**План**

Введение

1. Сухой плеврит
2. Экссудативный плеврит
3. Крупозная пневмония
4. Спонтанный пневмоторакс
5. Рак легких
6. Боль костного происхождения
7. Боль суставного происхождения
8. Боль мышечного происхождения

Литература

**Введение**

Боль в грудной клетке появляется при раздражении болевых рецепторов, находящихся в плевре, трахее и крупных бронхах. В легочной ткани болевые рецепторы отсутствуют. В дифференциально-диагностическом плане имеют значение оценка интенсивности боли, ее локализация, связь с дыханием и кашлем, появление одышки, эффективность обезболивающей медикаментозной терапии. Интенсивная боль свидетельствует об остром заболевании и, как правило, она сочетается с одышкой, усиливается при дыхании, это боль плевральная. При острых трахеитах боль локализуется за грудиной и бывает интенсивной, усугубляясь кашлем. Серьезный признак – боль в грудной клетке, сочетающаяся с одышкой, особенно если они трудно поддаются лечению. Всегда следует уточнить зависимость боли от положения тела больного и влияние движения на интенсивность боли. Такая боль возникает при межреберной невралгии, патологии грудного отдела позвоночника, радикулитах, заболеваниях мышц, плеврите. Следует также помнить о проецирующейся и иррадирующей боли. Боль за грудиной, в области сердца, левой половине грудной клетки, между лопатками нередко с иррадиацией в левую руку характерна для коронарной болезни сердца. Боль в грудной клетке возникает при перикардите, заболеваниях аорты, тромбоэмболии легочной артерии, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатите, поддиафрагмальном абсцессе и т.д.

**1. Сухой плеврит**

Чаще плеврит развивается при туберкулезном процессе в легких. Плеврит возникает также при пневмонии, абсцессе легких, инфаркте легкого, опухолях с поражением плевры, эхинококкозе, при травмах грудной клетки, ревматизме, диффузных болезнях соединительной ткани (коллагенозах), уремии, болезни крови.

Боль в груди обычно односторонняя, колющая, усиливается при глубоком дыхании, кашле, изменении положения тела. Наиболее типичная локализация – нижние и боковые отделы грудной клетки. В положении на пораженном боку боль утихает, что связано с уменьшением движений плевры, поэтому больной инстинктивно занимает такое положение. При осмотре отмечается некоторое отставание пораженной половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно отмечается уменьшение дыхательной подвижности легочного поля на стороне поражения, а при аускультации выслушивается шум трения плевры, который можно ощущать под рукой при пальпации. При плевритах, протекающих с поражением верхних долей легких, при пальпации выявляется болезненность большой грудной, дельтовидной и трапециевидной мышц на стороне поражения. Трудна диагностика диафрагмального сухого плеврита. Боль локализуется в нижней половине грудной клетки и в эпигастральной области; при наличии напряжения мышц брюшного пресса это может привести к ошибочной диагностике таких острых заболеваний брюшной полости как прободная язва желудка, острый аппендикс, непроходимость кишечника и т.д.

Диагностическое значение имеет шум трения плевры, усиливающийся при надавливании стетоскопом. Диагноз плеврита следует подтвердить рентгенологически.

**2. Экссудативный плеврит**

В большинстве случаев причиной экссудативного плеврита является туберкулез, однако он может быть и следствием других заболеваний.

В начале плевральной экссудации отмечается боль в боку, ограничение дыхательной подвижности пораженной стороны грудной клетки, шум трения плевры, возникает сухой мучительный кашель. По мере накопления выпота боль в боку исчезает, появляется ощущение тяжести, некоторое выбухание и сглаживание межреберных промежутков на больной стороне, голосовое движение и бронхофония ослаблены, перкуторно отмечается тупой звук, дыхание не проводится или значительно ослаблено. Характерны фебрильная температура, симптомы интоксикации, нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ. Серьезное осложнение представляет смещение средостения экссудатом. Признаки дыхательной и сердечной недостаточности появляются по мере накопления жидкости.

**3. Крупозная пневмония**

Острое инфекционное заболевание легких, захватывающее одну или несколько долей. Наиболее частым возбудителем является пневмококк.

Заболевание начинается с появлением колющей боли в грудной клетке, сопровождающейся резким подъемом температуры, ознобом, нарастающими симптомами интоксикации, гиперемией щек, герпесом на губах, одышкой, цианозом. Характерен сухой болезненный кашель, сменяющийся кашлем с выделением ржавой мокроты, вязкой консистенции с примесью крови. Отмечаются отставание при дыхании пораженной стороны грудной клетки, усиление голосового дрожания, при перкуссии притупленный звук; изменяется и характер дыхания в этой зоне, определяются бронхиальное или ослабленное дыхание, крепитация, влажные мелкопузырчатые хрипы. Уточнению диагноза помогает рентгенологическое исследование легких.

