

Клиническое
руководство по
теме «Боль в
грудной клетке»
для врачей
первичной
медицинской
помощи



Клиническое
руководство по
теме “Боль в
грудной клетке”
для врачей
первичной
медицинской
помощи



Руководство подготовлено при поддержке Агенства США по международному развитию (АМР США). Содержащиеся в нем материалы отражают мнения авторов, которые могут не совпадать с мнением АМР США.

Содержание

| | |
|--|-------|
| Благодарность | i-iii |
| Список сокращений | 3 |
| Введение | 6 |
| Система помощи больному | 10 |
| Основные положения | 11 |
| Процесс оказания первичной медицинской помощи | 14 |
| Характеристика боли в груди при отдельных заболеваниях..... | 20 |
| Ишемическая болезнь сердца | 20 |
| Расслаивающая аневризма аорты | 24 |
| Тромбоэмболия легочной артерии..... | 24 |
| Перикардит | 25 |
| Пневмоторакс | 26 |
| Заболевания желудочнокишечного тракта..... | 27 |
| Болезни позвоночника..... | 27 |
| Психогенная боль..... | 28 |
| Боль в груди у пожилых | 28 |

Содержание

| | |
|---|----|
| Боль в груди при заболеваниях мышц, костей и суставов | 30 |
| Боль в груди у детей..... | 33 |
| Тактика диагностики и лечения при болевом синдроме | 35 |
| Примеры из клинической практики | 37 |
| Обучение пациентов | 49 |
| Оказание профилактических мероприятий | 52 |
| Пре-тестирование | 54 |
| Пост-тестирование | 57 |
| Роль врачей, медсестер и других работников здравоохранения | 68 |
| Список используемой литературы | 70 |

Благодарность

Клиническое руководство «Боль в грудной клетке» было разработано экспертной группой врачей из Армении. Мы приносим свою благодарность всем членам группы за их значительный вклад в создание документа.

- Др. Рузанна Юзбашан, Зав. Отдела первичной медицинской помощи Министерства Здравоохранения Армении, председатель рабочей группы
- Др. Григорян Л.А. Директор центра скорой медицинской помощи г. Еревана
- Др. Арутюнян А.С. Зав. Поликлиникой #15
- Др. Татевосян Л.А., Поликлиника #10
- Др. Нариманян М., к.м.н., зав. кафедрой Семейной медицины ЕГМУ

Руководство предназначено для семейных врачей, педиатров, медсестер и других работников здравоохранения, вовлеченных в оказание медицинских услуг населению. Предоставленная информация основана на научных доказательствах и освещает вопросы дифференциальной диагностики боли в грудной клетке у детей и взрослых. Отдельные разделы предусмотрены для самих пациентов и членов их семей.

Мы также выражаем глубокую признательность членам коллегиальной комиссии АМСЗ по РКП. Их комментарии и дополнения привнесли значительный вклад в написание руководства.

- Др. Стивен Кайрис, Зав. отделением Педиатрии, Джерси Шор Медикал Центр, Нью Брунвик, Нью Джерси, со-председатель коллегиальной комиссии АМСЗ по РКП
- Др. Алан Мелник, Директор программы резидентуры в Семейной медицине, Орегонский Медицинский Университет, Портланд, Орегон

Американский Союз Здравоохранения также выражает признательность Др. Инне Юркевич, Др. Рузан Аветисян и Др. Лейле Багирзаде за координацию работы партнерств и подготовку законченной

Боль в грудной клетке

версии документа.

Техническая и финансовая поддержка при написании данного руководства была осуществлена Американским Агентством по Международному Развитию (USAID).

1. В разработке клинического руководства участвовали:

Л.А. Григорян - директор центра скорой медпомощи г. Еревана

А.С. Арутюнян - директор поликлиники N15 г. Еревана

Л.А. Татевосян - врач поликлиники N10 г. Еревана

М.З. Нариманян- зав.кафедрой семейной медицины ЕрГМУ, д.м.н.

Руководитель группы специалистов РА Юзбашян - начальник отдела первичной медицинской помощи Минздрава РА.

В процессе разработки авторы пользовались консультациями врачей-специалистов скорой мед.помощи и амбулаторно-поликлинических учреждений, а также материалами, опубликованными в интернете и специальных изданиях.

2. Использованные в клиническом руководстве акронимы:

| | |
|-------|---|
| АМСЗ | Американский Международный Союз Здравоохранения |
| ЕрГМУ | Ереванский Государственный Медицинский Университет |
| ИБС | ишемическая болезнь сердца |
| АД | артериальное давление |
| КФК | креатинфосфокиназа |
| АсАТ | аспартатаминотрансфераза |
| ЛДГ | лактатдегидрогеназа |
| ЖКТ | желудочно-кишечный тракт |
| ЭКГ | электрокардиограмма |
| НПВС | нестероидные противовоспалительные средства |
| ИМ | инфаркт миокарда |
| ЦНС | центральная нервная система |

3. Употребляемые термины:

- Эхокардиография — ультразвуковой метод исследования сердца
- Синдром Марфана — врожденное нарушение развития мезодермальных и эктодермальных тканей, скелета (арахнодактилия, длинные конечности, разболтанность суставов), двусторонняя эктопия хрусталика и дефекты сосудов (чаще аневризма аорты).
- Гипервентиляционный синдром — увеличение легочной вентиляции, неадекватно уровню газообмена в организме, проявляющееся разными респираторными, сердечно-сосудистыми и вегетативными расстройствами.
- Нестабильная стенокардия — объединяет такие клинические состояния, как стенокардия покоя в течение 1 нед. после появления; впервые возникшая стенокардия III или IV функционального класса по Канадской классификации;

вариантная стенокардия; мелкоочаговый ИМ; постинфарктная стенокардия (Braunwald 1994)

- Тропонин белок - концентрация тропонина в крови резко возрастает при остром инфаркте миокарда
- Креатинфосфокиназа - фермент, катализирующий перенос фосфата от фосфокреатина на АДФ с образованием креатина и АТФ; выделяют М (от Muscle-мышца) и В (от Brain мозг) изоферменты КФК: МВ-тип КФК характерен для миокарда.

4. Введение

4.1. Основные сведения

Жалобы на боль в груди нередки во врачебной практике. Боль в груди пугает больного и всегдастораживает врача, поскольку нередко это симптом опасного заболевания. С точки зрения диагностики он может представлять сложную задачу.

Будучи субъективным симптомом, боль все таки имеет разную степень интенсивности. Проф. Р. Агабабян (США) предложил следующую классификацию боли:

0 степень - боли нет

1 степень - легкая боль, больной спокоен, боль выявляется только во время осмотра, кратковременная, преходящая.

2 степень - боль средней интенсивности, имеет повторяющийся характер с большими промежутками, больные проявляют беспокойство.

3 степень - острая боль с нарастающей интенсивностью, часто повторяющаяся с короткими промежутками.

4 степень - острая, чрезвычайно интенсивная, непреходящая боль, больной очень беспокоен, не находит себе места, кричит.

Так как причины возникновения боли могут быть различными, необходимо внимательно и подробно собирать анамнез, что поможет своевременно и правильно поставить диагноз.

4.2 Цели разработки данного клинического руководства

Настоящее руководство составлено в целях:

- акцентирования важности быстрого установления диагноза с целью предотвращения нежелательного исхода;
- обеспечения оптимального лечения с момента постановки диагноза;
- для предупреждения больных и их семей о необходимости своевременного обращения к своему семейному врачу;
- обсуждение форм психологической и социальной поддержки, с целью обеспечения больных и их семей знаниями для успешной борьбы с болезнью.

4.3. Метод разработки клинического руководства

Руководство разработано специалистами амбулаторно-поликлинического звена совместно с ведущими специалистами скорой мед. помощи и кафедрой “Семейной медицины”. Целью создания такого клини-

ческого руководства, которое может стать настольной книгой для семейных врачей. Такой метод совместной работы оправдан и тем, что дает возможность совместного создания руководства всеми заинтересованными сторонами. Метод рассчитан на то, чтобы подчеркивалась не только роль врача, а также среднего мед.персонала, больного и членов его семьи.

4.4. Сферой применения и назначения клинического руководства “Боль в грудной клетке” является население обслуживаемого района (прикрепленные семьи, отдельные лица) семейного врача.

4.5. Целевыми группами для применения настоящего руководства являются:

- Больные с болью в грудной клетке.
- Группа риска (напр. больные страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями) среди населения, обслуживаемого специалистом первичного звена.

4.6. Пользователями клинического руководства могут быть:

семейные врачи, участковые терапевты, педиатры, врачи скорой помощи и соответственно медицинские сестры, а отдель-

ные разделы руководства предусмотрены для самих больных и для их семей.

4.7. Ожидаемые результаты.

1. Повышение процента выявляемости заболеваний, представляющих риск для жизни пациента.

