрамов от предыдущих торакотомий (например, при выполнении АКШ, протезировании клапанов сердца и др.) помогает диагностике.

При обследовании органов дыхания необходимо обращать внимание на следующие показатели. Частота дыхания. ЧДД менее 10 или более 29 в минуту говорит о тяжести заболевания. Влажные хрипы над нижними отделами легких с обеих сторон выслушиваются при сердечной недостаточности. Наличие плеврального выпота может свидетельствовать о плеврите или гидротораксе. Уменьшение экскурсии грудной клетки, тимпанический перкуторный звук и тихие дыхательные шумы (или их полное отсутствие) говорят о наличии пневмоторакса. Шум трения плевры бывает при тромбоэмболии легочной артерии. Притупление перкуторного

звука в сочетании с бронхиальным дыханием или ослаблением дыхательных шумов указывает на пневмонию

При обследовании органов кровообращения необходимо обращать внимание на такие показатели как: тахикардия предполагает наличие инфаркта миокарда, воспалительного заболевания легких (плеврит, пневмония), тревоги. Брадикардия может быть следствием блокады сердца при инфаркте миокарда или другом тяжелом заболевании сердца. Повышение АД может быть обусловлено первичной артериальной гипертензией или тревогой, снижение его может быть связано с сердечным заболеванием (инфаркт миокарда, ТЭЛА, расслоение аорты) и обычно свидетельствует о тяжести патологии. Оценивают наличие признаков сердечной недостаточности и аритмии, признаков поражения клапанов сердца (стеноз устья аорты может вызывать ишемию миокарда). Шум трения перикарда позволяет диагностировать перикардит. Ритм галопа свидетельствует о наличии сердечной недостаточности. Исчезновение пульса на лучевой артерии может быть следствием расслоения аорты.