# **План**

Введение

1. Приоритеты лечения

2. Первоначальное обследование

* Анамнез
* Начало и продолжительность болей
* Качественная характеристика болей
* Локализация и иррадиация боли
* Устранение симптомов

3. Объективное обследование

4. Дополнительные исследования

5.Основные причины загрудинной боли

* Грудная жаба (стенокардия)
* Вариантная стенокардия (Принцметалла)
* Нестабильная (возрастающая или предынфарктная) стенокардия
* Острый инфаркт миокарда
* Расслоение аорты
* Перикардит
* Другие состояния
* Тромбоэмболия легочной артерии
* Медиастинит
* Другие плевропульмонапьные заболевания
* Патология пищевода
* Загрудинная боль костно-мышечного происхождения
* Гипервентиляция

Литература

**Введение**

Загрудинная боль — это часто предъявляемая жалоба в отделении неотложной помощи; ее диагностика представляет определенные трудности по ряду причин:

1) при жалобах на загрудинные боли или боль в верхней части брюшной полости всегда существует возможность заболевания сердца;

2) боль, связанная с висцеральными органами, всегда может иррадиировать в различные места грудной или брюшной стенки;

3) точная диагностика требует интерпретации субъективного восприятия боли больным;

4) диагноз основывается, прежде всего, на анамнестических данных, сбор которых зависит, конечно, от опыта и эрудиции врача;

5) оценка физических признаков и данные дополнительных тестов нечасто помогают в отделении неотложной помощи.

Для оценки острой боли в груди были разработаны специальные схемы и алгоритмы. Однако их широкое распространение в клинической практике ограничивается рядом факторов:

1) исследования направлены на идентификацию больных с острым инфарктом миокарда и, как правило, игнорируют другие диагнозы, многие из которых потенциально летальны и требуют срочной госпитализации больного;

2) на основании статистических данных эти алгоритмы построены на вероятности диагностики, однако вероятность того или иного диагноза трудно применима к конкретному больному;

3) даже если вероятность серьезного осложнения (такого, как острый инфаркт миокарда) низка, диагностические стандарты на местах и потенциальная ответственность часто вынуждают к госпитализации пациента;

4) абсолютная чувствительность системы невозможна при любой диагностической схеме. Современные исследования помогают выяснить роль физикальных методов диагностики в оценке загрудинных болей.

При острой загрудинной боли врач отделения неотложной помощи, прежде всего, должен подумать о ее потенциально жизнеугрожающих причинах: нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, расслоение аорты, тромбоэмболия легочной артерии, спонтанный пневмоторакс и разрыв пищевода (синдром Boerhaave). Если серьезные или потенциально жизнеугрожающие причины загрудинной боли исключены, то пациент может быть отпущен для последующего поликлинического наблюдения (если необходимо).

Понимание физиологических основ восприятия боли необходимо при оценке болевых симптомов. При раздражении окончаний периферических нервов боль воспринимается мозгом, а ее локализация определяется корой теменной части полушарий. По восприятию различают две категории болей — соматическую и висцеральную. Соматическая боль возникает вследствие раздражения тонких болевых волокон в дерме. Эти нервы входят в спинной мозг на определенном уровне. Благодаря огромному количеству этих волокон в коже и их точному проецированию в париетальной (теменной) коре мозга, соматическая боль воспринимается как острая, пронзающая и точно локализованная. Висцеральная боль обусловлена стимуляцией болевых волокон, локализующихся во внутренних органах. Эти нервные волокна вступают в спинной мозг на различных уровнях параллельно соматическим болевым волокнам. Между висцеральными и соматическими волокнами имеются анастомозы, поэтому висцеральные боли могут ощущаться на определенных участках поверхности тела. Висцеральная боль воспринимается тогда, когда импульсы из внутренних органов и потенциал покоя соматических нервов суммируются в спинном мозге и достигают порогового уровня восприятия боли. Этот порог обычно не достигается и боль не чувствуется, если импульсы соматического потенциала покоя блокируются местной подкожной анестезией. Висцеральная боль всегда менее отчетлива, обычно имеет тупой или ноющий характер и менее точно локализована. Висцеральные болевые нервы грудной клетки и верхней части живота вступают в спинной мозг на уровне ТI—ТV.