2. Уменьшение частоты осложнений ряда заболеваний.

3. Исключение врачебной ошибки, приносящей вред здоровью пациента.

4. Положительные отзывы со стороны врачей первичного звена о простоте, приемлемости и приспособленности к применению разработанного клинического руководства в местных условиях.

5. Удовлетворенность пациентов результатами диагностики и лечения, проведенных в соответствии с клиническим руководством.

6. Экономия финансовых ресурсов, уменьшение числа направлений больных к другим специалистам или в стационар.

7. Повышение посещаемости врачей первичного звена.

- острая боль,
- ноющая боль,
- болезненность конечностей,
- боль, иррадирующая по ходу нервов и усиливающаяся при движении шеи или спины

медиастинит, опухоль

- **патология стенки грудной клетки:** мышечные колики, спазм мышц, эпидемическая миалгия
- **костная патология:** воспаление реберн. хр.в том числе симптомокомплекс Титце, перелом ребер, опухолевые метастазы, остеохондроз шейн. и гр. сегментов позвоночника,
- **Невралгии:** постгерпетическая, компрессия нервного корешка

Сосудистая патология.

- аневризма аорты и
- легочной артерии

- В анамнезе: атеросклероз, артериальная гипертензия, симптомокомплекс Марфана (характерны:- высокий рост, астеническое телосложение, конусообр. грудная клетка с широким межребрными промежутками, кифоз, “паукообразные” пальцы с длинными фалангами, грыжи, пороки сердца. Симптомокомплекс Элерса-Данлоса (проявляется кожной гиперэластичностью, гиперподвижностью суставов, спонтанными кожными кровоизлияниями, разными видами грыж, пневмотораксом и пролапсом 2-х ст. клапана),
- повреждение острым предметом
- разница давления на руках и ногах выше 25 мм,
- наличие острых неврологических симптомов: парестезии, синкопальное состояние

- наличие фактора
- усиление боли при
- напряжении, от х
- время отдыха,
- загрудинные бо
- области грудной
- продолжительн
- сопровождающ
- тревога, готов
- боли в сторону
- наличие 3-го то
- мягкие боли н
- ЭКГ отклонние
- желудочкового
- болевые симпто
- которые умень

Сердечного про

- инфаркт мио
- стенокардия,
- пролапс митр

Диффере

Психическая п

- тревога,
- депрессия,
- гипервентил

- неопределенн
- продолжающ
- комфорт), кол
- ти сердца, ко
- возникает от
- гипервентил

Система ухода

повышен риск сердечных заболеваний, при физическом и эмоциональном напряжении, холодного воздуха и облегчение во время отдыха.
 одностороннее или левостороннее расположение в грудной клетке,
 острая боль,
 дополнительные симптомы: тошнота, рвота, потливость, слабость и распространение боли в шею, челюсти, шею, руки, спины, ноги, головокружение или шума,
 лечение: нитроглицерином,
 ST сегмента, аритмия, особенно при неясного происхождения.
 симптомы патологии сердечной сумки, особенно при наклонах вперед и назад.

Легочного происхождения
 инфаркт миокарда
 перикардит, миокардит
 стеноза аортального клапана

Первичная диагностика

Патология:
 Гастроэзофагеальный рефлюкс

неприятное чувство беспокойства, усиливающееся часами или днями (диспепсия), давящая, давящая боль в области желудка, которая обычно иррадирует в спину, вздутие и напряжения, тошнота, слабость, сердцебиение

- кашель,
- кровохаркание,
- одышка,
- легочная боль, которая усиливается от кашля и дыхательных движений,
- тахипное,
- повреждение грудной клетки после хирургического вмешательства, тромбоз глубоких вен, перенесенные в прошлом легочные заболевания, выявленные путем рентгеновского обследования или аускультации, бронхит, пневмония, плеврит (шум плевры, признаки обструкции)

Легочного происхождения

- пневмония,
- инфаркт легкого,
- плеврит: в том числе при торакальной форме периодической болезни,
- пневмоторакс,
- бронхит

Желудочно-кишечная патология:

- рефлюкс или спазм
- аэрофагия,
- болезни желчного пузыря, язвенная болезнь желудка и 12 п. кишки,
- воспаление поджелудочной железы

- болезненность в правом подреберье или в эпигастриальной области,
- жгучая боль, связанная с приемом пищи
- обильные состояния после приема пищи

5. Система ухода

5.1. Основные положения.

Практические советы

- При жалобах на боль в грудной клетке в первую очередь нужно заподозрить и исключить ИБС.
- Важную роль в диагностике играет анамнез.
- Распространенная и часто остающаяся нераспознанной причина боли в груди-пролапс митрального клапана. Основной метод диагностики-эхокардиография.
- Боль при эзофагоспазме бывает такой же интенсивной, как при инфаркте миокарда.
- Боль при эзофагоспазме, как и стенокардия, устраняется нитратами.
- Грыжа межпозвоночного диска (Th2-Th9)-крайне редкая причина острой боли в груди.

- При внезапной тяжелой одышке, даже если нет боли, нужно заподозрить инфаркт миокарда или тромбоэмболию легочной артерии.

- Если на фоне стабильного течения инфаркта миокарда внезапно появляется выраженная одышка, необходимо заподозрить **разрыв межжелудочковой перегородки**, острую митральную недостаточность или тромбоэмболию легочной артерии.

Диагностика. Основные вопросы при оказании первичной мед.помощи

- Покажите, где болит?

- Куда распространяется боль?

- Опишите боль. Как долго она продолжается. Что ее облегчает?

- Возникает ли боль при физической нагрузке или на холоде. Проходит ли она в покое?

- Чем сопровождается боль: чувством нехватки воздуха, головокружением, потливостью?

- Усиливается ли боль при дыхании и кашле?

Боль в грудной клетке

- Не было ли крови в мокроте?

- Не связана ли боль с приемом пищи.
Нет ли у вас горечи во рту?

- Не появляется ли боль при наклонах, в положении лежа. Беспокоит ли она вас ночью?

- Исчезает ли боль после приема антацидов?

- Не было ли сыпи на грудной клетке?

- Не было ли травм грудной клетки и позвоночника?

Основные причины ошибок:

- Незнание эпидемиологии ИБС.

- Неумение диагностировать остеохондроз и остеоартроз позвоночника, особенно нижнешейного отдела.

- Гипердиагностика невротозов при сочетании тревожности, страха и острой боли в груди.

- Мнение, что любая боль в груди, иррадиирующая по внутренней поверхности левой руки, -это стенокардия.

- Незнание того, что тромбоэмболия легочной артерии и инфаркт миокарда в 20% случаев, особенно у пожилых, больных алкоголизмом и сахарным диабетом протекают бессимптомно или атипично.

- Психические нарушения и симуляция
 - Психогенная боль обычно колющая, длительная (до нескольких суток), не имеет четкой локализации, может быть интенсивной.
 - Обычно сопровождается сердцебиением, одышкой, тремором, возбуждением или тревогой.
 - Боль возникает при эмоциональной нагрузке, тревоге, депрессии.

5.2. Процесс оказания первичной медицинской помощи.

Обследование

Анамнез

Выясняют место возникновения боли и иррадиацию, ее характер, интенсивность, длительность, время возникновения, сопутствующие симптомы. Уточняют, что провоцирует и что облегчает боль. Спрашивают о перенесенных и имеющихся болезнях, особенно важно выяснить, нет ли сахарного диабета, синдрома Марфана, анемии, системной красной волчанки.

Боль в грудной клетке

При сильной боли анамнез приходится собирать со слов родственников.

Необходимо учесть сопутствующие симптомы

- Обмороки- исключить инфаркт миокарда, тромбоэмболию легочной артерии и расслаивающую аневризму аорты.
- Усиление боли на вдохе -исключить плеврит, перикардит, пневмоторакс, заболевание мышц, костей и суставов грудной клетки.
- Боль в спине-исключить болезни позвоночника, инфаркт миокарда, стенокардию, расслаивающую аневризму аорты, перикардит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эзофагоспазм, холецистит.

Физикальное исследование

Выявляют внешние признаки атеросклероза: старческая дуга роговицы, уплотнение и утолщение артерий. Выясняют, нет ли характерной для опоясывающего лишая сыпи.

Исследуют пульс на лучевых и бедренных артериях.

Измеряют АД и температуру тела:

- Пальпируют грудную клетку и остистые

отростки позвонков. Выявляют локальную болезненность, переломы, симптомы болезней позвоночника. Перкутируют грудную клетку (чтобы исключить пневмоторакс).

- Осматривают ноги. Исключают тромбоз глубоких вен.

- Проводят аускультацию сердца и легких:
 - отсутствие дыхания и голосового дрожания-пневмоторакс,
 - шум трения плевры(перикарда)-плеврит (перикардит),
 - влажные хрипы в нижних отделах легких - сердечная недостаточность,
 - систолический шум на верхушке - пролапс митрального клапана,
 - диастолический шум на д аортой - расслаивание восходящей аорты.

