

Боли в груди. Дифференциальный диагноз

Д.м.н., профессор Екатерина Иосифовна Тарловская
Кафедра внутренних болезней Нижегородской
государственной медицинской академии

Боли в груди: основные причины

- **заболевания сердца и крупных сосудов:** стенокардия, острый инфаркт миокарда, расслоение аневризмы аорты, перикардит
- **заболевания легких:** эмболия легочной артерии, спонтанный пневмоторакс, плеврит
- **заболевания пищевода:** холецисто-кардиальный синдром, ГЭРБ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь), эзофагит, спазм пищевода, рак пищевода, язвенная болезнь
- **заболевания позвоночника и грудной клетки:** воспаление реберных хрящей в области соединения с грудиной (болезнь Титце), остеохондроз шейного и грудного отдела позвоночника,
- **заболевания нервов:** опоясывающий лишай, межреберная невралгия

Диагностика стабильной ИБС: пошаговый подход (ESC, 2013)

- Шаг 1:** Клиническая оценка вероятности наличия стабильной ИБС у конкретного пациента
- Шаг 2:** Неинвазивное обследование для подтверждения диагноза стабильной ИБС или нестенозирующего поражения сосудов у пациентов с промежуточной вероятностью наличия заболевания
- Шаг 3:** После подтверждения диагноза стабильной ИБС назначается оптимальная медикаментозная терапия и осуществляется стратификация риска возникновения сердечно-сосудистых событий с целью отбора пациентов, которым целесообразно выполнить реваскуляризацию

Оценка вероятности наличия стабильной ИБС до выполнения тестов (ESC, 2013)

Возраст	Типичная стенокардия		Атипичная стенокардия		Неангинозный характер жалоб	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
≥80	93	76	78	47	65	32

Белые ячейки. Вероятность заболевания <15%, дальнейшее обследование не требуется.

Голубые ячейки. Вероятность заболевания 15-65%. Возможно проведение нагрузочного теста, однако следует отдавать предпочтение неинвазивным визуализирующим методикам.

Розовые ячейки. Вероятность заболевания 66-85%. Показано выполнение неинвазивных визуализирующих функциональных тестов.

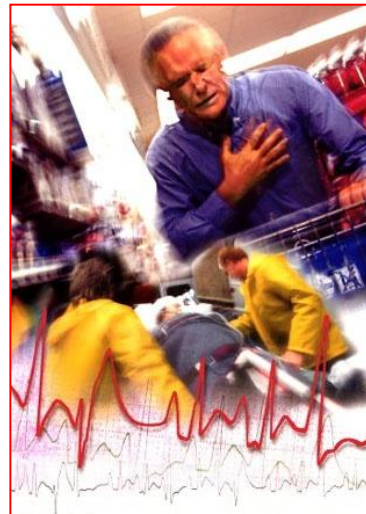
Красные ячейки. Вероятность заболевания >85%, диагноз стабильной ИБС может считаться установленным, требуется только стратификация риска.

Диагностика стенокардия

- Диагноз стабильной стенокардии устанавливается при явной **клинической картине**
- При положительных результатах **нагрузочных тестов** на фоне нетипичной клинической картины
- Большое значение имеет выявление **факторов риска ИБС (АГ, курение, наследственность, нарушения липидного обмена)**

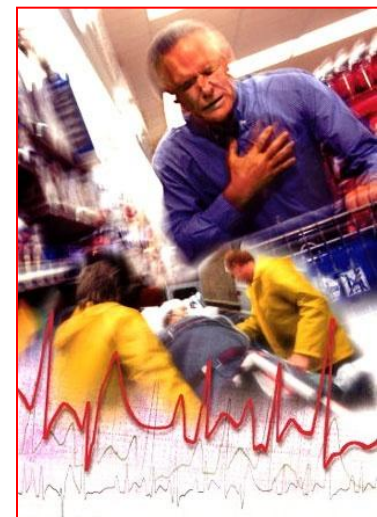
СТЕНОКАРДИЯ

- СТЕНОКАРДИЯ – это КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, проявляющийся чувством стеснения или болью в груди сжимающего, давящего характера, которая локализуется чаще за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрий.



СТЕНОКАРДИЯ

- Боль возникает во время физической нагрузки, при эмоциональном стрессе, после обильного приема пищи, при выходе на холод
- Боль купируется прекращением нагрузки и/или нитроглицерином в течение нескольких секунд или минут (стабильная)



Функциональные классы стенокардии

(Классификация Канадского общества кардиологов, 1976)

- **КЛАСС I**

- Привычная физическая активность, такая как ходьба или подъем по лестнице, не провоцирует приступов стенокардии. Стенокардия возникает в результате более интенсивной или длительной нагрузки



Функциональные классы стенокардии

(Классификация Канадского общества кардиологов, 1976)
• **КЛАСС II**

Незначительное ограничение привычной активности. Стенокардия возникает при ходьбе на расстояние более 200 метров, подъеме более чем на 1 пролет по обычным ступенькам в нормальном темпе и в нормальном состоянии или при быстром подъеме по лестнице или в гору.

Вероятность приступа стенокардии возрастает при физической нагрузке, после еды, в холодную или ветреную погоду, после эмоциональных стрессов или в течение нескольких часов после пробуждения.

Функциональные классы стенокардии

(Классификация Канадского общества кардиологов, 1976)

• КЛАСС III

Значительное ограничение привычной физической активности (стенокардия появляется при ходьбе на расстояние 100-200 метров, при подъеме на 1 пролет в нормальном состоянии и в нормальном темпе).



Функциональные классы стенокардии

(Классификация Канадского общества кардиологов, 1976)

• КЛАСС IV

Невозможность выполнять любую физическую нагрузку без дискомфорта, ангинальные боли (кратковременные) могут возникать в покое.



Диагностика ИБС

При физикальном обследовании пациента следует обратить внимание:

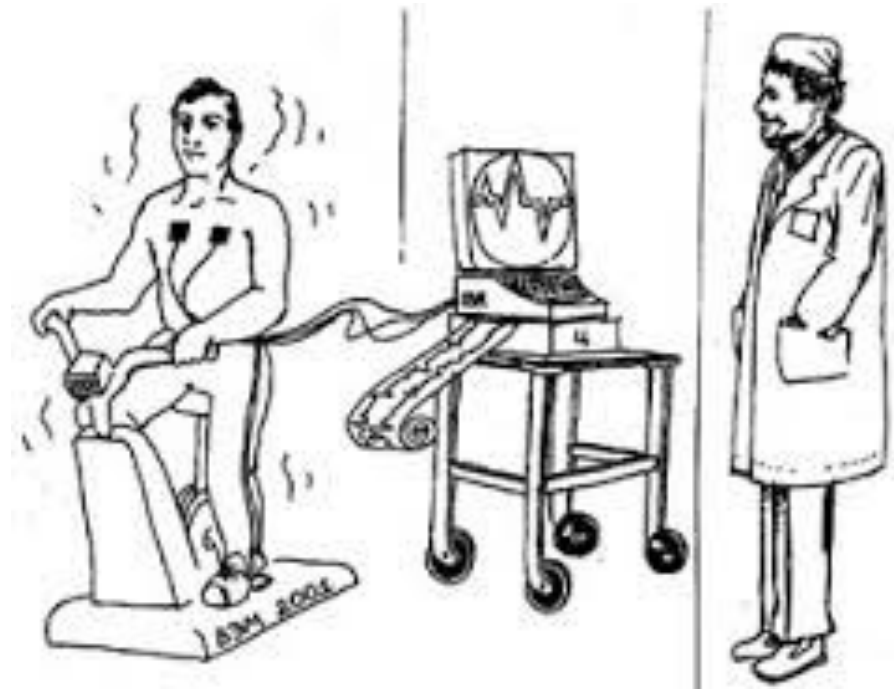
1. на признаки атеросклероза периферических артерий (данные пальпации артерий стоп, аускультация брахиоцефальных артерий)
2. на симптомы ХСН
3. на признаки метаболического синдрома X (окружность талии)
4. на уровень АД