Практическая классификация болей в грудной клетке основывается именно на этом различии соматических и висцеральных болей. Поверхностная боль в грудной стенке является соматической. Обычно она описывается больными как острая или пронзающая, может быть точно локализована и усиливается при пальпации. Респираторная (или плевральная) боль, соматическая по своей природе, характеризуется четкой связью с дыхательными движениями. Глубокая висцеральная боль обычно бывает тупой, ноющей или давящей, но ее отличительной характеристикой является нечеткая локализация в пределах дерматомного ряда ТI-TV.

**1. Приоритеты лечения**

Больные с острой загрудинной болью обследуются и лечатся в первую очередь; первые шаги в этом направлении делаются еще до сбора анамнеза и проведения полного объективного исследования. Принципом "Программы первого часа" Американской ассоциации кардиологов является подход к каждому пациенту с острой загрудинной болью как к больному с острым инфарктом миокарда. Любому больному, находящемуся в состоянии стресса, с аномальными жизненно важными признаками или глубокой висцеральной болью следует как можно быстрее дать кислород; одновременно подключается сердечный монитор и устанавливается внутривенная линия. Разумеется, обобщение здесь должно быть в пределах здравого смысла, но лучше ошибиться в отношении излишней предосторожности.

**2. Первоначальное обследование**

**Анамнез**

Тщательный сбор анамнеза представляется наиболее важным моментом в диагностике загрудинных болей. Однако в последних работах указываются многие камни преткновения в таком подходе при сосредоточении внимания на отдельных факторах в анамнезе. Ни одна часть анамнеза не может быть изолированной и существовать сама по себе: точная диагностика требует комплексного анализа анамнестических данных. Необходимо помнить, что больной может иметь не одну причину болей в области сердца; так, у лиц среднего возраста очень часто наблюдаются заболевание коронарных артерий и грыжа пищеводного отверстия с рефлюксом.

**Начало и продолжительность болей**

Типичная грудная жаба (стенокардия) бывает эпизодической, длится 5—15 мин, возникает при физической нагрузке и проходит через 3—5 мин в состоянии покоя или благодаря сублинг-вальному нитроглицерину. Нестабильная стенокардия может возникнуть и в покое (angina decubitus), продолжается дольше и не так легко исчезает. Вариантная стенокардия (стенокардия Принцметала) возникает без провокаций, часто в покое или ночью, но обычно проходит после приема нитроглицерина. Больные с вариантной стенокардией обычно без особых трудностей переносят умеренную физическую нагрузку. Боль при ОИМ, как правило, длится более 15—30 мин. Боль при ишемии миокарда в типичных случаях имеет нарастающий характер до достижения максимальной интенсивности, тогда как боль при расслоении аорты или при тромбоэмболии легочной артерии обычно бывает тяжелой в самом начале. Боль пищеводного происхождения описывается больным либо как изжога, либо как боль при глотании (одинофагия) и (или) боль, напоминаюшая спазм. Изжога — это ощущение жжения в области грудины, часто с эпигастральным компонентом. Она возникает обычно через 15—60 мин после еды, чаще после обильной трапезы. Ее могут провоцировать некоторые положения тела, например сгибание или положение, лежа на спине или на левом боку. Одинофагия — это ощущение боли в пищеводе во время прохождения пищевого комка. Боль может описываться больным как жгучая; она возникает при соприкосновении пи­щевого комка с воспаленной слизистой оболочкой или же отмечается как очень сильная, но кратковременная боль в момент прохождения комком места сужения пищевода. Спазм пищевода воспринимается больным как тупая боль в центре грудной клетки, которая длится от нескольких секунд до нескольких минут. Однако часто практически невозможно различить боль пищеводную и кардиальную.

Почти одна треть больных с ОИМ или нестабильной стенокардией имеет в качестве основной жалобы изжогу. Боль в стенке грудной клетки может длиться лишь несколько секунд или продолжаться часами. Ключевыми моментами дифференциации таких болей являются их связь с определенным положением тела и локальная болезненность при пальпации грудной стенки.

**Качественная характеристика боли**

Острая, пронзительная и режущая боль в грудной клетке обычно имеет скелетно-мышечное происхождение. В одном обширном исследовании у 74 % больных с документированной ТЭЛА отмечается плевритический характер загрудинной боли, а еще у 14 % больных — неплевритический. В дифференциальной диагностике этиологии висцеральной загрудинной боли качество боли оказывается недостаточно информативным: у больных с ОИМ боль может быть жгучей, а у больных с пищеводным рефлюксом — давящей.