**4. Спонтанный пневмоторакс**

При пневмотораксе воздух поступает в плевральную полость до того, пока давление в ней не достигнет атмосферного или произойдет коллапс легкого. Спонтанный пневмоторакс может развиться при травме грудной клетки, туберкулезе легких, нагноительных заболеваниях легких, при раке легкого, буллезной эмфиземе, при прорыве эхинококкового пузыря и воздушной кисты. Различают открытый, закрытый и клапанный пневмоторакс. При открытом пневмотораксе плевральная полость сообщается с атмосферным воздухом постоянно – как при вдохе, так и при выдохе. Закрытие перфорации ведет к тому, что в плевральной полости устанавливается отрицательное давление. Наиболее грозным является клапанный пневмоторакс, при котором воздух поступает в полость плевры во время вдоха, а во время выдоха отверстие закрывается и воздух задерживается в плевральной полости. По мере скопления воздуха давление в плевральной полости нарастает, средостение смещается в здоровую сторону, легкое на пораженной стороне спадается, возникают гемодинамические нарушения.

Спонтанный пневмоторакс возникает преимущественно у мужчин молодого возраста, проявляется внезапной резкой болью в грудной клетке, усиливающейся при дыхании, разговоре, физическом напряжении. Боль обычно бывает продолжительной и сопровождается резкой бледностью кожных покровов, слабостью, холодным потом, малым частым пульсом, падением артериального давления. Больного беспокоят резкая одышка, сухой кашель. Появляются тахикардия, цианоз. Больные предпочитают находиться в положении сидя. Дыхательные движения грудной клетки поверхностные. Наблюдается отставание при дыхании и нередко расширение соответствующей половины грудной клетки. Голосовое дрожание на пораженной стороне отсутствует.

Дыхание ослаблено или совсем не прослушивается. Перкуторно определяется тимпанический звук. Сердце смещено в противоположную сторону. При накоплении в плевральной полости жидкости в нижних отделах определяется притупление легочного звука.

Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием (что особенно важно при стертой клинической картине): выявляется просветление и смещение органов средостения в здоровую сторону.

**5. Рак легких**

Боль в груди может возникать в поздней стадии болезни.

Другие клинические симптомы зависят от локализации опухоли, близости ее к бронхиальному дереву, быстроты роста опухоли и вовлечения в процесс близлежащих органов. Если воспалительный перифокальный процесс при раке легкого достигает плевры, то развивается геморрагический экссудативный плеврит.

Характер боли различен: острая, колющая, опоясывающая, усиливающаяся при кашле, дыхании. Боль может охватывать определенную область или половину грудной клетки, возможна ее иррадиация в руки, шею, живот и т.д. Боль становится особенно интенсивной и мучительной при прорастании опухоли в ребра, позвоночник со сдавлением нервных корешков. Выделяют особую форму рака легкого (Пенкоста) с мучительным плекситом.

Боль может быть в позвоночнике и конечностях, что связано с метастазированием опухоли. В поздней стадии появляются одышка, кашель, кровохарканье, лихорадка, нарастающая слабость, похудание. Состояние больного крайне тяжелое. Выслушивается ослабленное дыхание с большим количеством влажных мелкопузырчатых хрипов.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ. Включает купирование боли, устранение острой легочно-сердечной недостаточности, воздействие на основную причину, вызвавшую боль. При умеренной боли назначают анальгетики внутрь – 0,5 г анальгина, 0,05 г. индометацина. Если эффект недостаточен, внутримышечно вводят 1–2 мл 50% раствора анальгина с 1 мл 1% раствора димедрола. При резком болевом приступе или тяжелой стойкой боли (пневмоторакс, рак легкого) внутримышечно или внутривенно вводят 1–2 мл 2% раствора промедола или 1–2 мл 2% раствора пантопона либо внутривенно 2 мл 50% раствора анальгина. Показаны препараты, уменьшающие кашель (кодеин по 0,02 г. внутрь). При сосудистой недостаточности вводят 2 мл 20% раствора камфоры, 1 мл 20% раствора кофеина, 1 мл кордиамина или 0,5–1 мл 1% раствора мезатона. При значительном смещении органов средостения, резко выраженных одышке и цианозе, вздутии шейных вен необходима аспирация воздуха из плевральной полости. При клапанном пневмотораксе используют многократное извлечение воздуха из плевральной полости или устанавливают постоянный дренаж; с этой целью в плевральной полости оставляют иглу с надетой на нее тонкой резиновой трубкой, а второй конец трубки опускают в сосуд с дезинфицирующим раствором.

При экссудативном плеврите вводятся антибактериальные препараты – пенициллин 500000 ЕД 4–6 раз в день, десенсибилизирующие и противовоспалительные средства. Экссудат эвакуируют обычно в условиях стационара, однако при высоком уровне жидкости с нарастающей одышкой, цианозом, смещением средостения эвакуации экссудата может потребоваться и на догоспитальном этапе. Извлечение жидкости следует производить медленно. Пункцию плевры осуществляют обычно в восьмом или девятом межреберье между задней аксиллярной и лопаточной линией. Иглу проводят над верхним краем нижлежащего ребра, соблюдая все предосторожности, чтобы воздух через иглу не попадал в плевральную полость. На канюлю иглы надевают резиновую трубочку, которую пережимают при заполнении шприца. При острых пневмониях внутримышечно вводят пенициллин 500000 ЕД 4–6 раз в день (или другие антибиотики широкого спектра действия).