- Пальпируют живот. Боль в эпигастрии наблюдается при болезнях желчного пузыря, желудка, двенадцатиперстной кишки.

- При инфаркте миокарда и расслаивающей аневризме аорты нередко развивается болевой шок. Больные бледны, кожные покровы холодные, влажные, липкие на ощупь.

Боль в грудной клетке

- При инфаркте миокарда также наблюдаются глухость сердечных тонов, ритм галопа и систолический шум, при расслаивании аорты-отсутствие пульса на бедренных артериях, диастолический шум над аортой.

Лабораторные и инструментальные исследования

В большинстве случаев для постановки диагноза достаточно ЭКГ в покое, рентгенографии грудной клетки и определения активности ферментов крови.

Существуют и другие методы исследования, но они сложны и проводятся обычно в специализированных стационарах.

ЭКГ в покое

ЭКГ наиболее информативна для диагностики острой ишемии и инфаркта миокарда. Помните, что в первые минуты после начала болевого приступа при инфаркте миокарда изменения на ЭКГ могут отсутствовать.

Диагностические критерии для диагностики ИМ

- ≥ 1 мм подъем сегмента ST в 2 или более отведениях от конечностей или грудных отведениях

- Блокада левой ножки пучка Гисса, ранее не диагностированная

Диагностические признаки для коронарной болезни сердца

- депрессия сегмента ST ≥ 1 мм
- инверсия Т зубца ≥ 1 мм в двух или более отведениях

ЭКГ используется в дифференциальной диагностике инфаркта миокарда с тромбоэмболией легочной артерии и перикардитом. При тромбоэмболии крупных ветвей легочной артерии электрическая ось сердца отклоняется вправо. При перикардите уменьшается амплитуда зубцов, и в нескольких или во всех отведениях имеется подъем сегмента ST.

Рентгенологические методы

- Рентгенография органов грудной клетки.
- Рентгенография шейного и грудного отделов позвоночника.

Общий и биохимический анализ крови

На первичном уровне: Общий анализ крови (гемоглобин, содержание лейкоцитов, СОЭ) и определение Ц-реактивного белка.

На специализированном уровне:

Боль в грудной клетке

При инфаркте миокарда из разрушенных кардиомиоцитов в кровь поступают внутриклеточные ферменты. Диагностическое значение имеет исследование активности:

- Тропонин Т (после повреждения миокарда концентрация тропонина быстро повышается /в течении 4-6 ч./ и сохраняется на повышенном уровне не меньше 1 недели. В связи с повышенной чувствительностью тропонинового теста повышение уровня этого фермента также выявляется при декомпенсированной сердечной недостаточности, миокардите, гипоперфузии (синкопе, длительной тахикардии) и других видах повреждения миокарда.

- КФК

- АсАТ

- ЛДГ

Эхокардиография

При эхокардиографии выявляют нарушения сократимости ишемизированного участка. Эхокардиография информативна даже на самых ранних стадиях инфаркта миокарда, когда изменений на ЭКГ и повышения активности ферментов еще нет.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛИ В ГРУДИ ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

А. ИБС

Боль при стенокардии и инфаркте миокарда обычно сжимающая, локализуется за грудиной, иррадирует в нижнюю челюсть, шею, спину (между лопатками), эпигастрий, по внутренним поверхностям рук. Боль иррадирует в левую руку значительно чаще, чем в правую. Боль может изначально локализоваться в руке или эпигастрии, а не за грудиной.

Обязательно выясняют, что провоцирует, усиливает, и что уменьшает боль — это позволяет отличить стенокардию от кардиалгии при заболеваниях позвоночника.

При жалобах на боль за грудиной, возникающую независимо от физической нагрузки, в положении лежа и при наклонах туловища, исключают эзофагоспазм и рефлюкс-эзофагит. Подобно стенокардии боль при заболеваниях пищевода может иррадиировать в левую руку.

Стенокардия

Стенокардией страдают 2-3% лиц в возрасте 25-64 лет. Без хирургического лечения десятилетняя выживаемость при стенокардии напряжения составляет 30%.

Клиническая картина

Боль при стенокардии обычно давящая, локализуется за грудиной, иррадирует в руки, нижнюю челюсть, шею, спину, нередко сопровождается одышкой.

Боль возникает во время физической или эмоциональной нагрузки, на холоде или после еды и исчезает в покое (в течение нескольких минут) или после приема нитроглицерина. Вне приступа физикальное исследование малоинформативно.

Стенокардию дифференцируют с болью в груди при пролапсе митрального клапана, эзофагоспазме.

Боль при стенокардии напряжения обычно длится 3-5 мин, проходит после приема нитроглицерина. При нестабильной стенокардии приступы длительнее и тяжелее. В таких случаях на основании клинической картины иногда ошибочно диагностируют инфаркт миокарда. Однако, характерные изменения ЭКГ при этом отсутствуют, активность ферментов не меняется.

Приступы стенокардии могут возникать не только при нагрузке, но и при пароксизмальных аритмиях (во время пароксизмов), при этом боль возникает и исчезает вместе с аритмией.

Неотложные меры при приступе стенокардии

- Нитроглицерин, 300-600 мкг под язык.

Другие способы:

- изосорбида динитрат, 5мг под язык каждые 5мин (до 3 раз), или

- нитроглицерин в виде дозированного аэрозоля, 1-2 вдоха (до 3 вдохов) в течении 15мин, или

- при непереносимости нитратов-нифедипин, 5мг под язык или разжевать.

Стенокардия напряжения (переносимость физической нагрузки высокая)

- Аспирин, 150мг внутрь 1 раз в сутки.
- При боли-нитроглицерин(таблетки под язык или дозированный аэрозоль).
- В некоторых случаях — бета-адреноблокаторы, нитраты в виде мазей или пластырей.

Стенокардия напряжения (переносимость физической нагрузки средняя или низкая)

Боль в грудной клетке

- Аспирин, 150мг внутрь 1 раз в сутки.
- При боли-нитроглицерин(таблетки под язык или дозированный аэрозоль).

Добавляют бета -адреноблокаторы или антагонисты кальция, а также один из следующих препаратов:

- изосорбида динитрат, 10мг внутрь 3 раза в сутки,или
- изосорбида моонитрат, 60мг внутрь 1 раз в сутки.

Нестабильная стенокардия

Показана госпитализация. В стационаре назначают нитроглицерин в/в. Затем проводят коронарную ангиографию, решают, есть ли показания к баллонной коронарной ангиопластике или коронарному шунтированию.

К схеме, используемой при стенокардии напряжения, добавляют антагонисты кальция:

- нифедипин, 20мг внутрь 2-3 раза в сутки (препарат выбора), или
- верапамил, 40-160мг внутрь 2-3 раза в сутки, или
- дилтиазем, 30-90мг внутрь 4 раза в сутки, или
- амлодипин, 2.5-10мг внутрь 1 раза в сутки.

При и стенокардии необходима консультация кардиолога!

Инфаркт миокарда

При инфаркте миокарда боль длится более 15-20 мин, не проходит от нитроглицерина. Могут наблюдаться бледность, холодный липкий пот, тошнота, рвота, артериальная гипотония. Безболевые формы инфаркта миокарда чаще всего встречаются при сахарном диабете, в пожилом возрасте, а также при повторном инфаркте миокарда.

При подозрении на инфаркт миокарда, необходима организация специализированной экстренной мед.помощи с консультацией кардиолога.

Б. Расслаивающая аневризма аорты

При расслаивающей аневризме аорты внезапно возникает очень сильная боль за грудиной. Она иррадирует в спину, живот и ноги. Важный диагностический признак - неодинаковый пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях. Расслаивание аорты нередко осложняется окклюзией коронарных и почечных артерий, аортальной недостаточностью, тампонадой сердца.

При подозрении расслаивающей аневризмы аорты для организации лечения необходимо обратиться к кардиологу и организовать экстренную мед.помощь.

В. Тромбоэмболия легочной артерии

Тромбоэмболия легочной артерии сопровождается болью за грудиной, одышкой и потерей сознания. При физикальном исследовании изменения обычно отсутству-

Боль в грудной клетке

ют. В тяжелых случаях наблюдаются артериальная гипотония, острая правожелудочковая недостаточность, остановка сердца. Поражение ствола и крупных ветвей легочной артерии часто оказывается смертельным. В 10%-ах случаев тромбоэмболия легочной артерии осложняется инфарктом легкого, он проявляется болью, усиливающейся при дыхании и кровохарканьем.

Диагностика тромбоэмболии легочной артерии особенно трудна, когда единственный симптом-внезапно возникающая одышка.

При подозрении на тромбоэмболию легочной артерии необходима организация специализированной экстренной мед.помощи!