**Локализация и иррадиация боли**

Диагностическая специфичность локализации висцеральных болей в пределах Т,—TV1 дерматомного ряда не слишком надежна, однако некоторые локализации считаются классическими. При стенокардической боли почти всегда имеется ретростернальный компонент, как и при многих других причинных факторах глубокой висцеральной боли. При стенокардии боли часто иррадиируют в шею, плечи и вниз по внутренней стороне левой руки или обеих рук. У больных с расслоением аорты боль, как правило, иррадиирует в спину и верхнюю часть живота по мере прогрессирования расслоения. У больных с пищеводным рефлюксом боль всегда имеет как ретростернальный, так и эпигастральный компоненты с иррадиирует нечасто; примерно в 20 % случаев — в спину, значитель­но реже — в верхние конечности (при выраженных обострениях).

**Устранение симптомов**

Четкое описание устраняющих боль факторов весьма полезно, но диагностические тесты в условиях отделения неотложной помощи не отличаются, ни чувствительностью, ни специфичностью. Как и при любой причине боли, ряд пациентов с загрудинными болями дают положительный плацебо-ответ на терапевтические воздействия. Исследования показали, что примерно 3/4 больных с ИБС отвечают на сублингвальное применение нитроглицерина полным исчезновением болей в течение 3 мин, хотя отмечается высокая частота ложноположительных реакций. Менее половины больных с предшествующей стабильной стенокардией, которые поступают в отделение неотложной помощи с острой болью в области сердца, положительно отвечают на нитроглицерин. Почти у 90 % больных с диф­фузным спазмом пищевода боль проходит после приема нитроглицерина, причем у половины из них — в первые 5 мин. В то время как 70 % больных с пищеводным рефлюксом в анамнезе отмечают ослабление или устранение боли после приема антацидов, лишь 25 % больных с острыми загрудинными болями в отделении неотложной помощи положительно отвечают на такую терапию. Боль, вызываемая орошением кислотой нижнего отдела пищевода (тест Бернштейна) и не устраняющаяся местными анестетиками, говорит о том, что положительный ответ на п/о введение слизистого раствора с лидокаином не может считаться диагностически надежным.

**3. Объективное обследование**

Наблюдение за больным необходимо. Общие признаки учащенного дыхания, потливость, цианоз или бледность имеют клиническую значимость. Следует получить и зарегистрировать показатели основных жизненно важных функций. Тахикардия не является специфическим симптомом, однако ее не следует полностью игнорировать. АД измеряется на обеих руках, так как различие в показателях систолического давления более 20 мм рт.ст. указывает на артериальную обструкцию в той конечности, где это давление ниже.

Необходимо пропальпировать грудную стенку и отметить места резкой болезненности. Верхушечный толчок обычно имеет небольшую площадь (менее 2 см или ширины двух пальцев) и локализуется по среднеключичной линии или чуть медиальнее. Увеличение его площади или латеральное смещение указывает на кардиомегалию.

Необходима тщательная аускультация сердца для определения характера тонов, наличия шумов и звука трения (перикарда). Громкость первого сердечного тона зависит от силы хлопка митрального клапана и от сокращения левого желудочка. Мягкий S, говорит о преждевременном захлопывании митрального клапана (тяжелая аортальная регургитация) или о слабом сокращении левого желудочка. Второй тон сердца имеет два ком­понента, соответствующие захлопыванию клапанов аорты и легочной артерии. Расщепление второго тона в норме увеличивается во время вдоха. С возрастом расщепление сужается, поэтому у многих больных старше 50 лет прослушивается только S2. Широкое расщепление чаще всего обусловлено блокадой правой ножки пучка Гиса; иногда это отмечается при нижнем инфаркте миокарда с поражением правого желудочка. Устойчивое расщепление обычно обусловлено дефектом межпредсердной перегородки, а иногда и тяжелой сердечной недостаточностью. Парадоксальное расщепление наиболее часто бывает следствием блокады левой ножки пучка Гиса и редко связано с аортальным стенозом, аортальной регургитацией и острым инфарктом миокарда. Третий сердечный тон вызывается внезапным ускорением кровотока из предсердия в желудочек, растяжимость которого близка к своему пределу. Четвертый сердечный тон связан с достаточно сильными предсердными сокращениями, вызывающими растяжение левого желудочка, что приводит к вибрации его стенок. Физиологические тоны S3 или S4 могут прослушиваться в нормальном или гиперактивном сердце у больных моложе 40 лет. Патологический тон S3 сопровождается симптомами и признаками сердечной недостаточности. Патологический S4 отмечается при уменьшении эластичности стенок левого желудочка, как это наблюдается при острой ишемии. Ключом к классификации сердечных шумов служит их временное положение в сердечном цикле: систолический (во время систолического выброса крови), голосистолический (в течение всей систолы), поздний систолический, диастолический убывающий или диастолическое дрожание. У многих пожилых больных имеют место систолические шумы выброса вследствие дегенеративных изменений полулунных клапанов аорты (аортальный склероз).