Госпитализация. При спонтанном пневмотораксе после снятия болевого приступа показана срочная госпитализация на носилках с приподнятым головным концом или в положении сидя. Необходимо госпитализировать больных с экссудативным плевритом, крупозной пневмонией, раком легкого.

**6. Боль костного происхождения**

Причиной могут быть следующие патологические процессы: 1) травма; 2) воспалительные заболевания: а) остеомиелит ребер и грудины – посттравматический, гематогенный или при переходе нагноительного процесса из плевральной полости на костную ткань; характерны местная припухлость, распространяющаяся по ходу ребер, гиперемия, иногда флюктуация. Пальпация ребер резко болезненна. Могут образоваться свищи. Как правило, процесс сопровождается повышением температуры, признаками интоксикации; б) туберкулез ребер (результат гематогенной диссеминации), для которого характерно более вялое течение, типично образование холодного абсцесса, а в дальнейшем свища; в) актиномикоз ребер, развивающийся как осложнение актиномикоза легких; характеризуется твердым глубоким инфильтратом, свищами, гноем на кожной поверхности; г) сифилитическое поражение костей, наблюдаемое в третичном периоде, чаще поражается ключица; 3) дипластические и опухолевые процессы а) первичные опухоли, среди которых наиболее часто встречаются доброкачественные хондромы на месте соединения костной ткани и хрящевой части ребра. Боль появляется лишь при значительных размерах опухоли. Хондросаркома обычно локализуется в заднем отделе ребра. К более редким формам относятся миелома, эндотелиома Юинга, фибросаркома, нейросаркома; 6) метастатическое поражение костей. Наиболее часто встречаются метастазы легких, молочной железы, предстательной железы; в) опухолеподобные процессы, среди которых выделяют хондроматоз костей, эозинофильную гранулему, костные кисты, псевдоопухоль реберных хрящей – синдром Титце. Последний характеризуется припухлостью и болезненностью при пальпации реберных хрящей слева, главным образом III и IV ребер; 4) дистрофические процессы. Остеопороз, остеомаляция костей. Наблюдаются при эндокринных заболеваниях и как осложнение кортикостероидной терапии.

Для уточнения диагноза требуется рентгенологическое исследование, при котором выявляются деструктивные очаги, секвестры, узу рации ребер и т.д.

**7. Боль суставного происхождения**

Причиной могут быть следующие заболевания: 1) артриты: а) травматический; б) болезнь Бехтерева, которая в 90% случаев встречается у мужчин молодого возраста. Характерно постепенное начало, хроническое прогрессирующее течение с преимущественным поражением суставов позвоночника и межпозвонковых связок. Происходит постепенное анкилозирование: в) артриты инфекционныо-метастатического происхождения, развивающиеся при остеомиелите, туберкулезе, актиномикозе и сифилисе. Реже причинами боли в грудной клетке могут быть артриты ревматической и инфекционно-аллергической природы. Характерны гиперемия, припухлость суставов, резкая болезненность при движении и пальпации суставов, ограничение функции; 2) артрозы. Наиболее часто встречается деформирующий остеоартроз позвоночника; 3) опухоли суставов.

**8. Боль мышечного происхождения**

Причиной являются миозиты различного происхождения: а) острые инфекции (грипп, гонорея, брюшной тиф); б) хронические инфекции (туберкулез, сифилис); в) болезни обмена (сахарный диабет, подагра); г) мышечное переутомление, травма. Характерными симптомами являются припухлость, уплотнение, болезненность пораженной мышцы при движении и пальпации. Боль в левой половине грудной клетки может отмечаться при чрезмерной гипертрофии передней лестничной мышцы.

Неотложная помощь. Создание покоя – ограничение движения пораженного участка с целью уменьшения боли. Анальгетики: анальгин по 0,5 г в таблетках либо 50% раствор – 2–4 мл внутримышечно или внутривенно, баралгин по 0,5 г внутрь либо 5 мл внутримышечно или внутривенно. Новокаиновые блокады по ходу межреберных нервов, а также внутрисуставные и околосуставные новокаиновые блокады, инфильтрация новокаином пораженной мышцы.

При выраженном болевом синдроме показаны морфин – 1 мл 1% раствора, промедол – 1 мл 2% раствора внутримышечно или внутривенно и др. Тепловые процедуры при воспалительных заболеваниях – грелки, горчичники, согревающие компрессы.

Госпитализация, как правило, не требуется, за исключением больных с травмами и воспалительными заболеваниями с тяжелыми признаками интоксикации.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год