**Введение**

Боль в грудной клетке — один из важнейших симптомов ряда заболеваний сердца и сосудов. Боли в груди могут быть обусловлены патологией не только сердца, но и других органов и тканей грудной клетки, а также вызваны заболеваниями органов брюшной полости.

Важность правильной предварительной оценки болевого синдрома определяет в дальнейшем лечебную тактику и прогноз заболевания. Важнейшими для дифференциальной диагностики характеристикой боли в грудной клетке можно считать оценку длительности, глубины этого симптома, анализ провоцирующих факторов, обстоятельства купирования боли, локализацию и некоторые другие специфические признаки.

Необходимо помнить, что для подтверждения диагноза должен быть использован современный арсенал лабораторных, лучевых, функциональных, инструментальных и других методов исследования с учётом клинической ситуации.

Таким образом, своевременная дифференциальная диагностика болей в грудной клетке требует от врача достаточных теоретических знаний и владения методиками обследования больных.

1. **Основные характеристики болевого синдрома при болях в грудной клетке**

Важнейшие характеристики для дифференциальной диагностики боли в грудной клетке: длительность, глубина, факторы, провоцирующие боль, локализация болевых ощущений, обстоятельства купирования боли, а также некоторые другие специфические особенности болевого синдрома.

**Продолжительность боли**

- Для приступа стенокардии характерны боли в груди продолжительностью от 5 до 15 мин.

- При эзофагеальном рефлюксе и эзофагоспазме длительность болей

составляет от 5–10 мин до 1 ч.

- При язвенной болезни, патологии жёлчного пузыря и жёлчных путей и при остром панкреатите боли в груди имеют длительный характер и сочетаются с прогрессирующей симптоматикой одного из этих заболеваний.

- Мышечно-скелетные боли, в том числе и при межпозвонковой грыже, имеют различную, меняющуюся продолжительность.

- При остром инфаркте миокарда, миокардите, перикардите, расслаивающейся аневризме аорты, опоясывающем лишае боли в груди длятся 20 мин и более.

- Боли в груди психогенного происхождения также могут носить длительный характер, но, как правило, не бывают интенсивными.

- Боль в груди продолжительностью менее 1 мин, как правило, не характерна для ИБС.

**Глубина боли**

В большинстве случаев пациент может охарактеризовать свою боль как глубокую, идущую изнутри или как поверхностную. Эта характеристика важна для нас, так как поверхностный характер болей обычно наблюдается при болях мышечно-скелетного или вертебрального происхождения. Нередко такие боли усиливаются или ослабевают при пальпации.

**Провоцирующие факторы**

При подробном сборе анамнеза необходимо выяснить зависимость возникновения боли от различных обстоятельств и ситуаций, в которых боль начинает беспокоить пациента или усиливается.

Например, приступ стенокардии часто возникает во время физической нагрузки.

Для уточнения диагноза язвенной болезни и эзофагеального рефлюкса имеет значение связь болей с приёмом пищи (натощак), временем суток (ночью) и положением тела (лёжа).

При эзофагоспазме боль в груди часто возникает при нагрузке или после холодного питья, но может носить и спонтанный характер. Боли при вертебральных грыжах часто усиливаются при движении головой и шеей и при пальпации, что также характерно для мышечно-скелетных болей.

Боли, характерные для перикардита, возникают при перемене положения тела и глубоком дыхании.

Для плевральных болей при пневмонии, пневмотораксе, плеврите также характерна связь с дыханием.

1. **Локализация боли**

Характерная для ИБС загрудинная локализация боли наблюдается также при заболеваниях пищевода, при гипервентиляции, лёгочной гипертензии. На фоне патологии желудочно-кишечного тракта боли часто локализуются в нижней части грудины и в эпигастрии. Боли в области соска левой молочной железы или иррадиирущие в правую половину грудной клетки редко связаны с заболеванием сердца. Боль при расслаивающейся аневризме аорты часто иррадиирует в спину или поясничную

область. Локализация спереди для неё не типична. Аневризматически расширенная аорта может сдавливать нервные стволы около позвоночника, что может вызвать боли сверлящего характера в месте сдавления, усиливающиеся ночью.

**Некоторые специфические особенности болей**

Боли, связанные с межпозвонковой грыжей, могут появиться при нагрузке, однако не исчезают в покое.

При заболевании жёлчных путей боли носят характер колики.

Боли при патологии лёгких и плевры обычно сопровождаются одышкой.

При расслаивающейся аневризме аорты боль может носить волнообразный характер, усиливаясь при дальнейшем расслоении или разрыве стенки сосуда.

Большое значение для дифференциальной диагностики болей в грудной клетке имеют сопутствующие симптомы.

Сочетание боли в груди с холодным потом, тошнотой, рвотой, аритмией характерно

для острого инфаркта миокарда.

Боль, сопровождающая сердцебиение, указывает на наличие коронарного атеросклероза.

Сочетание боли с кровохарканьем возможно при ТЭЛА с развитием инфаркта лёгкого, а также при опухоли лёгкого.

Лихорадка, протекающая с болями в грудной клетке, подозрительна в отношении пневмонии, плеврита, перикардита, реже — миокардита.