Рекомендации по обследованию больного с вероятной ИБС

1. Определение уровня общего ХС и ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП
2. ОАК (Гемоглобин)
3. Глюкоза, фибриноген, мочевая кислота
4. ЭКГ в покое
5. ЭКГ во время болей в груди
6. Р-графия грудной клетки при СН, заболеваниях клапанов, перикардialного выпота, аневризмы аорты

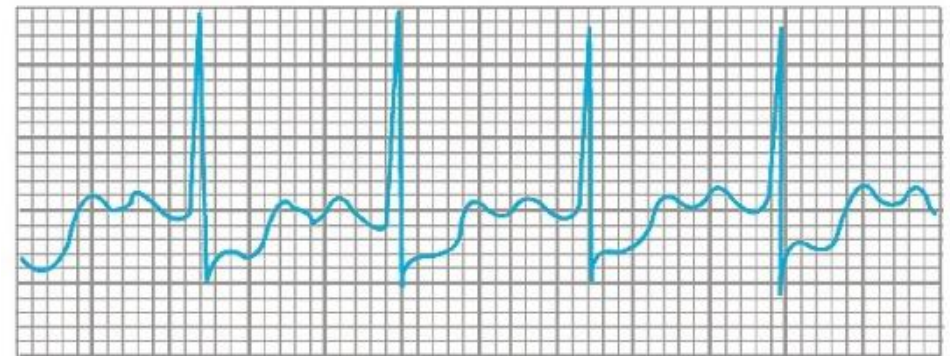
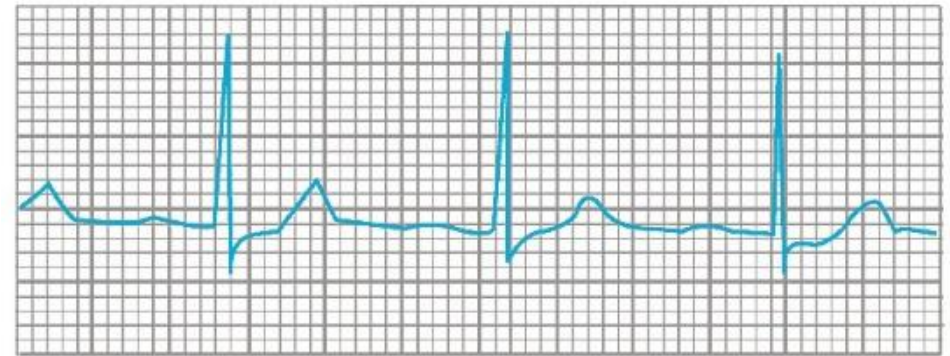
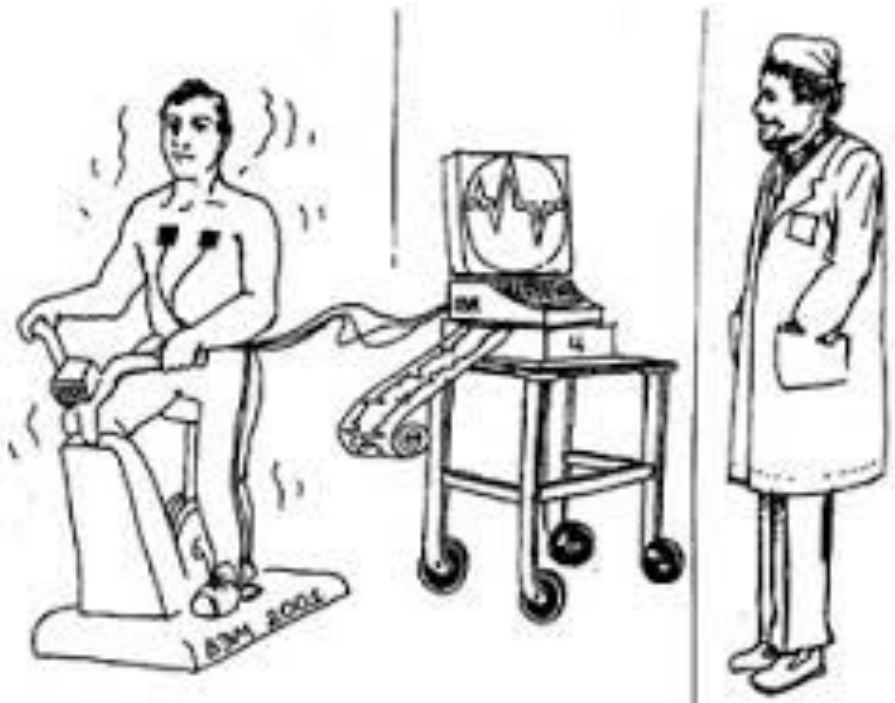
Стресс тесты в диагностике ИБС

- Нагрузочные пробы проводятся как для диагностики ИБС, так и с целью стратификации риска больного с уже установленным диагнозом



Критерии положительной пробы ВЭМ

- Горизонтальная или косонисходящая депрессия или элевация ST на 1 мм, в течение или вскоре после прекращения нагрузки



Коронарная ангиография: основные задачи

- Уточнение диагноза в случаях недостаточной информативности результатов неинвазивных методов обследования
- Определение возможности реваскуляризации миокарда и характера вмешательства – КШ или БКА