Г. Перикардит

При перикардите бывают:

- боль, усиливающаяся при кашле, глубоком дыхании, иногда связанная с глотанием,
- постоянная сжимающая боль за грудной, похожая на стенокардию,
- пульсирующая боль в области сердца и левого плеча.

При подозрении на перикардит необходима консультация кардиолога.

Д. Пневмоторакс

При внезапном появлении боли и одышки, особенно у больных бронхиальной астмой и эмфиземой легких, следует заподозрить пневмоторакс. Пневмоторакс иногда развивается в отсутствии какого-либо заболевания легких. Это особенно характерно для молодых худощавых мужчин. Локализация и интенсивность боли бывают разными.

Усиление одышки и боли свидетельствует о напряженном пневмотораксе, при нем показана экстренная плевральная пункция.

При подозрении на пневмоторакс, необходима консультация пульмонолога и организация специализированной экстренной мед. помощи.

Е. Болезни легких

Боль вызванная воспалением плевры чаще всего наблюдается при вирусных и бактериальных инфекциях. Иногда встречается при коллагенозах. Обычно больные жалуются на острую боль во время дыхания, или движений; часто сопровождающуюся системными симптомами инфекции. При аускультации выслушивается шум трения плевры. Для диагностики необходима рентгенография.

Ж. Болезни пищевода, желудка и желчного пузыря

При рефлюкс-эзофагите наблюдается жгучая боль за грудиной и в эпигастрии, иррадиирующая в нижнюю челюсть. Боль возникает или усиливается в положении лежа, при наклонах вперед, особенно после еды, часто мешает спать. Сопутствующий эзофагоспазм усиливает боль. Эзофагоспазм нередко наблюдается и без рефлюкс-эзофагита. В этом случае боль возникает во время еды, особенно если пища очень горячая или холодная, боль иррадиирует в спину и проходит после приема нитратов. Боль при наличии камней желчного пузыря может также иррадиировать в нижний отдел грудной клетки и плечо. Дискомфорт в груди после еды, особенно если ассоциируется с радиацией в спину или живот и сочетается с тошнотой и рвотой, предполагает диагноз желчнокаменной болезни.

При подозрении болезней ЖКТ необходимо организовать консультацию гастроэнтеролога.

3. Болезни позвоночника

Частые причины боли в груди-остеохондроз (в том числе грыжи межпозвоночных дисков, обычно в шейном отделе) и остеоартроз шейного и грудного отделов позвоночника. Боль при болезнях позвоночника тупая и ноющая, может локализо-

ваться в любом участке грудной клетки, в том числе в области грудины, усиливается при нагрузке и движениях, глубоком дыхании.

При подозрении на болезни позвоночника необходимо организовать консультацию невропатолога и других специалистов (при необходимости).

И. Психогенная боль

Психогенная боль локализуется преимущественно в области сердца, обычно не иррадирует. Боль продолжительная, колющая или сжимающая, похожа на стенокардию, но длится гораздо дольше-до нескольких часов и даже суток. Возникает при переутомлении, волнении. Сопутствующие симптомы-одышка, слабость, сердцебиение. Чаще всего возникает у молодых здоровых людей, но вообще может возникать в любом возрасте.

При подозрении психогенной боли необходимо организовать консультацию невропатолога или психиатра (при необходимости).

К. Боль в груди у пожилых

У пожилых боль в груди чаще всего связана с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Примерно 20% мужчин и 12% женщин старше 65 лет страдают ИБС. Заболеваемость инфарктом миокарда с возрастом резко увеличивается.

У пожилых при жалобах на боль в груди в

Боль в грудной клетке

первую очередь исключают стенокардию или инфаркт миокарда. Боль также может быть обусловлена опоясывающим лишаем, переломом ребер, плевритом, злокачественной опухолью, тромбоэмболией легочной артерии и рефлюкс-эзофагитом и т.д.

Рекомендации по медикаментозному лечению

- при ИБС нифедипин обычно назначают вместе с бета -адреноблокатором

- при вазоспастической стенокардии назначают нитраты и антагонисты кальция (бета-адреноблокаторы не показаны)

- особой осторожности требует сочетание бета-адреноблокаторов с верапамилом

- не следует назначать нитраты длительного действия через равные промежутки времени (чтобы концентрация их в крови оставалась постоянной на всем протяжении суток) - это ведет к привыканию к нитратам

- обязательно предупреждают больных о побочных эффектах нитроглицерина, в частности о головной боли и снижении артериального давления.

Перед назначением нитроглицерина больным объясняют, что:

- в первый раз нитроглицерин лучше принимать сидя,
- таблетки нитроглицерина содержат от 0.15мг до 0.6мг препарата, сначала лучше использовать низкодозированные таблетки,
- если после приема первой таблетки боль не проходит, то принимают по 1 таблетке каждые 5 мин, не следует принимать более 3 таблеток подряд,
- если боль не проходит после приема 3 таблеток нитроглицерина, то следует немедленно обратиться к врачу,
- таблетки хранят в темном прохладном месте, если флакон открывали и он хранится дома, то его меняют каждые 3 месяца, а если его носят в кармане, то каждые 3 суток.

Л. Боль в груди при заболеваниях мышц, костей и суставов

Для того чтобы выявить заболевания мышц, костей и суставов, обычно достаточно анамнеза и физикального исследования. Обычно встречается у физически активных мужчин и женщин (25-65 лет).

Боль в грудной клетке

Боль чаще всего является результатом избыточной нагрузки на мышцу грудной клетки в точке прикрепления или в самой мышце. Мышца болезненна при пальпации и часто пальпация провоцирует боль. При наличии вышеупомянутого признака диагноз не требует дополнительного подтверждения.

Часто боль вызвана травмой, например переломом ребер. Боль в груди также может наблюдаться при спондилоартропатиях.

Боль может быть как острой, внезапной, так и длительной, ноющей, может усиливаться при движениях- глубоком вдохе, кашле и чихании.

Проводят консервативное лечение, назначают анальгетики, НПВС как для внутреннего применения, так и местно. При очень сильной боли показаны инъекции местных анестетиков и кортикостероидов в пораженный участок. Инъекции в грудную стенку производят очень осторожно, чтобы не повредить париетальную плевру. Эффективен специальный эластичный пояс (не препятствуя дыханию, он заметно уменьшает боль).

Воспаление реберных хрящей

Боль при воспалении реберных хрящей

колющая, односторонняя, умеренная или слабая, иррадирует в спину и живот, усиливается при глубоком дыхании, физических нагрузках, зависит от положения тела. Воспаление реберных хрящей возникает после острой респираторной вирусной инфекции или чрезмерных физических нагрузок и длится до нескольких месяцев. Характерна болезненность в области грудино-реберных суставов.

Дифференциальную диагностику проводят с синдромом Титце, для которого характерно утолщение реберных хрящей. Синдром Титце чаще всего диагностируется у молодых женщин (25-44 лет). Боль вызвана воспалением чаще всего 3-го или 4-го левого реберно-хрящевого сочленения. Боль усиливается при нагрузке на мышцы грудной клетки, а также при глубоком вдохе и в покое. Обычно без предшествующей травмы. Воспаленное сочленение болезненно при пальпации. Часто больные отмечают облегчение состояния после приема нестероидных противовоспалительных.

Воспаление реберных хрящей наблюдается также при спондилоартропатиях.

Боль в спине

Боль в спине обычно вызвана болезнями

Боль в грудной клетке

позвоночника, чаще всего остеоартрозом с поражением сочленений ребер и позвоночника. Повреждение этих суставов, в частности, возможно при стернотомии, когда края раны сильно разводят в стороны. При заболеваниях позвоночника боль может иррадиировать вперед и вниз.

Острая боль в спине наблюдается редко и бывает вызвана переломом позвоночника или тяжелыми болезнями сосудов и внутренних органов. К ее причинам относятся также грыжи межпозвоночных дисков и пенетрация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки.

Лечение: если нет остеопороза и острого воспаления и если больной не получает антикоагулянты, проводят мануальную терапию.

М. БОЛЬ В ГРУДИ У ДЕТЕЙ

Жалобы на боль в груди хотя и часто наблюдаются в подростковом возрасте, но редко оказываются признаком тяжелого заболевания. Средний возраст детей, жалующихся на боль в груди - 12 лет.

Причины боли ряда случаев установить не удастся, так как в большинстве случаев она носит психогенный характер.

Также встречаются заболевания мышц, костей и суставов грудной стенки, гипервентиляционный синдром, бронхиальная астма, боль, вызванная сильным кашлем, травмы груди, спины и надплечья во время игр и занятий спортом.

У девочек в подростковом возрасте исключают заболевания молочных желез.

У ребенка обязательно исключают болезни легких (пневмонию, бронхиальную астму, рецидивирующий бронхит) или сердца. У подростков боль в груди нередко психогенная.