**4. Дополнительные исследования**

ЭКГ осуществляется у всех больных с острой загрудинной болью, за исключением лиц с тривиальными болями в грудной стенке. Определение ЭКГ-признаков ишемических изменений (новые зубцы Q, повышение сегмента ST, депрессия сегмента ST) помогает в диагностике ишемии миокарда, однако нормальная ЭКГ вовсе не исключает ее присутствия. Только около 50 % больных со спонтанной стенокардией имеют ЭКГ-изменения. В зависимости от проведенных исследований и критериев оценки ЭКГ-отклонений у 60—90 % больных с подтвержденным диагнозом ОИМ определяются аномалии на начальной ЭКГ, полученной в ОНП. Если намеренно расширить критерии ЭКГ-аномалий (т.е. включить в них небольшие изменения сегмента ST и зубца Т наряду с предшествующими отклонениями), то чувствительность начальной ЭКГ будет высокой, а ее специфичность — низкой. Если же сузить диапазон этих критериев (т. е. новые зубцы Q, подъем или депрессия сегмента ST при глубокой симметричной инверсии зубца 7), то чувствительность метода будет, ниже, а специфичность выше. Другим способом оценки информативности начальной ЭКГ является уточнение предиктивного значения ее различных элементов; специфично то, что определенный процент больных, обнаруживающих ЭКГ-изменения, будет, безусловно, иметь подтвержденный диагноз ОИМ. Положительное предиктивное значение новых зубцов Q или подъема сегмента ST будет явно высоким, а незначительные изменения конечного комплекса ST—T— низким. И наоборот, больные с совершенно нормальной ЭКГ имеют невысокий риск ОИМ (менее 1—2 %). Если ОИМ у них подтвердится, то риск возникновения жизнеугрожаюших осложнений будет небольшим (менее 1—2 %). ЭКГ-параметры

Диагностическая ценность клинических проявлений, изменений на ЭКГ и исследования сывороточной креатинкиназы при диагностике острого инфаркта миокарда в отделении неотложной помощи. Поскольку прогностическая значимость теста зависит от частоты заболевания в изучаемой популяции, следует заметить, что представленные здесь данные приведены для пациентов отделения неотложной помощи, где частота ОИМ составляет 20—30 %.

При перикардите претерпевают эволюционные изменения в течение нескольких дней, поэтому в зависимости от стадии патологического процесса ЭКГ бывает нормальной, имеет лишь неспецифические изменения или напоминает таковую при ОИМ. Патологические сдвиги на ЭКГ при ТЭЛА обычно носят неспецифический характер и редко бывают диагностически ин­формативными. Острые боли в верхних отделах желудочно-кишечного тракта или гипервентиляция также могут вызвать ЭКГ-изменения: как правило, снижение сегмента ST и инверсию зубца Т.

Определение сывороточных ферментов редко помогает в диагностике ОИМ в отделении неотложной помоши. Для того чтобы активность сывороточной креатинкиназы (КК) достигла верхней границы нормы у больных с ОИМ, требуется 4—8 часов. Поэтому только у 50 % (или менее) больных с ОИМ в отделении неотложной помощи определяется повы­шенный уровень общей КК в сыворотке крови. Специфичность этого метода также низка, так как во многих случаях повреждения скелетных мышц определяется повышенный уровень КК. Изофермент MB креатинкиназы (КК-МВ) высокоспецифичен для миокарда, но он составляет менее 3—6 % об­щего количества сывороточной КК. Некоторое повышение КК-МВ, обусловленное ОИМ, может быть перекрыто большими количествами других изоферментов КК. Следовательно, определение КК-МВ менее чувствительно, но гораздо более специфично, чем измерение общей активности КК при диагностике ОИМ. В настоящий момент надежное исследование активности КК-МВ в условиях отделения неотложной помощи, как правило, недоступно.