Клинические симптомы, указывающие на ОКС

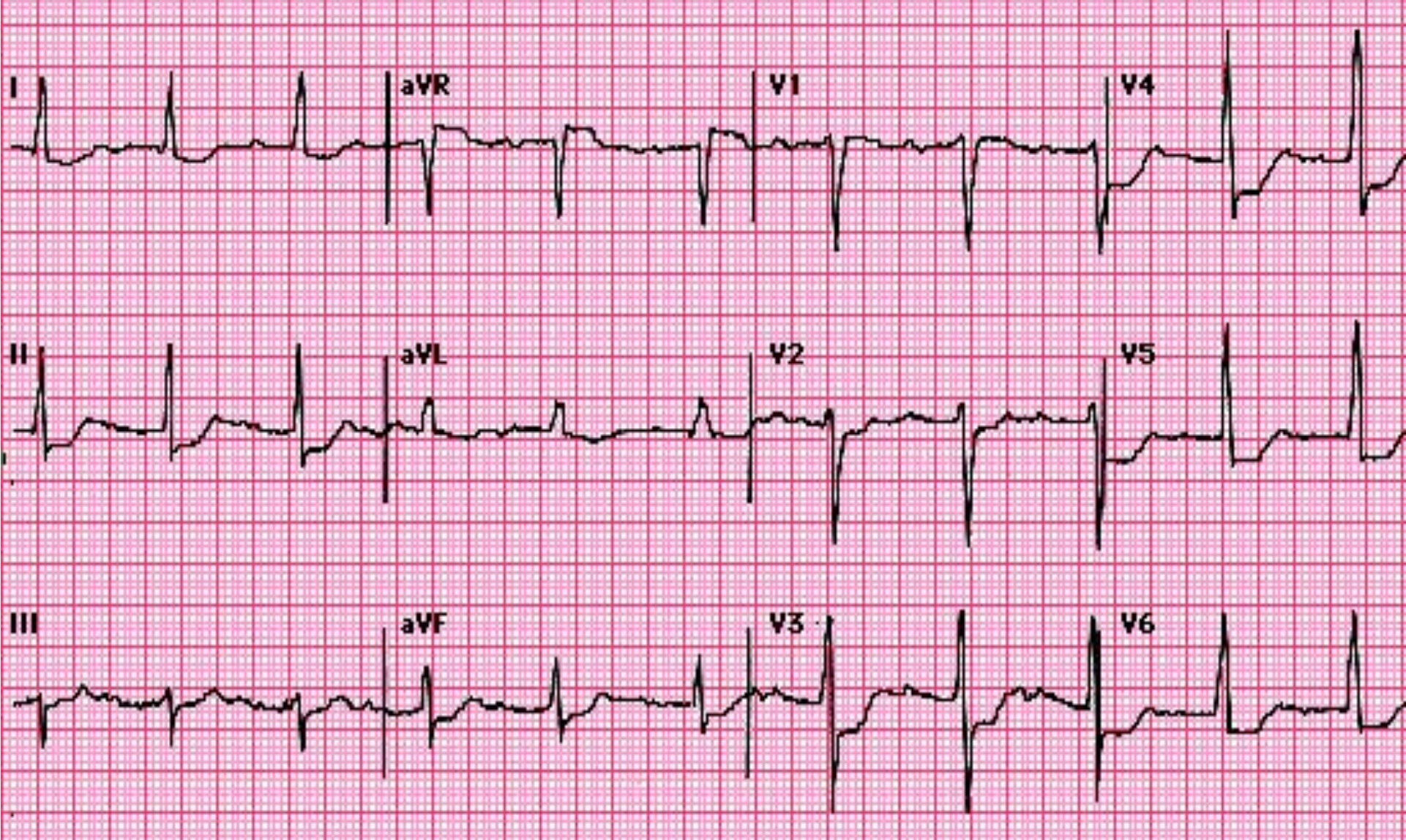
- Интенсивные продолжительные (>15 мин) боли за грудиной или в левой половине груди, иногда с иррадиацией*
- Ухудшение общего самочувствия: резкая слабость, чувство нехватки воздуха, одышка или удушье
- *Возможна атипичная локализация болей: левая рука, правая половина груди, эпигастрий

**Диагноз после оценки клинических
симптомов: Острый коронарный синдром**

Классификация ОКС на основании ЭКГ

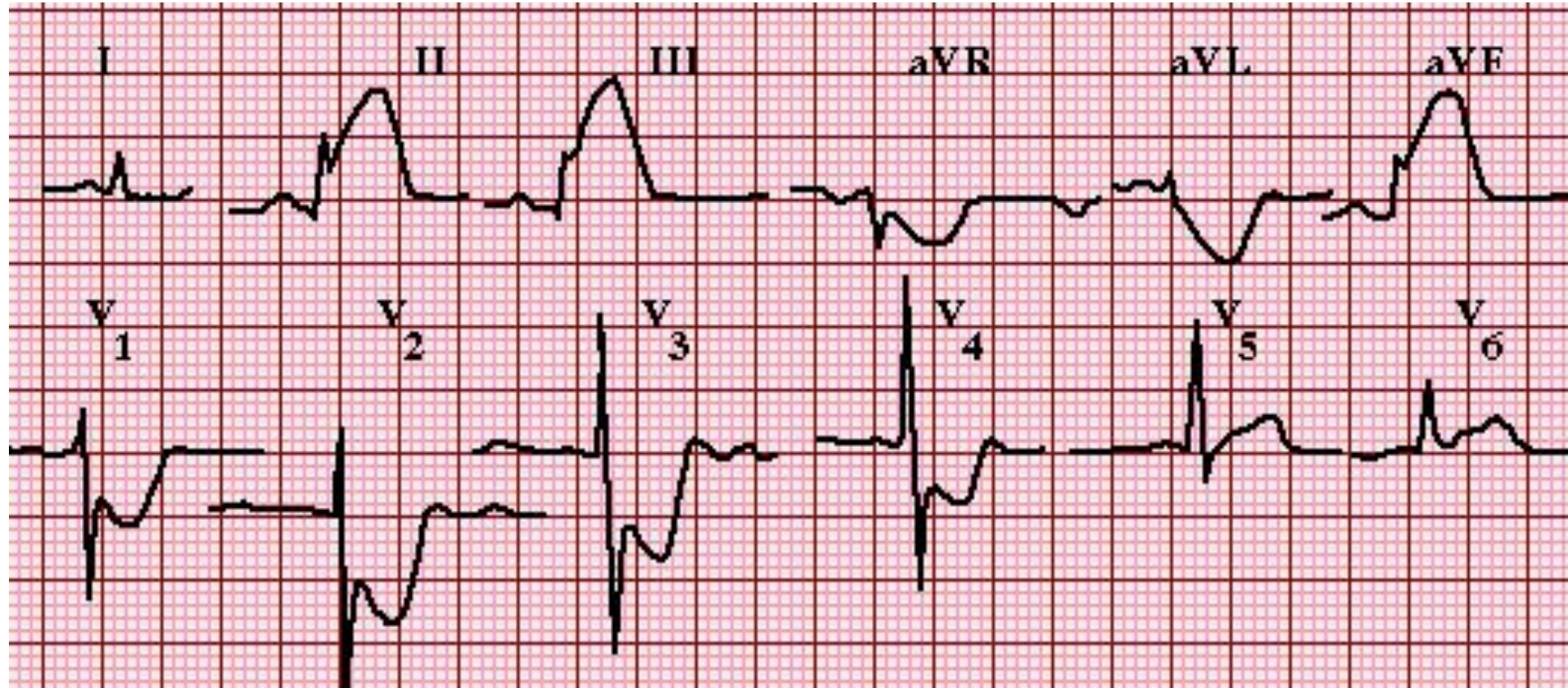
- ОКС без подъема ST - ОКСбпST
 1. Нестабильная стенокардия
 2. ИМ без Q
- ОКС с подъемом ST - ОКСпST
 1. ИМ с Q

Диагноз после оценки клинических симптомов + ЭКГ: Острый коронарный синдром с подъемом или без подъема ST



ОКС без подъема ST: Признаки субэндокардиального повреждения на передней стенке ЛЖ с распространением на верхушку и боковую стенку