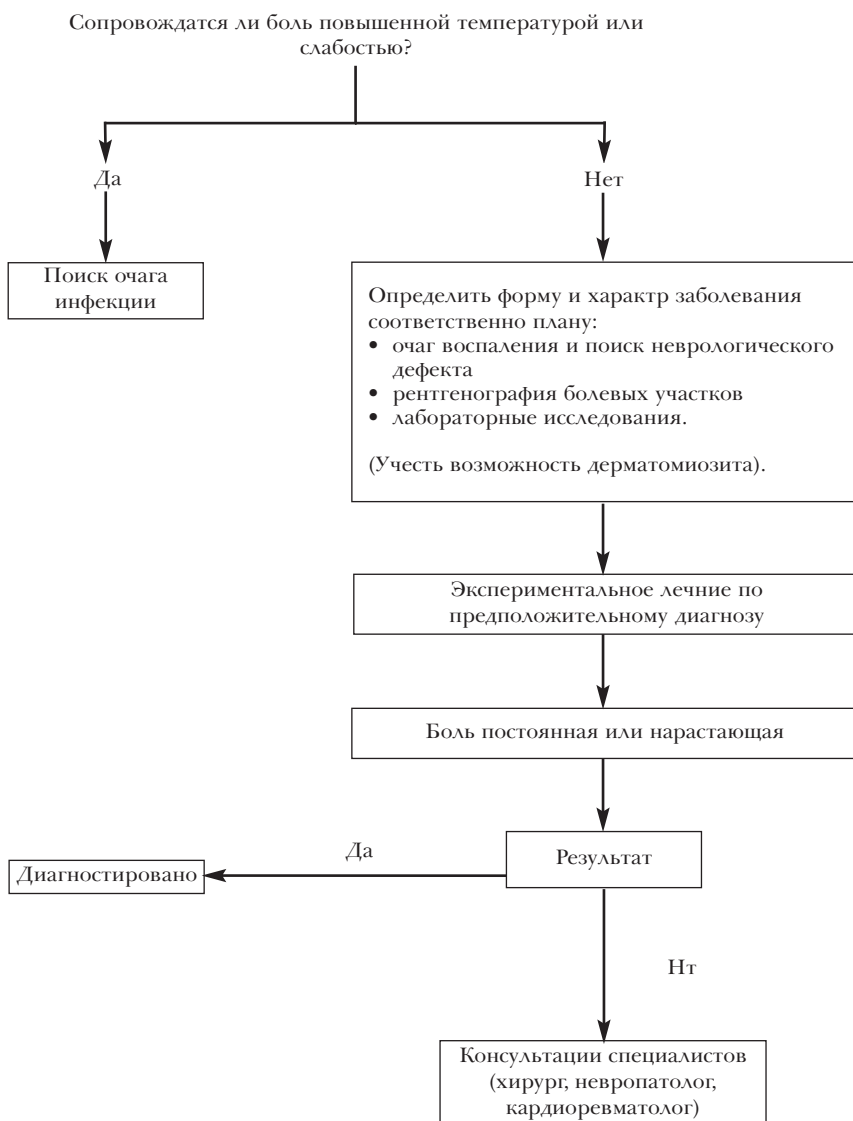
Причины болей в груди у детей:

| | |
|---------------------------------|-----|
| Причина неизвестна | 21% |
| Болезни мышц, костей и суставов | 16% |
| Кашель | 10% |
| Воспаление реберных хрящей | 9% |
| Психогенная боль | 9% |
| Бронхиальная астма | 7% |
| Травма | 5% |
| Пневмония | 4% |
| Болезни ЖКТ | 4% |
| Сердечно-сосудистые болезни | 4% |

Ишемия миокарда

У детей ишемия миокарда наблюдается крайне редко. Она обусловлена аномалиями отхождения коронарных артерий или

ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ (В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ)



нарушениями микроциркуляции, например при сахарном диабете и серповидноклеточной анемии.

Боль при ишемии миокарда следует отличать от сжимающей боли в груди и левом подреберье, вызванной сокращением капсулы селезенки (встречается достаточно часто, обычно у нетренированных детей при беге на длинные дистанции).

7 Протокол оказания квалифицированной первичной медицинской помощи (примеры)

а) Больной Г.Б., 56л.

Жалуется от сильной боли левой половины грудной клетки. Боль начиналась 2ч. назад, во время тяжелого физического труда. Отмечает, что интенсивность боли связана с дыханием (особенно усиливается при глубоком вдохе). Боль не иррадируется и во время движений интенсивность не меняется.

В анамнезе отмечает наличие артериальной гипертензии в течении последних 10 лет (в пределах 140/80 - 150/90).

Объективно: левая половина грудной клетки не участвует дыханию. Пальпация безболезненна. Дыхание 22 дых. актов в 1 минуту. Аускультативно: в верхней трети левой стороны грудной клетки не выслушивается, справа - усиленное дыхание. Перкуторно: коробочный звук в верхней трети с левой стороны, справа нормальный легочный звук.

Сердце: тоны немного глухие, ритм 86уд. в 1 мин., А/Д -145/85.

Пальпация живота безболезненна, живот мягкий.

Со стороны ЦНС отклонений от нормы не выявлено.

ЭКГ: ритм синусовый, 86 в 1 мин, имеются признаки гипертрофии левого желудочка.

На основе всех вышеуказанных данных был поставлен предварительный диагноз: “Спонтанный пневмоторакс”; сделана обезболивающая инъекция и больной был переведен в стационар (отделение грудной хирургии), где поставленный диагноз подтвердился.

б) Больная В.А., 71л.

Жалуется от сильной боли левой половины грудной клетки. Отмечает, что боли начались 3 дня назад и постепенно усиливались. Она связывает начало заболевания с простудой.

Отмечает также, что со временем боль кроме интенсивности приобрела постоянный характер и усиливается во время дыхания, движений и изменений положения тела.

Боль в грудной клетке

В анамнезе отмечает перенесенный инфаркт миокарда 7 лет назад, после чего 2-3 раза имела кратковременные приступы стенокардии. Больная также отмечает операцию по поводу желчекаменной болезни (6 л. назад).

Объективно: грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Пальпация болезненно в области 4-5 межреберных участков и лопаточной линии.

Легкие: выслушивается везикулярное дыхание. Перкуторно-ясный легочный звук.

Сердце: Тоны сердца немного приглушены, ритмичны, 82 в 1 мин., А/Д - 140/80

Живот мягкий, пальпация безболезненная. Со стороны ЦНС отклонений от нормы не выявлен.

ЭКГ - ритм синусовый, 82 в 1 мин. Рубцовые изменения на задней стенке левого желудочка, без динамики новых изменений.

Был установлен диагноз “невралгия межреберных нервов”, в пользу которого говорили постепенное начало и усиление боли, связь с движениями, а также отсутствие ЭКГ изменений. *Сделана обезболивающая инъекция. Организована консульта-*

ция невропатолога, которая подтвердила диагноз и назначено адекватное лечение.

в) Больной С.Г., 67л.

Жалуется от сильной боли левой половины грудной клетки. Отмечает, что последние 8 лет имел подобные боли, (но не часто) связанные с физической нагрузкой и нервным стрессом. По поводу этого ранее обратился к своему врачу, которая организовала консультацию кардиолога, был диагностирован “ИБС, стенокардия напряжения, I-II функциональный класс”.

В этот день боли начинались после того, как в связи с неисправностью лифта, он поднимался по лестнице на 5-ый этаж, сразу почувствовал острую боль в области грудины, которая имела сжимающий и сдавливающий характер, иррадиировала к левому предплечью.

Боль не проходила, даже после того, когда он останавливался отдыхать, и использовал нитроглицерин две таблетки с перерывами. После нитроглицерина боль немного утихла, и он смог дойти до дома (8-ой этаж). Однако боль опять усилилась и не проходила от повторных приемов нитроглицерина. Родственники вызвали скорую помощь.

Боль в грудной клетке

При осмотре врач установил следующее: грудная клетка равномерно участвует в дыхании (18 дых.движ. в одну минуту). В легких выслушивается везикулярное дыхание.

Сердце: тоны приглушены, 90 сокращений в 1 мин. А/Д-130/80.

Живот мягкий, пальпация безболезненна. Со стороны ЦНС патология не выявлена.

ЭКГ: ритм синусовый, 90 сокр. В 1 мин. Выраженная гипоксия на передней стенке левого желудочка и купола (большие коронарные зубцы “Т”).

Сделаны обезболивающая инъекции, промедол, 2%-1,0 в/м. а также гепарин 10 тыс. ЕД. в/в. Была приведена дифференциальная диагностика между стенокардией напряжения, нестабильной нарастающей стенокардией и острым инфарктом миокарда. Предварительный диагноз “нестабильная нарастающая стенокардия”

Исходя из вышеуказанных данных, больной был переведен в интенсивное кардиологическое отделение стационара, где дополнительными обследованиями был установлен диагноз: “ИБС, нестабильная нарастающая стенокардия”. Больному предложено после получения курса лечения в стационаре быть под наблюдением участкового врача.