У большинства больных с острой болью в области сердца рентгенограмма грудной клетки бывает нормальной, за исключением случайных рентгенологических находок. При острой ТЭЛА у большинства больных рентгенография обнаруживает различные комбинации инфильтратов, ателектазы, плевральный выпот, фокальную олигемию и (или) уменьшение объема пораженного легкого. При расслоении аорты расширение средостения наблюдается примерно у 40—50 % больных. Более специфическим признаком расслоения аорты является возникновение щели шириной в 4—5 мм между интимальным кальцием и наружным контуром аорты в аортальной области (аортального "клюва"); к сожалению, находят это менее чем в 10 % случаев. Рентгенография грудной клетки обычно необходима для подтверждения диагноза пневмоторакса или пневмомедиастинума. Рентгенограммы могут предоставить неожиданную информацию: присутствие диафрагмальной грыжи, камней в желчном пузыре, поражения плевры или паренхимы легких.

**5. Основные причины загрудинной боли**

Существует несколько групп больных, поступающих в ОНП с загрудинными болями, поэтому знание наиболее частых диагнозов в подобных случаях может оказаться весьма полезным. Загрудинные боли в детском и подростковом возрасте редко имеют кардиальное происхождение и чаще всего связаны с патологией грудной стенки, респираторного тракта, с чувством страха и тревоги или с какими-либо идиопатическими причинами. Пациенты с многочисленными необъяснимыми симптомами часто предъявляют жалобу на боль в области сердца, однако их обычно можно распознать по необычайному обилию этих "симптомов" без сколько-нибудь убедительных данных, отрицательных результатов осмотра или анамнеза при многочисленных обращениях к врачам. Пожилые пациенты, у которых развивается ОИМ, чаще поступают либо с неретростернальной болью в груди, либо без боли (по сравнению с лицами более молодого возраста). Кроме того, у пожилых людей с подтверждающимся ОИМ более вероятны неспецифические симптомы, такие как обморок, инсульт, слабость, спутанность сознания или тошнота.

**Грудная жаба (стенокардия)**

Как уже отмечалось, в типичных случаях стенокардия носит приступообразный характер, длится 5—15 мин (редко более 20 мин), вызывается и репродуцируется физической нагрузкой и проходит в покое или при сублингвальном приеме нитроглицерина, обычно в течение 3 мин. Более чем у 90 % пациентов боль локализуется ретростернально; почти у 70 % боль иррадиирует обычно в шею, плечи или в верхние конечности. У каждого больного характер повторных приступов изменяется очень незначительно. В положении лежа больные обычно не чувствуют себя лучше, хотя и ложатся для отдыха в начале приступа: чаше же им лучше спокойно посидеть. Лишь у 50 % больных со спонтанной стенокардией отмечаются ЭКГ-изменения во время острого и болезненного приступа.

**Вариантная стенокардия (Принцметала)**

Эта стенокардия возникает без провокации, нередко во время отдыха или при обычной повседневной нагрузке. При остром приступе на ЭКГ повышается сегмент ST, что говорит о трансмуральной ишемии миокарда. Вариантная стенокардия предположительно обусловлена спазмом эпикардиальных коронарных артерий либо при нормальных сосудах (примерно у 1/3 подобных больных), либо при сосудах, пораженных атеросклерозом (около 2/3 больных). Приступы могут осложняться тахиаритмиями, блокадой ножек пучка Гиса или блоком в АВ-узле. Вариантная стенокардия обычно проходит при сублингвальном приеме нитроглицерина.

**Нестабильная (возрастающая или предынфарктная) стенокардия**

Нестабильная стенокардия является синдромом, занимающим промежуточное положение между обычной стенокардией и ОИМ. В отсутствие лечения она часто приводит к раннему инфаркту и смерти. Современные методы лечения значительно снижают этот риск, поэтому своевременное распознавание заболевания и госпитализация больного имеют очень важное значение. В зависимости от течения заболевания выделяют три подгруппы: 1) стенокардия с недавним началом — 4—8 нед; 2) стенокардия с изменчивым характером, становящаяся более частой, тяжелой или резистентной к нитроглицерину; 3) стенокардия покоя — angina decubitus. Две последние подгруппы сопряжены с более высоким риском раннего инфаркта миокарда и смерти. При нестабильной стенокардии на ЭКГ могут определяться неспецифические изменения сегмента ST; повышение сывороточного уровня КК и КК-МВ также бывает минимальным, не имеющим диагностического значения.