ОКС с подъемом ST



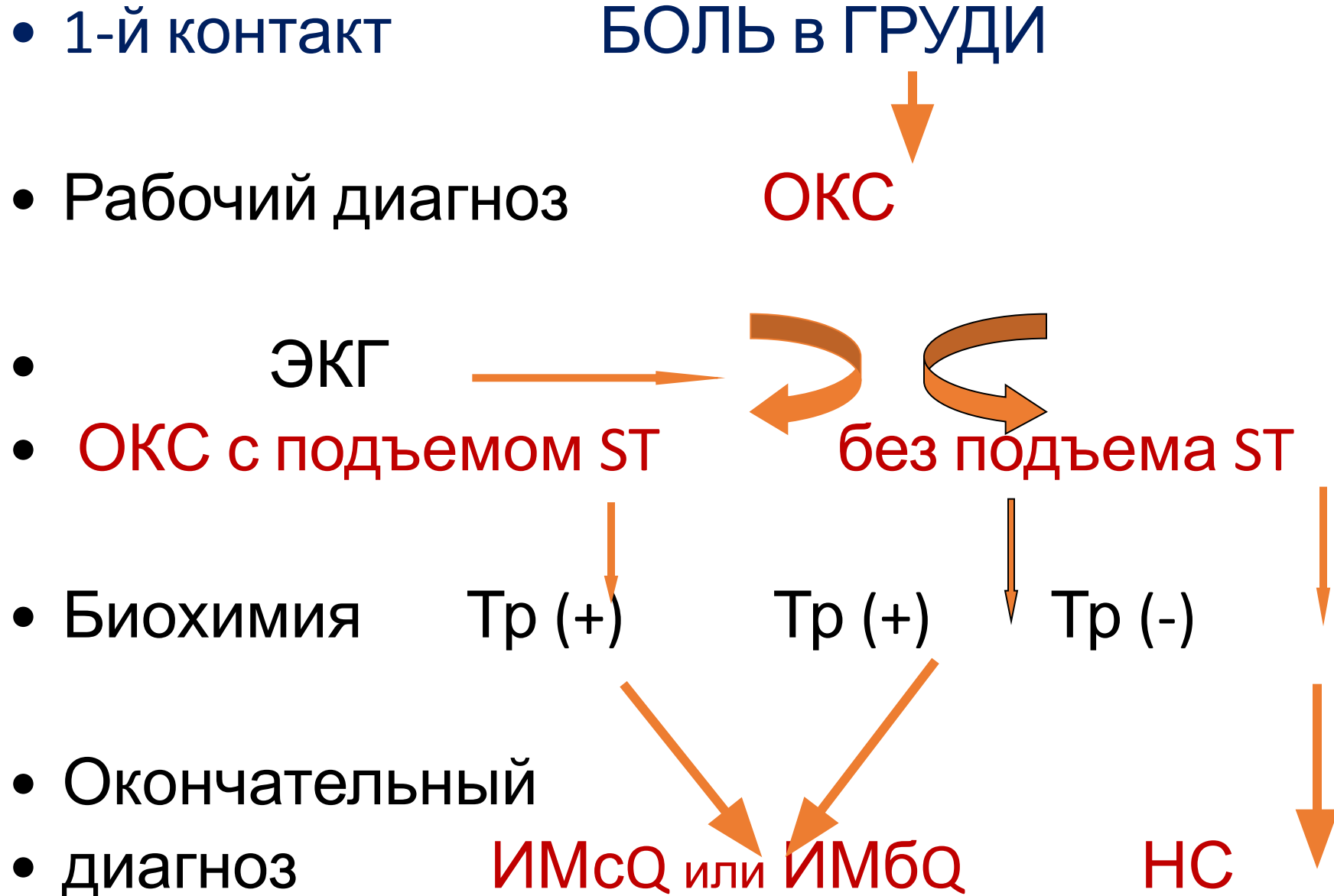
Острый ИМ с Q заднедиафрагмальный,
реципрокные изменения ЭКГ в V1, V2,
V3, V4

Какие возможны диагнозы после определения биохимических маркеров?

1. Тропонин (+) - ИМБQ или ИМсQ
2. Тропонин (-) - НС (указать клинический вариант)

Диагноз после оценки клинических симптомов + ЭКГ + б\х маркеры: Инфаркт миокарда с Q или без Q или нестабильная стенокардия

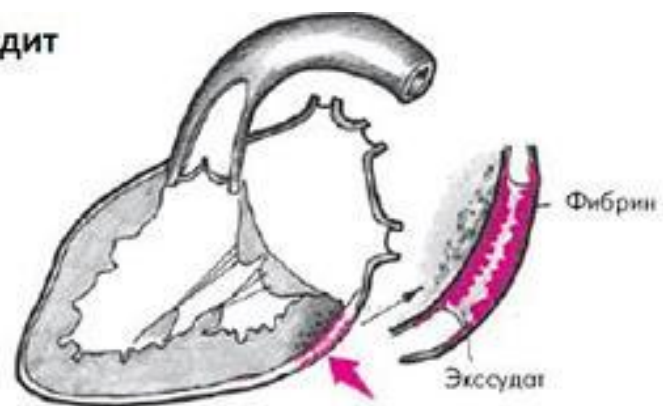
Терминология при ОКС



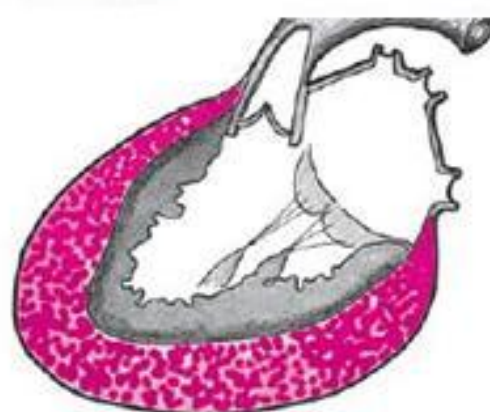
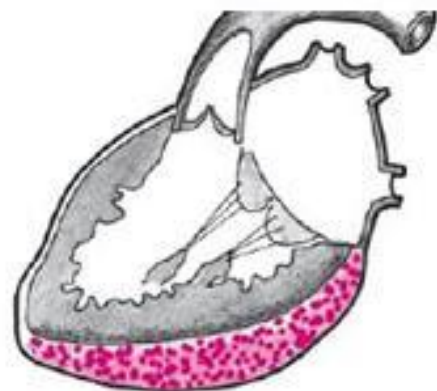
Перикардит

- Воспаление перикарда, сопровождается появлением болей за грудиной усиливающихся в положении лежа на спине и уменьшаются при наклоне туловища вперед

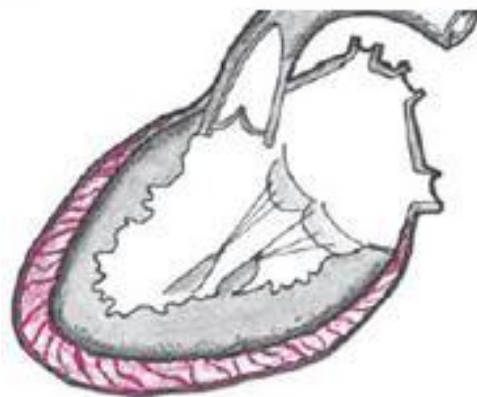
Фибринозный перикардит



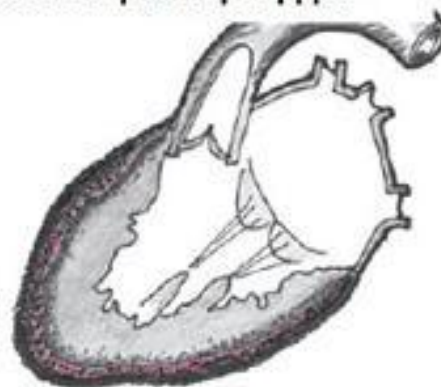
Эксудативный перикардит



Слипчивый перикардит



Сдавливающий перикардит



Рекомендации по диагностике и клиническому исследованию пациентов при перикардите