Возможно, если бы участковый терапевт своевременно проводил курс поддерживающего лечения, объяснил больному специфику своего заболевания, он мог бы избежать этого приступа.

г) Больной С.М., 39 лет.

Жалуется на боли передней стенки грудной клетки, которые начинались 10 часов назад. Боль постоянная, локализована только на указанном месте, не иррадируется в связи с дыханием (глубокий вдох затруднен). Отмечает также повышение температуры - 38-39 С. В анамнезе отмечает периодические боли (2-3 месяца раз), которые сопровождаются повышением температуры - около 7-8 лет. Однако, подобные боль в грудной клетке впервые.

Объективно: грудная клетка участвует в дыхании равномерно, но поверхностно, чувствуется при этом абдоминальное участие. В легких выслушивается везикулярное ослабленное дыхание, дыхательный акт 25 в 1 мин.

Сердце - тоны чистые, ритмичны 110 в 1 мин., А/Д-120/80.

Пальпация: живот мягкий, безболезненный. Со стороны ЦНС патология не выявлена.

Боль в грудной клетке

ЭКГ: синусовая тахикардия (110 в 1 мин.).
ЭКГ- без особых изменений.

Была проведена дифференциальная диагностика между воспалением легких - ИБС (стенокардия? инфаркт?) и периодической болезнью (грудная форма), назначено симптоматическое лечение и поставлен диагноз: “периодическая болезнь, грудная форма.”

Через день, когда уже температура снизилась и боль исчезла, врач организовал консультацию у специалистов и необходимые лабораторные анализы, которые подтвердили наличие колагенового заболевания, назначено адекватное лечение под контролем своего врача.

д) Больной С.Л., 58 л.

Жалуется на сильную боль в области передней стенки грудной клетки (загрудинно-эпигастральной).

Боли начались 3 ч. назад, внезапно. Сначала имели схватывающий, а затем, последние 1,5 ч. постоянный характер, иррадиацию не отмечает. Боль сопровождается чувством тревоги, тошнотой, рвотой, потовыделением (холодный пот). В анамнезе отмечает наличие хронического гастрита (6-7л.), однако в связи с тем, что болезнь не беспокоила, не обследовался и лечение не принимал.

До вызова своего врача принимал анальгетик (седальгин), нитроглицерин, однако боль не утихла.

Объективно: Больной беспокоен, кожа и видимые слизистые бледны, тело покрыто холодным потом.

Язык чистый, суховатый. Живот мягкий, пальпация чуть болезненна в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Грудная клетка участвует дыхания равномерно, 22 дых. дв. в минуту.

Сердце: тоны притуплены, 92 сокр. в минуту, АД - 125/80.

Со стороны ЦНС патологических изменений не выявлен.

ЭКГ: Ритм синусовый, 92сокр. в мин., Острый инфаркт миокарда в области задней-нижней стенки левого желудочка, в фазе повреждения.

Диагноз: “Острый инфаркт миокарда”

Сделана обезболивающая инъекция (промедол 2%-1,0 в/м).

Боль в грудной клетке

Вызвана карета скорой мед.помощи и больной госпитализирован в кардиореанимационное отделение.

е) Больная М.З.

38-летняя женщина, чувствовавшая себя вполне здоровой, обратилась к врачу по поводу неожиданно появившихся болей в грудной клетке, лихорадки и одышки в покое.

Она отметила, что в последние 3 дня отекли и стали болезненными икроножные мышцы правой голени. Она считает, что имеет только незначительный бронхит курильщика (выкуривает одну пачку сигарет в день). Не принимает никаких лекарств, кроме пероральных контрацептивов.

При осмотре: грудная клетка равномерно участвует дыхание (18 дых.движ. в одну минуту). В легких выслушивается везикулярное дыхание.

Сердце: тоны приглушены, 86 сокр в 1 мин. А/Д-130/80.

Живот мягкий, пальпация безболезненна. Со стороны ЦНС патология не выявлена.

ЭКГ- ритм синусовый, 86 в 1 мин. ЭКГ без особых изменений.

Предполагаемый диагноз был: “Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочных сосудов.”

Организована консультация пульмонолога, больной был направлен в стационар, где дополнительными обследованиями подтвержден поставленный диагноз.

ж) Больной А.А., 50 лет.

Обратился к врачу с жалобами на сжимающие боли в грудной клетке и тошноту. Боль появилась примерно 1 час назад. Отмечает, что подобные боли чувствует впервые. До этого считал себя практически здоровым.

При обследовании: Больной беспокоен. Кожа бледная, покрыта влажным липким потом. Язык чистый, суховатый. Живот мягкий, пальпация безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Грудная клетка участвует в дыхании равномерно, 22 дых. дв. в минуту. Над легкими с обеих сторон в нижних отделах выслушиваются влажные хрипы.

Живот мягкий, пальпация безболезненна. Со стороны ЦНС патологических изменений не выявлено.

Сердце: тоны притуплены, пульс 72 в минуту, АД - 110/70.

Боль в грудной клетке

ЭКГ: Ритм синусовый, 72 сокр. в мин., Заключение: Острый инфаркт миокарда в области передней стенки левого желудочка, в фазе повреждения.

Поставлен диагноз: “Острый инфаркт миокарда передней стенки”

Сделана обезболивающая инъекция (промедол 2%-1,0 в/м).

Вызвана карета скорой мед.помощи и больной госпитализирован в кардиореанимационное отделение.

з) Больной Б.К., 40 лет.

Обратился к врачу с жалобами на боли за грудиной, одышку при физической работе, ортопноэ. В течение года дважды отмечалась кратковременная потеря сознания. 5 лет назад при случайном обследовании выявлен “шум в сердце”, однако дальнейших обследований не организовано. При осмотре: больной беспокоен.

Объективно: Язык чистый, суховатый. Живот мягкий, пальпация безболезнена, отмечается гепатомегалия. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный

Грудная клетка равномерно участвует дыханию, при аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Перкуторно-

ясный легочный звук. Со стороны ЦНС отклонений от нормы не выявлен. Отмечается пастозность голеней.

Сердечно-сосудистая система: сердце не увеличено (перкуторно), усилен верхушечный толчок. Слева в межреберье у края грудины-интенсивный скребущий систолический шум, сопровождаемый дрожанием. Ослаблен аортальный компонент тона. Пульс - 90 уд. в минуту, ритмичный, артериальное давление - 130/90 мм.рт.ст.

Наиболее вероятный диагноз: “Аортальный стеноз”.

Оказана помощь (симптоматическое лечение), организовано лечение в кардиологическом отделении стационара. Заметно, что невнимательное отношение врача первичного звена привело к упущению и осложнению заболевания.

8 Обучение больных и их семей

Целью обучения и подготовки больных и их семей является обеспечение их информацией в доступной форме, с целью получения необходимых знаний, возможности предупреждать заболевания, которые могут привести к боли в груди.

Вопросы профилактики необходимо обсуждать с больным и членами его семьи.

Профилактика особенно важна при наследственной предрасположенности к ИБС.

Цель профилактических мероприятий - устранение факторов риска ИБС:

- отказ от курения,

- похудение,

- диета с низким содержанием животных жиров,

- лечение артериальной гипертензии и сахарного диабета.

Общие рекомендации:

- Больного нужно информировать об эффективности своевременного лечения ИБС и необходимости следовать советам врача.

- Выявляют факторы риска атеросклероза.

- Рекомендуют физические упражнения, их интенсивность зависит от тяжести стенокардии.

- Больным, подверженным значительным эмоциональным нагрузкам, склонным к конфликтам с окружающими, проводят психотерапию.

- Рассказывают, как в повседневной жизни избегать приступов стенокардии.

- Не следует вводить очень строгие ограничения-это ухудшит качество жизни больного.

Оценка эффективности обучения больного:

- данные о наличии предназначенного поведения (соответствующее поведение)

- оценка качества жизни, эмоциональное равновесие, понимание барьеров к ведению активного образа жизни

Боль в грудной клетке

- знания
- оценка состояния здоровья

9. Необходимые условия для организации процесса профилактических мероприятий.

9.1. Персонал

Персонал для диагностики и организации лечения при возникновении боли в грудной клетке нужны врачи первичного звена: семейные врачи, участковые терапевты и участковые педиатры а также средний мед.персонал: семейные мед.сестра, мед.сестра участковых терапевтов и участковых педиатров.

9.1.1. Для консультации врачи первичного звена должны обратиться к узким специалистам:

кардиологам, невропатологам, хирургам, эндокринологом, и т.д. по показаниям, которые описаны в клиническом руководстве.

9.2. Необходимые медикаменты

Лечение при возникновении боли в грудной клетке при разных патологиях подробно представлены в главе описания процесса ухода.