**Острый инфаркт миокарда**

Ангинальная боль, длящаяся более 15 мин, не снимаемая нитроглицерином или сопровождающаяся профузным потом, одышкой, тошнотой или рвотой, предполагает ОИМ. Долговременные популяционные исследования показывают, что примерно 20 % ОИМ клинически не распознаваемы. Предполагается (хотя единодушное мнение по этому вопросу отсутствует), что больные сахарным диабетом более склонны к молчаливому инфаркту миокарда. Ввиду возможного пропуска диагноза инфаркта миокарда большинство врачей настроены довольно консервативно и госпитализируют пациентов, имеющих какой-либо эпизод, предполагающий ишемию миокарда; вот почему чувствительность клинических тестов при ОИМ достигает 87—98 %, но вместе с тем это означает, что их специфичность низка, и поэтому диагноз ОИМ подтверждается менее чем у Уз таких больных. Однако значение госпитализации подобных больных не может оцениваться только этими данными, поскольку они не включают больных с нестабильной стенокардией, у которых развитие ОИМ предотвращается госпитализацией и агрессивным лечением.

**Расслоение аорты**

Частота расслоения аорты примерно в 1000 раз меньше частоты инфаркта миокарда, так что, к сожалению, первоначальный диагноз этого заболевания у пациентов с загрудинной болью рассматривается редко. Примерно 80 % больных — гипертоники в возрасте от 50 до 70 лет. Наиболее частым симптомом расслоения аорты является внезапное начало раздирающих болей в грудной клетке или в межлопаточной области. Около 30 % больных имеют очаговые или генерализованные неврологические признаки. Частота других симптомов и признаков варьирует в зависимости от локализации расслоения — в восходящей и (или) нисходящей части аорты. Лечение в острый период требует тщательного контроля артериального давления для предупреждения дальнейшего расслоения и разрыва. После относительной нормализации АД рекомендуется проведение ангиографии для уточнения диагноза и планирования возможного хирургического вмешательства.

**Перикардит**

Боли при перикардите часто бывают острыми, упорными и тяжелыми, локализуются за грудиной и иррадиируют в спину, шею или нижнюю челюсть. Боль может усиливаться при каждом сокращении сердца, движении грудной клетки или дыхании и ослабевает в положении сидя с наклоном вперед. Если имеется связь с поражением плевры (плевроперикардит), то боль может быть преимущественно плевритической. Диагноз перикардита подтверждается при наличии шума трения перикарда, который может иметь от одного до трех компонентов: пресистолический, систолический и ранний диастолический. Однако шум трения перикарда прослушивается лишь периодически. На ЭКГ отмечается повышение сегмента ST или инверсия зубца Т в зависимости от стадии заболевания; эти изменения лучше всего определяются на серийных ЭКГ. В полости перикарда часто присутствует небольшое количество свободной жидкости, однако это может выявляться только при эхокардиографии.

**Другие состояния**

Ангинальные боли могут быть обусловлены гипертрофической кардиомиопатией (идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз) и стенозом аортального клапана, что предположительно связано с недостаточным кровоснабжением гипертрофированного миокарда. Загрудинная боль может иногда иметь место и при пролапсе митрального клапана или митральном стенозе. Нитроглицерин при этом, как правило, не помогает.

**Тромбоэмболия легочной артерии**

При тромбоэмболии легочной артерии наиболее частыми симптомами являются плевритическая боль в груди, одышка, тахипноэ и тахикардия. У некоторых больных боль не носит плевритического характера, часто присутствует скелетномышечный компонент. У большинства больных с документированной ТЭЛА отмечается следующее: 1) факторы (в анамнезе), предрасполагающие к венозному тромбозу (иммобилизация, раковое заболевание, тучность, беременность, прием контрацептивов); 2) анамнестические данные о застойной сердечной недостаточности, венозном тромбозе или ТЭЛА; 3) физические признаки тромбоза глубоких вен. Между острым вирусно-идиопатическом плевритом и острой ТЭЛА имеется существен­ное различие; первое заболевание обычно бывает самолимитирующимся и доброкачественным, тогда как второе может быть рецидивирующим и фатальным. В то время как у большинства больных с ТЭЛА наблюдаются некоторые рентгенологические отклонения, больные с плевритом имеют нормальные рентгенограммы грудной клетки, и лишь у 10—15 % из них отмечается плевральный выпот.