Боли в груди могут появиться у ранее здорового человека впервые в жизни.

В других случаях у больного появляются боли иного, чем прежде, характера, и это может быть связано с прогрессированием уже имеющегося заболевания или появлением его осложнений.

Иногда на фоне уже существующих заболеваний появление болей в грудной клетке свидетельствует о «конкурирующей» патологии.

Сопутствующие заболевания, проводимое лечение, длительный постельный режим могут объяснять стёртость болевого синдрома и затруднять диагностику. Также при постановке диагноза всегда следует учитывать психологическое состояние пациента.

**Купирование боли (как диагностический признак)**

Купирование боли — важный симптом для уточнения её природы.

-Для ИБС и эзофагоспазма характерно купирование боли в груди через 5–7 мин после приёма нитроглицерина под язык.

-При диафрагмальной грыже и пептической язве пищевода боли в груди уменьшаются после приёма пищи или антацидных препаратов.

-При перикардите и плеврите уменьшить или купировать боль помогает принятие вынужденного положения тела, что также может происходить при скелетно-мышечных и вертебральных болях.

-Для расслаивающейся аневризмы аорты характерны упорные боли, которые зачастую не удаётся купировать даже введением наркотических препаратов.

-При лёгочной патологии купированию болей в груди может способствовать введение бронходилататоров.

-Введение анальгетиков и седативных препаратов может помочь при различных вариантах болей в груди; это неспецифический признак.

**3. Оценка данных физикального обследования**

1. **Кардиальные боли**:

-Локализация за грудиной или в области сердца, глубокая;

-Характер боли: ноющая, давящая, сжимающая;

-Связь боли с физической или психоэмоциональной нагрузкой;

-Иррадиация в левую руку и лопатку;

-Сопутствующие симптомы: чувство нехватки воздуха, сердцебиение, слабость, потливость, страх смерти;

-Купируется валидолом, нитроглицерином при неэффективности анальгетиков.

Отличия коронарогенных болей от некоронарогенных:

возникновение при физической нагрузке; прекращение в покое; купирование нитроглицерином.

2. **Лёгочно-плевральные боли**:

-Возникают или усиливаются при глубоком вдохе и кашле;

-Носят острый, кратковременный характер, не иррадиируют;

-Сопутствующие симптомы: кашель, одышка, отделение мокроты;

-Анамнез острого или хронического лёгочного заболевания, шум трения плевры, сухие или влажные хрипы, при перкуссии — признаки эмфиземы лёгких, полости или уплотнения лёгочной ткани.

3**. Мышечно-фасциальные или рёберно-позвоночные боли**:

-Постоянная локализация боли;

-Связь боли с напряжением мышц или определённым положением тела;

-Отсутствие сопутствующих симптомов или чёткая связь с травмой;

-При пальпации — местная болезненность, мышечный гипертонус, наличие триггерных зон;

-Уменьшение или исчезновение боли при различных местных воздействиях: горчичники, перцовый пластырь, массаж, физиотерапия, инфильтрация триггерных зон прокаином.

4. **Радикулярные боли**:

-Острое начало;

-Локализация в зоне соответствующего нервного корешка;

-Отчётливая связь с движениями позвоночника или туловища;

-Симптоматика шейного или грудного радикулита;

-Резкая местная болезненность в местах выхода межрёберных нервов.

5. **Боли при заболеваниях пищевода**:

-Связь с прохождением пищи по пищеводу;

-Дисфагия, отрыжка, изжога;

-Купирование боли после отрыжки или рвоты, иногда при вертикальном положении тела.

В ряде случаев данных физикального обследования бывает достаточно, чтобы предположить диагноз с высокой степенью вероятности: травма грудной клетки, пневмония, плеврит, стабильная стенокардия, мышечно-фасциальные и радикулярные синдромы в их типичной форме. В таких случаях инструментальное исследование может быть проведено не в экстренном, а в плановом порядке.

**4. Основные принципы медицинской тактики при острой боли в груди**

1. При любом характере болевого синдрома для исключения наиболее грозной патологии – острого инфаркта миокарда – проводится электрокардиографическое исследование.

2. «Сомнительных» пациентов в возрасте старше 40 – 50 лет с интенсивной болью в грудной клетке (пусть даже нетипичного для стенокардии характера) до уточнения диагноза целесообразно госпитализировать в стационар, где их необходимо вести как больных острым инфарктом миокарда. Не будет грубой ошибкой направление в кардиологическое отделение и наблюдение там в течение нескольких дней больного с «корешковым» болевым синдромом, однако пропущенный инфаркт миокарда может привести пациента к смерти.

3. Во всех случаях надо стремиться к максимальному снятию болевого синдрома. Если при острой боли в животе всегда возникают сомнения в целесообразности применения обезболивающих средств, а при подозрении на острый живот ненаркотические и наркотические анальгетики чаще всего противопоказаны, то при острой боли в груди практически нет противопоказаний к применению обезболивающих средств. Естественно, что купирование болевого синдрома проводится с учетом его патогенеза и должно являться только частью комплексной терапии известного или предполагаемого основного заболевания.