Клинические признаки и симптомы	
Сухой перикардит	Экссудативный перикардит
<ul style="list-style-type: none">■ боль в грудной клетке в области верхушки сердца■ шум трения перикарда (патогномоничный симптом)■ симптомы воспалительного заболевания (лихорадка, слабость, утомляемость)■ изменения ЭКГ, аритмии (при вовлечении миокарда)	<ul style="list-style-type: none">■ одышка (уменьшается в положении сидя с наклоном вперед)■ сухой кашель■ набухание яремных вен■ смещение верхушечного толчка■ расширение области относительной и абсолютной тупости сердца■ при перкуссии - притупление под углом левой лопатки (симптом Эварта)■ после сухого перикардита - уменьшение боли в грудной клетке, изменение условий выслушивания шума трения перикарда■ симптомы воспалительного заболевания (лихорадка, слабость, утомляемость)■ нарушения сердечного ритма и проводимости

Диагностика и рекомендуемые клинические исследования

- ЭКГ
 - в отсутствие значительного выпота - четырехфазная картина изменений
 - при значительном объеме выпота - феномен электрической альтернации
- ЭхоКГ (при экссудативном перикардите)
- КТ и МРТ (при осумкованных перикардальных выпотах)
- рентгенография органов грудной клетки
- лабораторные методы исследования
 - общий, биохимический анализы крови
 - дополнительные анализы для установления причин перикардита

Осложнения перикардита

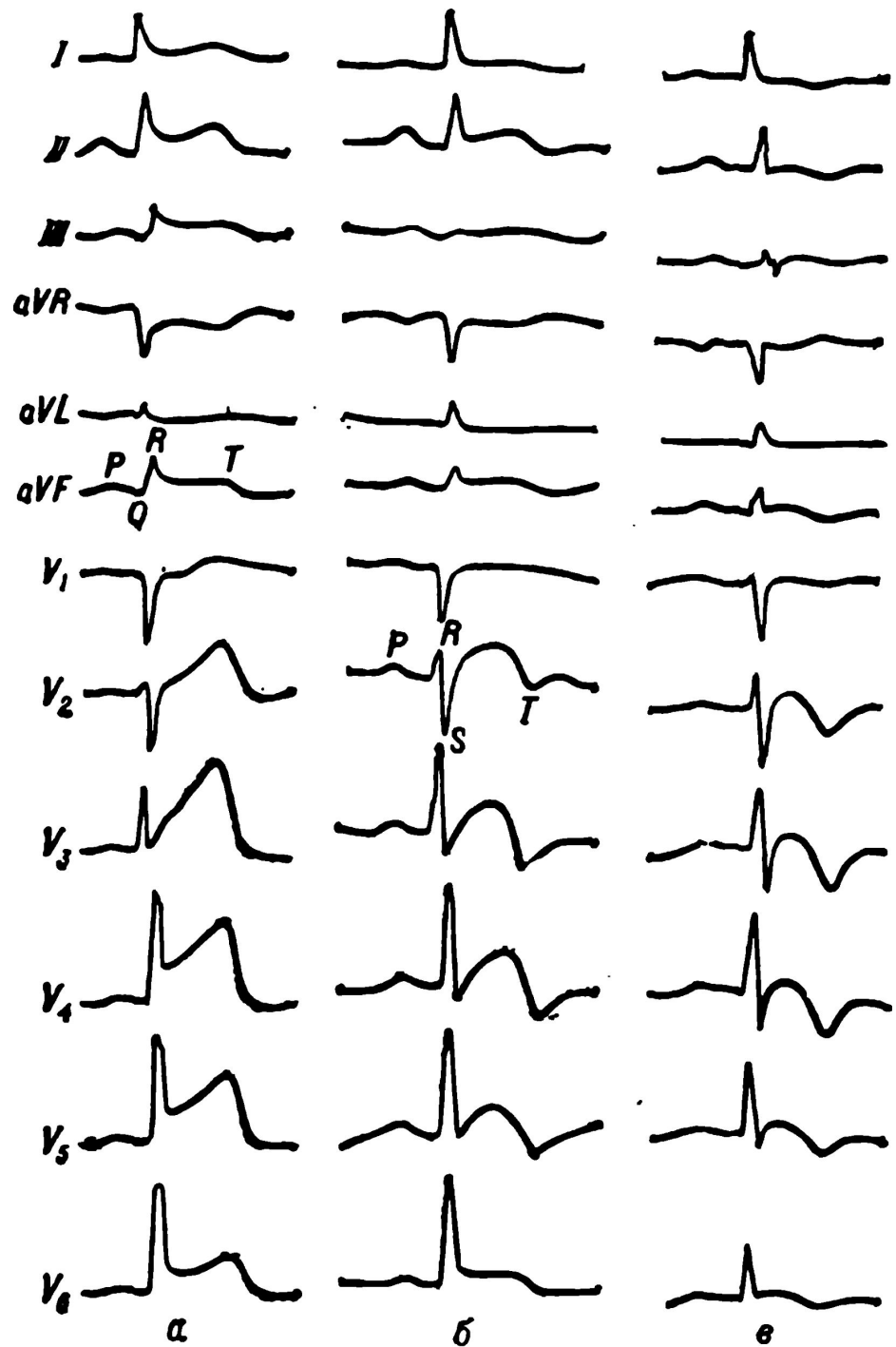
- тампонада сердца (синдром низкого сердечного выброса, застой в большом круге кровообращения)
- констриктивный перикардит (синдром низкого сердечного выброса)
- хроническая правожелудочковая гиподиастолия

Дифференциальный диагноз

- острый инфаркт миокарда
- кардиомегалия различной этиологии
- плеврит

4 фазы изменения ЭКГ при перикардите

Форма перикардита	Клинические симптомы	Лабораторно-инструментальные диагностические критерии
1	2	3
Острый фибринозный (сухой), начальная фаза выпотного	<ul style="list-style-type: none">• Боли в области сердца и/или живота• Шум трения перикарда• В ряде случаев отсутствуют	<p>Фазовая динамика ЭКГ (в отведениях I, II, aVL, aVF, V₃₋₆):</p> <ul style="list-style-type: none">• Стадия I — подъём сегмента ST, зубец T высокий остроконечный (2–7-й день болезни)• Стадия II — возвращение сегмента ST к изолинии, зубец T уплощён (1–2-я неделя болезни)• Стадия III — сегмент ST остаётся на изолинии, инверсия зубца T (изменения иногда сохраняются неопределённое время)• Стадия IV — возвращение ЭКГ к норме



ЭКГ при перикардите

Заболевания легких

- эмболия легочной артерии
- спонтанный пневмоторакс
- плеврит

Основные жалобы при ТЭЛА

Жалобы	Массивная ТЭЛА, %	Немассивная ТЭЛА, %	Средняя частота, %
Одышка	80	90	85,2
Плевральная боль	60	85	72
Загрудинная боль	65	45	50
Чувство тревоги, страха	61	56	59
Кашель	50	60	54
Кровохарканье	25	45	35
Потливость	28	25	26
Синкопальное состояние	24	5	14



Одышка преобладает в клинической картине ТЭЛА

- Инспираторная
- Не облегчается сидя, если нет сопутствующей левожелудочковой СН
- Нет дистанционных хрипов, если нет ХОБЛ
- Аускультативно возможны сухие хрипы
- Не участвуют в дыхании вспомогательные мышцы

- **При возникновении внезапной одышки, не зависящей от положения тела, с артериальной гипотензией, в 1-ю очередь следует подумать о ТЭЛА, особенно у пациентов с повышенным риском ТЭ**

Трудности диагностики ТЭЛА

- К чувствительным и специфичным методам диагностики относятся:
 1. Определение D-димера
 2. ЭхоКГ
 3. Компьютерная томография
 4. Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия
 5. Ангиография,
 6. Методы диагностики тромбоза глубоких вен нижних конечностей: ультрасонография, КТ-венография

Алгоритм диагностики при подозрении на ТЭЛА невысокого риска

Оценка клинической вероятности ТЭЛА ?