**Медиастинит**

Медиастинит обычно возникает после спонтанного или травматического разрыва (перфорация) пищевода и характеризуется ретростернальной болью, лихорадкой и лейкоцитозом периферической крови. При рентгенологическом исследовании грудной клетки могут обнаруживаться расширение средостения или его эмфизема вследствие инфицирования газообразующими микроорганизмами. Эмфизема средостения может также возникнуть в результате разрыва легочных альвеол или бронхиол, что наиболее часто наблюдается при острых приступах бронхиальной астмы. Тяжелая субстернальная боль и медиа-стинальное потрескивание при аускультации предполагают диагноз медиастинита.

**Другие плевропульмонапьные заболевания**

Загрудинную боль могут вызывать самые разные заболевания легких или плевры. При спонтанном пневмотораксе обычно наблюдается внезапное возникновение острой плевритической боли в груди и одышка, однако небольшой пневмоторакс может сопровождаться весьма немногочисленными симптомами и признаками. Спонтанный пневмомедиастинум обычно вызыва­ет сильную прекордиальную боль, одышку, дисфагию, боли в шее и подкожную крепитацию. Медиастинальное потрескивание при аускультации (признак Хаммена) определяется примерно в 50 % случаев. Хотя и спонтанный пневмоторакс, и пневмомедиастинум часто бывают доброкачественными и самолимитирующимися. Необходим более либеральный подход к получению рентгенограмм грудной клетки для выявления этих заболеваний при небольших скоплениях воздуха. Пневмония или респираторная инфекция обычно проявляется продуктивным кашлем, лихорадкой, одышкой и плевритической или постоянной болью в груди. При резком обострении обструктивного заболевания легких также возможно появление загрудинной боли, обычно перекрываемой симптомом одышки. При наличии такой боли, особенно у пожилых, осуществляются ЭКГ и рентгенография для исключения ишемии миокарда или пневмоторакса.

**Патология пищевода**

Острая загрудинная боль может быть обусловлена различными расстройствами пищевода (наблюдаемыми в комбинации или изолированно): гастроэзофагеальным рефлюксом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, ахалазией, диффузным спазмом пищевода, "пищеводом щелкунчика", гипертензией в нижнем сфинктере пищевода и неспецифическими двигательными расстройствами пищевода. При идентификации болей пищеводного происхождения необходимо отметить следующее: 1) частую изжогу; 2) симптомы кислой регургитации (срыгивание); 3) одинофагию; 4) ощущение пищевого комка; 5) быструю насыщаемость после начала еды; 6) боли, возникающие через несколько минут после прекращения физической нагрузки; 7) боли, часами сохраняющиеся как фон; 8) отсутствие латеральной иррадиации боли.

**Загрудинная боль костно-мышечного происхождения**

Костно-мышечные причинные факторы загрудинной боли были установлены еще в начале века (в 20-х годах). Определен ряд специфических синдромов; некоторые из них кратко обсуждаются.

Реберно-грудинный синдром. Боли локализуются по парастернальным линиям в области соединения хрящевых концов ребер с грудиной и обычно ощущаются во многих местах, чаще всего в области между вторым и пятым реберными соединениями. Основным физическим признаком заболевания является пальпаторная болезненность в местах боли, но без припухания. Боль может возникать и в покое, но обычно она провоцируется физической нагрузкой, изменениями положения тела или стрессовыми ситуациями при напряжении грудной стенки. Боли имеют различную продолжительность — от нескольких секунд до нескольких часов. Специфическая причина заболевания неизвестна. При синдроме Tietze боли вышеуказанной локализации сочетаются с припухлостью реберно-хряшевых соединений. Обычно поражается какой-либо один участок, чаше всего область второго или третьего ребра. Оба вышеназванных синдрома являются самолимитирующими (т.е. спонтанно разрешающимися) и лечатся теплом, противовоспалительными препаратами, анальгетиками и покоем.