9.3. Необходимое оборудование

Употребляемые в процессе лечения больных с жалобами возникновения боли в груди несложные и в основном употребляются во время ежедневной работы врачами и средним персоналом первичного звена и описаны в клиническом руководстве.

10. Оцка применения клинического руководства: (примеры пред. и посттестирования)

10.1. Предтестирование

1. Все из перечисленного включаются в клиническое понятие нестабильной стенокардии, кроме:
 - а) стенокардии напряжения с недавним началом, обычно в течение 4-8 нед.
 - б) прогрессирующей стенокардии
 - в) стенокардии покоя
 - г) хронической стабильной стенокардии.

2. Все из перечисленных фармакологических средств эффективны при лечении нестабильной стенокардии и ИМ, кроме:
 - а) аспирина
 - б) нитроглицерина
 - в) гепарина
 - г) блокаторов кальциевых каналов
 - д) β-блокаторов.

3. Все следующие положения относительно использования наиболее часто используемых сердечных маркеров для дифференциальной диагностики больных с болью в груди в отделении неотложной помощи справедливы, кроме:
 - а) миоглобин является сывороточным

маркером с самым ранним подъемом, сопровождающим начало острого ИМ

- б) тропонин-сывороточный маркер с большей чувствительностью в выявлении больных с нестабильной стенокардией, дающий возможность определять повреждение миокарда в течение 1 нед после развития у больного острого ИМ
- в) изоэнзим “кардиоспецифической” КФК содержит обе субъединицы М и В
- г) активность сывороточного КФК - определяется как электрофорезом, так и иммунологическими методами, последний который является менее чувствительным.

4. Для каких из перечисленных состояний наименее характерна легочная эмболия?

- а) заболевания сердца
- б) злокачественные опухоли
- в) возраст более 70 лет
- г) лечение эстрогенами
- д) иммобилизация.

5. Наиболее частая рентгенологическая находка у пациентов с легочной эмболией:

- а) подъем купола диафрагмы
- б) локальные инфильтраты
- в) клиновидный инфаркт легкого
- г) плевральный выпот
- д) нормальная рентгенограмма.

6. Все нижеследующие утверждения относятся к болям в грудной клетке, которые могут быть вызваны как заболеванием пищевода, так и заболеванием сердца, кроме:
- а) нитроглицерин и блокаторы кальциевых каналов могут помогать при болях в грудной клетке
 - б) боль в грудной клетке может быть спровоцирована физической нагрузкой
 - в) боль в грудной клетке может уменьшаться при прекращении нагрузки
 - г) на ЭКГ могут быть изменения сегмента ST
 - д) изменение положения тела может провоцировать боль.
7. Какой из нижеперечисленных данных не является фактором риска развития заболеваний коронарных артерий?
- а) холестерол ЛНП 140 мг/дл
 - б) 2 банки пиво/день
 - в) 1 пачка сигарет /день
 - г) холестерол ЛВП 20 мг/дл
 - д) артериальное давление 140/90 м.рт.ст.
8. Боли при сухом плеврите
- а) усиливаются при наклоне в больную сторону
 - б) усиливаются при наклоне в здоровую сторону
 - в) в одинаковой степени усиливаются при наклоне как в больную, так и здоровую сторону.
 - г) на зависят от наклонов туловища.

10.2. Посттестирование Клинический случай N1.

Женщина 48 лет обратилась к семейному врачу с жалобой на боль в груди. Боль сжимающего, давящего характера, локализуется за грудиной, иррадирует в левую лопатку и в левое плечо. Боль начинается без какой-либо причины, длится 5-10 минут, сопровождается тревогой, чувством страха смерти, проходит самостоятельно без применения лекарств. Больная отмечает, что приступы боли в основном возникают по ночам из-за чего она просыпается.

Из анамнеза выяснилось, что больная страдает хроническим обструктивным заболеванием легких I степени. Из вредных привычек отмечает курение.

Больная нормостенической конституции, индекс веса тела=24. Артериальное давление 145/95 мм.рт.ст.,Ps-70. Границы сердца не изменены, тоны ясные. При аускультации легких на фоне удлиненного выдоха выслушиваются сухие свистящие и жужжащие хрипы. При офтальмоскопии на глазном дне патологических изменений нет. На ЭКГ проведенное во время приступа отмечается элевация ST-сегмента.

1. Выбрать наиболее вероятный диагноз:
 - а) стенокардия напряжения
 - б) пролапс митрального клапана
 - в) стенокардия Принцметала
 - г) опоясывающий лишай

2. Какое определение неправильное?
 - а) Приступы стенокардии Принцметала обусловлены спазмом эпикардальных сосудов
 - б) провоцирующим фактором при стенокардии Принцметала может быть физическая нагрузка
 - в) нопы стенокардии Принцметала отмечаются в одно и тоже время суток
 - г) приступы стенокардии Принцметала сопровождаются желудочковой аритмией.

3. Какое сочетание лекарственных средств правильно назначить такому больному?
 - а) нитроглицерин + каптоприл + ангилирин
 - б) нитроглицерин + эналаприл + атенолол
 - в) нитроглицерин + нифедипин
 - г) нитроглицерин + верапамил + атенолол

4. Какой фактор не может быть причиной развития стенокардии Принцметала?
 - а) приём алкоголя
 - б) курение
 - в) гипервентиляция лёгких
 - г) пальпация живота

5. Липопротеиды какого класса считаются антиатерогенными?
- а) низкой плотности
 - б) очень низкой плотности
 - в) высокой плотности

Ответы

1. **(в)** В данном случае наиболее вероятным диагнозом будет стенокардия Принцметала о чём свидетельствует неожиданное начало приступов особенно в ночное время суток без каких-либо причин. Возникновение приступов стенокардии напряжения связано с физической нагрузкой чего в данном случае не отмечается. Боль при пролапсе митрального клапана имеет колющий характер, без определенной иррадиации, продолжительная и не купируется сублингвальным приемом нитроглицерина, возникает, как при физической нагрузке так и без нее. На начальных стадиях опоясывающий лишай похож на приступ стенокардии, особенно, если сопровождается болью в левой половине грудной клетки. Возникновение герпетической сыпи исключает диагноз стенокардии.

2. **(б)** Стенокардия Принцметала является разновидностью стенокардии покоя, когда нет закономерной связи с физической нагрузкой. Стенокардии Принцметала наиболее характерны ночные приступы - больные часто отмечают, что просыпают-

ся из-за боли. Больные, страдающие стенокардией данного типа, могут выполнять тяжелую и длительную физическую нагрузку без возникновения приступа. Все остальные определения верны в данном случае.

3. (в) В данном случае эффективно применения сочетания нитроглицерина с нифидипином, так как нифидипин, обладая сильным сосудорасширяющим действием, эффективен при стенокардии Принцметала. Назначение ингибиторов АПФ (каптоприл, эналаприл) в данном случае не целесообразно, так как у больного имеется хроническое обструктивное заболевание легких (ХОБЛ), течение которого может быть осложнено бронхоспазмом при применении АПФ ингибиторов в результате накопления брадикинина. Применение анаприлина также может привести к бронхоспазму больного с ХОБЛ, так как он является бета-адреноблокатором и блокирует бета-рецепторы. Несмотря на то, что атенолол кардиоселективный бета-блокатор, его назначение также нежелательно.

4. (г) Из перечисленных факторов только пальпация живота не может провоцировать приступ стенокардии Принцметала.

5. (г) Липопротеины высокой плотности называются антиатерогенными, так как

Боль в грудной клетке

они связывают холестерин и транспортируют его в печень, где он метаболизируется и выделяется в пищеварительный тракт с желчью.

Клинический случай N 2.

Женщина 35 лет обратилась к семейному врачу с жалобой боль в груди. Боль постоянная, тупая, давящего характера, локализуется в левой половине грудной клетки, распространяется по передней поверхности грудной клетки, иррадирует в левую молочную железу. При глубоком дыхании и кашле боль усиливается.

При опросе больной выяснилось, что 2 месяца назад она перенесла острый ларинготрахеобронхит. Заболевание протекало высокой температурой, мышечными болями изнуряющим кашлем который в начале был сухим потом стал продуктивным со слизисто-гноющей макротой. Больная отмечает что все эти явления прошли, но кашель сохранился.

Женщина астенической конституции рост 165 см, вес 67кг. Кожа и видимые слизистые бледные.

При пальпации грудной клетки в области 2 и 3 левого грудино-реберного сочленения выявляются болезненные утолщения. При пальпации молочных желез патоло-

гические изменения не выявляются. Аускультация, пальпация и перкуссия легких без патологических изменений. Границы сердца не изменены. Живот мягкий безболезненный. Артериальное давление 125/85 мм рт ст, Пульс 75.