Низкая или промежуточная

D-димер

Негативный

Без лечения

Позитивный

МСКТ

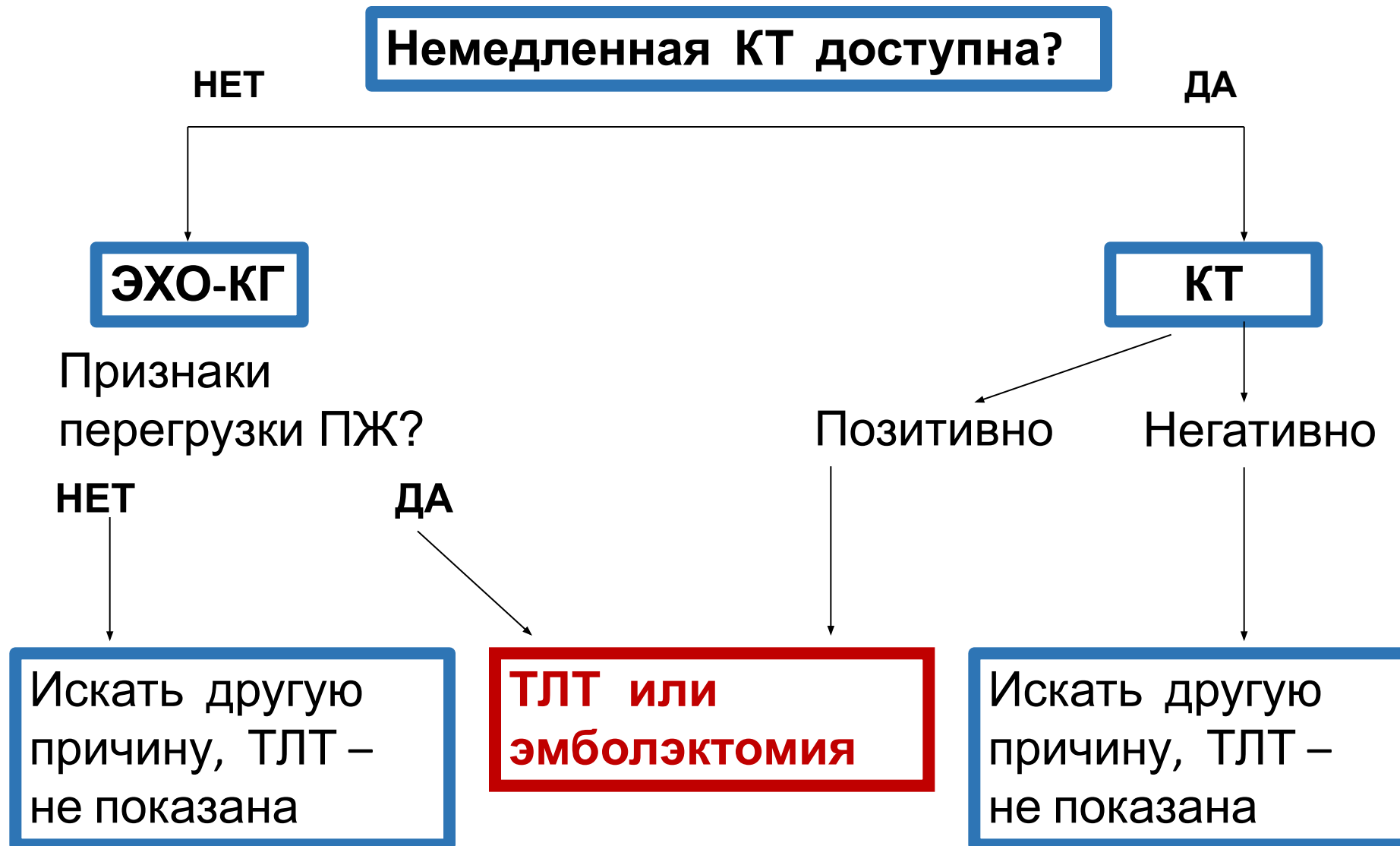
ТЭЛА – лечение

Нет ТЭЛА - без лечения, обследование

ТЭЛА – лечение

Высокая

Алгоритм диагностики при подозрении на ТЭЛА высокого риска



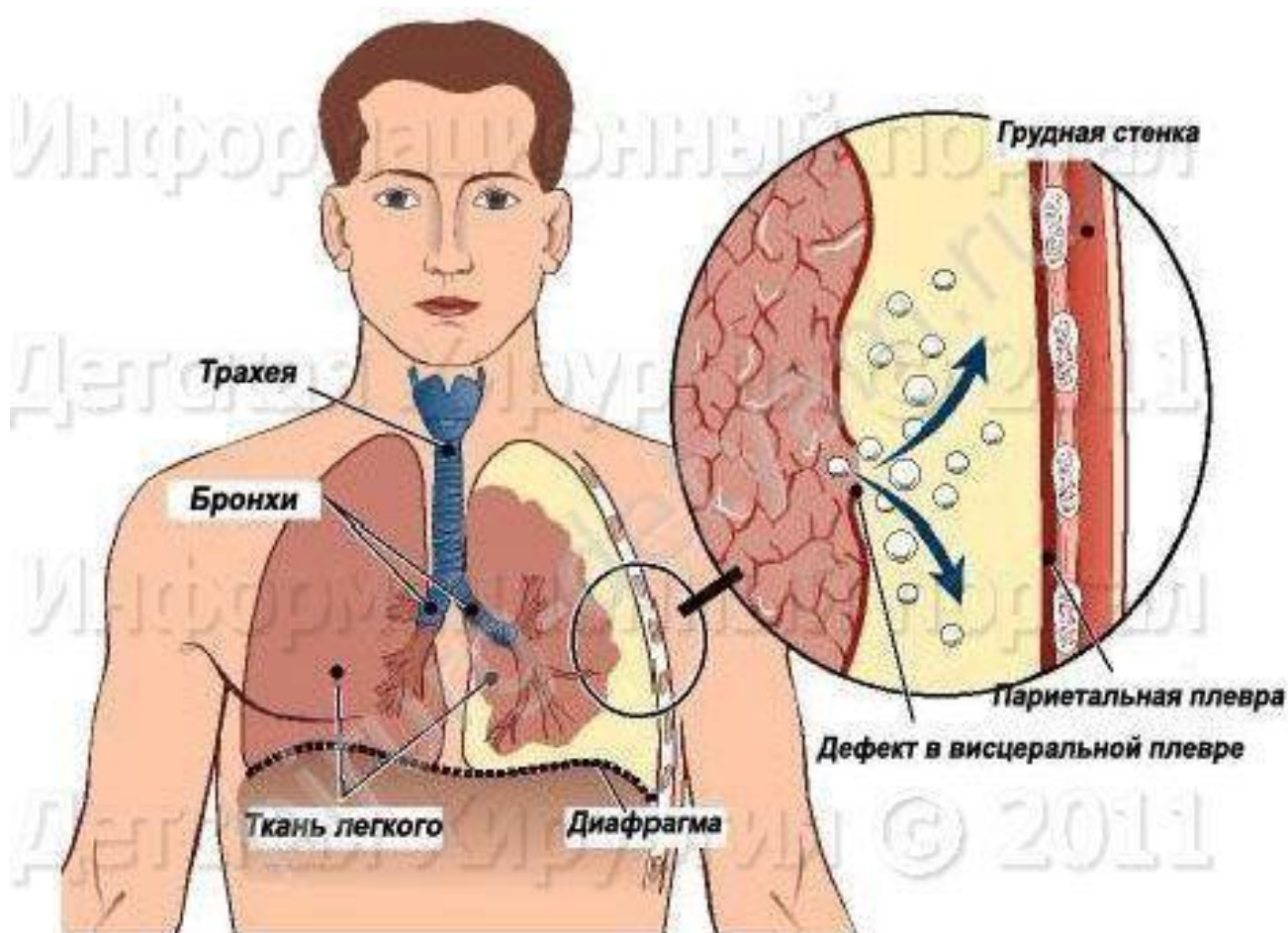
Симптомы плеврита

- Боль в груди, которая усиливается при вдохе
- Одышка
- Острая боль

Самый общий признак плеврита - боль, которая усиливается при вдохе. Хотя в самих легких нет болевых рецепторов, плевро содержит много нервных окончаний. Когда дополнительная жидкость накапливается между слоями плевро, боль обычно менее сильная - это менее серьезная форма плеврита. С накоплением очень большого количества жидкости, расширение легких может быть ограничено, вследствие чего может усиливаться одышка.



Спонтанный пневоторакс



- Пневмоторакс (спадение легкого) при котором боль в груди сопровождается одышкой, учащенным дыханием и сердцебиением, головокружением, слабостью
- Симптомы определяются размером и скоростью проникновения в плевральную полость воздуха

Пневмоторакс

- **Закрытый пневмоторакс.**
- в плевральную полость проникает небольшое количество газа, нарастания не происходит. Отсутствует сообщение с внешней средой.
- Поскольку воздух может самопроизвольно рассосаться из плевральной полости, содействуя к расправлению лёгкого, то такой вид пневмоторакса считается самым легким.

Пневмоторакс

- **Открытый пневмоторакс.**
- Плевральная полость при открытом пневмотораксе сообщается с внешней средой, в ней создаётся давление, которое равняется атмосферному
- Легкое спадается, так как важным условием для расправления лёгкого является отрицательное давление, происходящее в плевральной полости