Синдром скользящего ребра характеризуется болями, локализующимися по нижнему краю реберной дуги, захватывая область VIII—X ребер. При этом нижележащее ребро выскальзывает вверх, наползая на вышележащее ребро, что вызывает боль и даже слышимый щелчок.

Прекордиальный синдром ловушки характеризуется кратковременными приступами пронзающей боли в передней стенке грудной клетки. Обычно боль проходит через несколько минут покоя и поверхностного дыхания.

Синдром верхней апертуры грудной клетки может быть причиной болей в груди, шее и плече. При расспросе больного часто выясняется, что у него временами бывают парестезии в области верхних конечностей. Пальпация в области надключичной ямки при этом болезненна. Усиленное отведение и наружная ротация рук могут спровоцировать данный синдром и привести к исчезновению пульсации в лучевой артерии. Подъем рук и физические упражнения (с их вовлечением) вызывают парестезии и слабость в обеих конечностях.

Корешковая боль, вызываемая остеоартритом или другими спондилоартропатиями, может проявляться болями в грудной клетке, включая предсердную область. Боль в дорсальных корешках бывает сильной, пронзающей и сопровождается парестезиями; боль в вентральных (передних) корешках ощущается как тупая, глубокая и сверлящая. Она носит, как правило, двусторонний характер и может возникать в любом месте за грудиной, в подмышечной области, в плечах и руках. Такие боли могут появляться и при движении, кашле, чиханье (признак Dejerine) или после продолжительного лечения.

**Гипервентиляция**

Гипервентиляция способна вызывать загрудинные боли различного характера и вариабельной локализации. При этом обычно не отмечается их четкой зависимости от начала или окончания физического усилия. Боль может длиться часами или даже днями; отмечаются периоды обострения, когда пронзительная и режущая боль как бы наслаивается на постоянную и тупую. Гипервентиляция бывает вполне очевидной при наличии учащенного и углубленного дыхания, но она может быть и не столь явной, когда вызывается частыми глубокими вздохами на фоне почти обычного дыхания. На ЭКГ определяются неспецифические изменения комплексов ST—T. Как правило, имеется плохая корреляция между субъективными ощущениями больного и объективными проявлениями синдрома; артериальное PCOl примерно у 50 % больных бывает ниже 35 мм рт.ст. Наиболее целесообразным лечебным мероприятием является искусственное усугубление синдрома учащенным дыханием больного (30—40 в минуту) в течение 5 мин при постоянной регистрации ЭКГ. При этом больной сам начинает понимать, что вся его симптоматика связана именно с гипервентиляцией; улучшение же наступает после вдыхания выдохнутого воздуха из специального мешка.

**Резюме**

Определенная категория больных при синдроме болей в предсердной области ни своим внешним видом, ни поведением не выдает всей серьезности заболеваний, которые лежат в основе данного синдрома; вместе с тем именно они должны иметь приоритет в диагностике и лечении. Другие больные, несмотря на частые жалобы и стоны, могут подождать, так, как медперсоналу известно, что их симптомы не носят жизнеугрожающего характера. Врачи ОНП должны полагаться на свое умение аналитического опроса, позволяющего сделать правильное предварительное заключение (т. е. умение обоснованно сформулировать свою диагностическую гипотезу). Главным инструментом здесь всегда является тщательно собранный анамнез, а также системное объективное исследование. Дополнительные тесты могут подкрепить диагностическую гипотезу, однако не следует ожидать получения их результатов для подтверждения диагноза. Диагноз ишемии миокарда или инфаркта никогда не исключается лишь на основании получения нормальной ЭКГ или записи, не отличающейся от предыдущей.

**Литература**

1. Военная токсикология, радиология и медицинская защита. Учебник. Под ред. Н.В. Саватеева - Д.: ВМА., 1978.-332 с.

2. Военно-полевая терапия. Под редакцией Гембицкого Е.В. - Л.; Медицина, 1987. - 256 с.

3. Военно-морская терапия. Учебник. Под ред. проф. Симоненко В.Б„ проф. Бойцова С.А., д.м.н. Емельяненко В.М. Изд-во Воентехпит., - М.: 1998. - 552 с.

4. Основы организации медицинского обеспечения советской армии и военно-морского флота. - М.: Воениздат, 1983.-448 с.