1. Выбрать правильный диагноз
 - а) межреберная невралгия
 - б) синдром Титце
 - в) стенокардия
 - г) инфекционный перикардит
2. Выбрать наиболее предпочтительный метод исследования
 - а) R-исследование грудной клетки
 - б) ЭКГ
 - в) эхокардиография
 - г) маммография
3. В этом случае R-исследование грудной клетки обнаружит
 - а) очаги кальцификации в грудино-реберных сочленениях
 - б) повреждение ребер с наличием деструктивных очагов высокой плотности
 - в) увеличение сердечной тени
4. В этом случае ЭКГ-исследование обнаружит:
 - а) снижение амплитуды зубцов на ЭКГ
 - б) смещение сегмента ST вверх или вниз от изолинии
 - в) без изменений

Боль в грудной клетке

5. Выбрать наиболее эффективный метод лечения:

- а) антибиотикотерапия
- б) нестероидные противовоспалительные средства
- в) глюкокортикостероиды

Ответы

1. (б) Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является синдром Титце. Синдром Титце является довольно часто встречающимся патологическим состоянием, основным или единственным клиническим симптомом которого является боль в груди. Боль часто бывает односторонней, реже двусторонней, распространяется по передней грудной стенке, иррадирует в молочные железы. Боль может быть постоянная, тупая, давящая, или может быть острой, приступообразной.

Развитие синдрома Титце может способствовать возникновению патологических состояний, сопровождающихся сильным кашлем. Развитие синдрома, вероятно, может быть связано с постоянной травматизацией грудинно-реберного сочленения, которое наиболее часто наблюдается в области 2-ого и 3-его грудинно-реберного сочленения.

2. (а) Правильным ответом является рентген исследование грудной клетки, при котором могут быть выявлены кальцификаты в грудинно-реберных сочленениях, если имеет место кальцификация сочленения. В противном случае рентген исследование никаких патологических изменений не обнаружит, так как хрящевая ткань рентген негативна.

3. (а) Рентген исследование грудной клетки выявит кальцификаты в грудинно-реберных сочленениях.

4. (в) ЭКГ исследование не выявит никаких характерных изменений.

5. (в) В этом случае наиболее эффективным является местное применение глюкокортикоидов.

Клинический случай N 3.

Мужчина 42 лет обратился к семейному врачу со следующими жалобами: сжимающая боль в груди, одышка, связанная с физической нагрузкой и 2 случая потери сознания в течении последней недели.

Больной уже 10 лет страдает диабетом II типа, 2 года получает инсулинотерапию. Из перенесенных заболеваний отмечает ревматизм. Больной нормостенической конституции мужчина, индекс массы тела=29.

Боль в грудной клетке

При осмотре кожа и видимые слизистые бледные, отеков нет. Границы сердца не изменены, верхушечный толчок усилен, но не смещен. При аускультации сердца выявляется ослабление 2-го тона в точке выслушивания аортального клапана, в точке соединения рукоятки грудины и мечевидного отростка, на сонной артерии выслушивается грубый систолический шум. АД 90/65 мм.рт.ст., пульс 70 уд/мин., слабого наполнения.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, печень не прощупывается.

1. Выбрать наиболее вероятный диагноз

- а) аортальный стеноз
- б) дефект межжелудочковой перегородки
- в) митральная болезнь
- г) атеросклероз аорты

2. Аортальному стенозу характерны

- а) симптом “кошачьего мурлыканья”
- б) синдром Морганьи-Эдемса-Стокса
- в) синдром Пенкоста

3. При ЭКГ-исследовании регистрируется:

- а) S1 R111 , RV1 V2, SV5 V6
- б) R1 S111 , RV5 V6, SV1 V2
- в) “P— mitrale”

4. Наиболее вероятная причина стенокардии:
- а) спазм коронарных сосудов
 - б) снижение ударного объема
 - в) атеросклероз коронарных артерий
5. Какой метод лечения наиболее предпочтителен:
- а) консервативное лечение адреноблокаторами, сердечными гликозидами
 - б) балонная вальвулопластика
 - в) замена клапана аорты искусственным или гетеротрансплантатом.

Ответы

1. (а) В данном случае наиболее вероятный диагноз стеноз устья аорты, в пользу чего свидетельствует следующее:

- наличие классической триады стеноза аорты, стенокардия, обморок, одышка при физической нагрузке,

- грубый систолический шум который проводится на сонные артерии,

- низкие показатели систолического и диастолического давлений,

- слабое наполнение пульса,

2. (а) Аортальному стенозу характерен симптом “кошачьего мурлыканья” - это выраженное систолическое дрожание, ко-

торое можно выявить приложив ладонь к грудной клетке в области проекции рукоятки грудины

3. **(б)** R1 S111 , RV5 V6, SV1 V2 являются признаками гипертрофии левого желудочка. При стенозе аорты быстро развивается гипертрофия левого желудочка, но функция длительное время остается удовлетворительной, однако при выраженном стенозе течение болезни очень быстро осложняется сердечной недостаточностью. S1 R111 , RV1 V2, SV5 V6 являются признаками гипертрофии правого желудочка. “P-mitrlle” - характерный для митрального стеноза ЭКГ признак, который представляет собой уширенный двугорбый зубец P, регистрируемый в I и II стандартных отведениях.

4. **(б)** В этом случае наиболее вероятной причиной стенокардии является снижение ударного объема, которое приводит к нарушению кровоснабжения миокарда и развития ишемии.

5. **(в)** При аортальном стенозе наиболее эффективны хирургические методы лечения: замена клапана аорты искусственным или гетеротрансплантатом. В последнем случае необходимости в антикоагулянтной терапии нет, но максимум через 10 лет гетеротрансплантат разрушается.

11. Роль врача/медсестры и других профессионалов

Это руководство создано для специалистов первичного звена с целью повышения их знаний по отношению к разным заболеваниям, для раннего выявления, управления и профилактике тех заболеваний, которые приводят к болевым симптомам в области грудной клетки.

Врач и медсестра первичного звена должны помнить:

- Боль в груди часто предвещает опасные для жизни заболевания, поэтому от врача общей практики требуется большая настороженность.
- Обследование больных проводят по установленной схеме, которая описана в руководстве. Действия семейной медсестры фиксируется на трех основных положениях:
 - Обучение больного
 - Обучение членов семьи
 - Обучение самоконтроля

11.1. Взаимодействия семейных врачей и других специалистов (кардиологов, невропатологов, хирургов, эндокринологов, и т.п.).

Случаи, требующие консультации специалистов:

- Подозрение на инфаркт миокарда.

- Осложнения инфаркта миокарда, требующие экстренного перевода в кардиологическое отделение:
 - аневризма левого желудочка,
 - угрожающие жизни аритмии, не поддающиеся лечению,
 - кардиогенный шок.

- Стенокардия:
 - постинфарктная,
 - нестабильная,
 - не поддающаяся медикаментозному лечению,
 - затянувшийся приступ (более 15 мин), который не удается устранить нитроглицерином, -показана срочная госпитализация.

- Тромбоэмболия легочной артерии, расслаивающая аневризма аорты, пневмоторакс или другое угрожающее жизни состояние (после оказания экстренной помощи, например плевральной пункции).

12. Ссылки/научнообоснованные исследования, использованные для клинического руководства

- American Academy of Family Physicians.
www.aafp.org
- Мерта Дж. - “Справочник врача общей практики” под редакцией В.М.Нечушкина и к.м.н. М.Н. Осипов. 1998 г., Москва
- Бейтс Б. - “Энциклопедия клинического обследования больного” (перевод с англ., Москва, “Медицина”- 1997)
- Harvard Community Health Plan (1993) - “Adult guidelines for clinical practice”
- Ed. by H. Silver, C. Kempe, H. Bruyn, V. Fulginiti - “Handbook of Pediatrics”
- Арутюнян В., Григорян Г. - “Редкие болезни внутренних органов”
- Кохена М. - “Общепрактическая и семейная медицина”

Боль в грудной клетке

- Ed. by R. Kaye, F. Oski, L. Barness -
“Care Textbook of Pediatrics”

- Справочник-путеводитель практикующего врача 2000 болезней от А до Я, под редакцией член. корр. РАМН. И.Н. Денисов, проф. Э.Г. Улумбека 1998 г.
Москва

- Справочник Харрисона по внутренним болезням. §Питер| 1999 г.

- Справочник по пульмонологии под редакцией Путова Н.В., ФЕдосеева Г. Б., Хоменка А.Г. 1987 г.

- Руководство по болезням органов дыхания под редакцией Палеева Н.Р. (1990 г.)

- Руководство по диагностике и лечению внутренних болезней под общей редакцией Ф.И. Комарова 1996 г.

- UCLA Chest Pain and Unstable Angina Patient Management Guideline. Доступ 19 июня 2002
<http://www.med.ucla.edu/champ/UA01b%5B1%5D.pdf>

- Weiss B. 20 Common problems in Primary care. McGraw-Hill, 1ое издание; стр 361-372



Американский международный союз здравоохранения
1212 New York Avenue, NW, Suite 750
Washington, DC 20005
www.aiha.com