- Спавшееся лёгкое из дыхания выключается, в нём совершенно не происходит газообмен и кислородом кровь не обогащается. При этом может наблюдаться гемоторакс

Пневмоторакс

- **Клапанный пневмоторакс.** Возникает, когда образуется клапанная структура, пропускающая в одностороннем направлении воздух из легкого либо в плевральную полость из окружающей среды
- С каждым дыхательным движением нарастает в плевральной полости давление
- Относится к самому опасному виду пневмоторакса, так как к выключению лёгкого из дыхания присоединяется раздражение нервных окончаний плевры, что заканчивается плевропульмональным шоком
- Помимо этого, смещаются органы средостения, что сказывается на их функции, а именно происходит сдавливание крупных сосудов

Гипокинетическая форма дискинезии ЖВП

- Боль в правом подреберье, не сильная, но длительная, тупая, распирающая
- Боли провоцируются нарушением диеты
- Подташнивание, горечь во рту, метеоризм, неустойчивый стул (то запор, то диарея), иногда – рвота желчью.
- Чаще у людей старшего возраста
- **Иррадирует в правые плечо, лопатку, ключицу, правую половину шеи**



Гиперкинетическая форма дискинезии ЖВП

- Приступы боли кратковременны и редко продолжаются больше 1 часа
- Боли провоцируются стрессом, нарушением диеты
- У женщин обострения часто связаны с менструальным циклом, так как во время месячных тонус ЖП повышен
- Чаще встречается в молодом возрасте
- Иррадирует в правые плечо, лопатку, ключицу, правую половину шеи



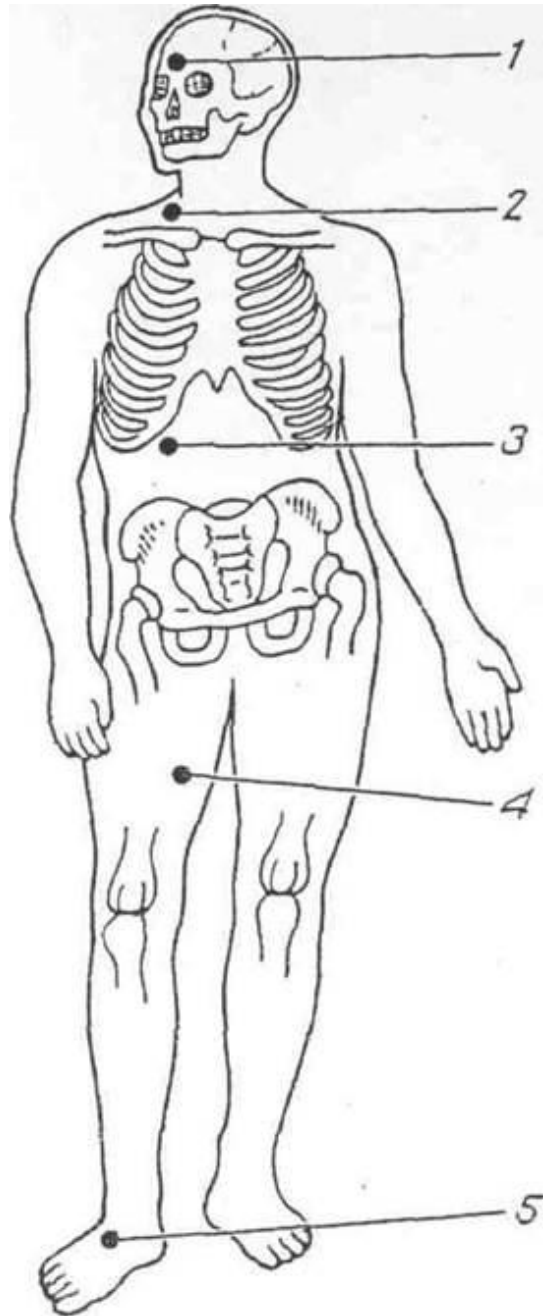
Болевые точки и зоны на поверхности тела при пальпации и перкуссии при хроническом холецистите

- Выделяют симптомы 3 групп, позволяющие не только поставить диагноз, но и установить фазу (обострение, затухающее обострение, ремиссия) и тяжесть течения заболевания

Сегментарные рефлекторные симптомы или органоспецифические точки (симптомы I группы)

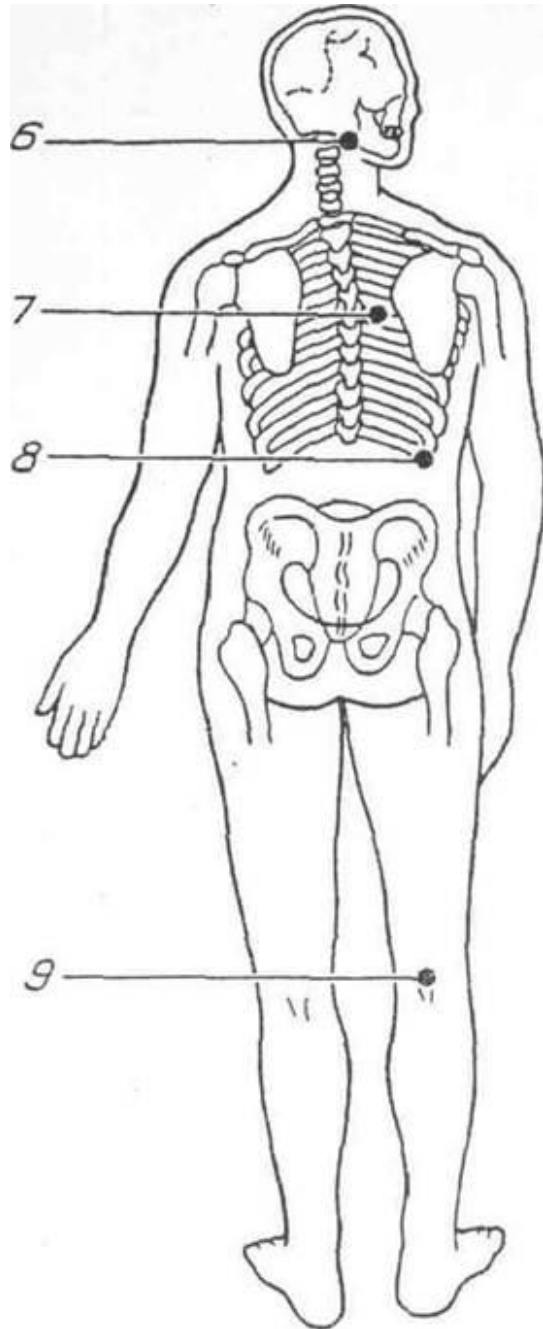
- Появляются **при обострении**
хронического холецистита
- Болевые точки кожи, определяемые при
пальпации 1 или 2 пальцами

Симптомы I группы



точка Маккензи, пересечение наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой

Симптомы I группы



точка Боаса, по
паравертебральной линии справа
на уровне X-XI грудных позвонков

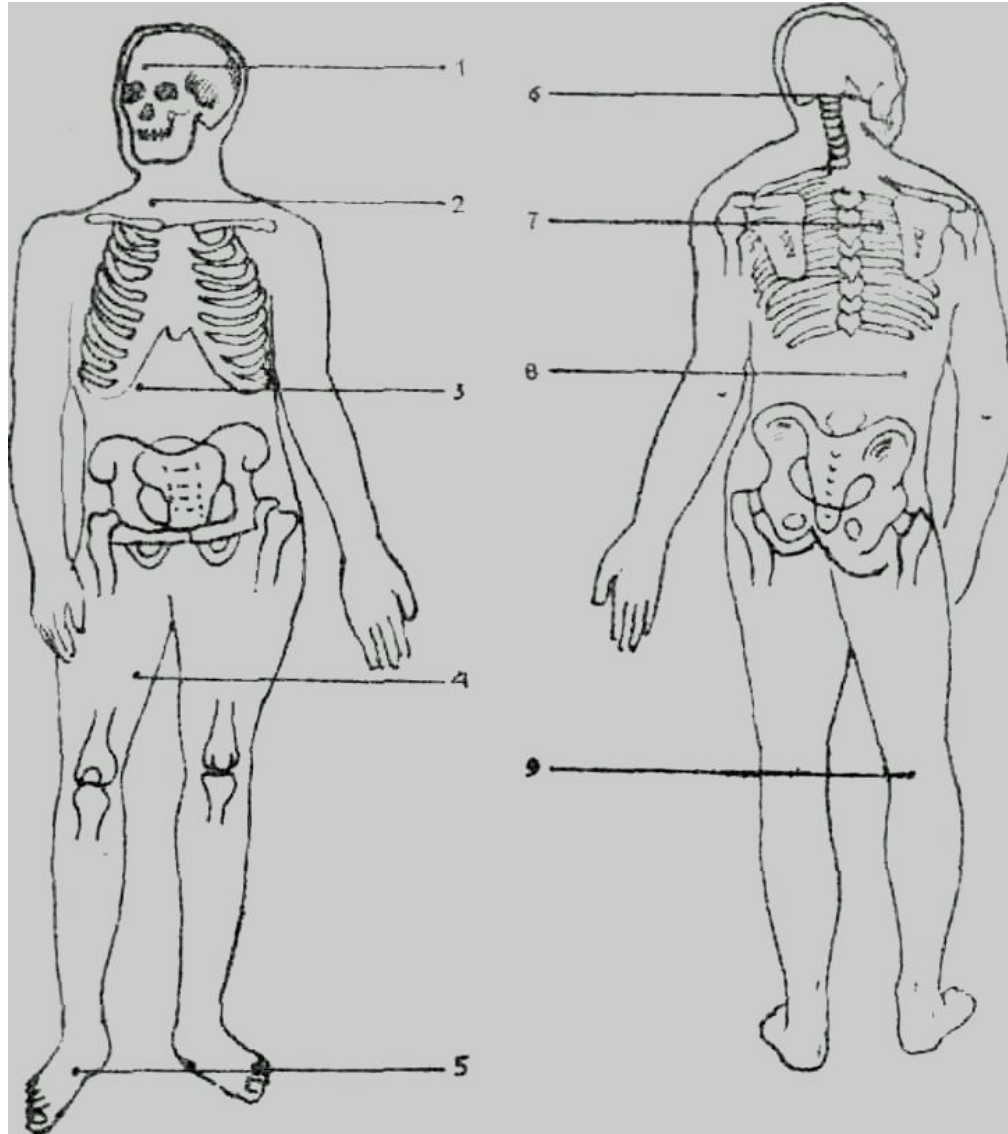
Сегментарные рефлекторные симптомы (симптомы I группы)

- **симптом Алиева** вызывают из *точки Маккензи* и *точки Боаса*, когда давление на них, на ряду с местной болезненностью под пальпирующим пальцем вызывает появление иррадирующей боли, идущей в глубь по направлению к ЖП
- **симптом Айзенберга I** - появление выраженной боли в области ЖП при нанесении короткого удара ребром ладони **ниже угла правой лопатки**

Внесегментарные болевые точки (симптомы II группы)

- Давление в этих точках оказывают одновременно справа и слева указательным и средним пальцами правой и левой руки
- Выраженность боли позволяет судить о **тяжести течения** патологического процесса

Внесегментарные болевые точки (симптомы II группы)



1 – точка Бергмана

2 – точка Мюсси

4 – точка Лапинского

5 – плантарная точка

6 – точка Ионаша

7 – точка Харитонова

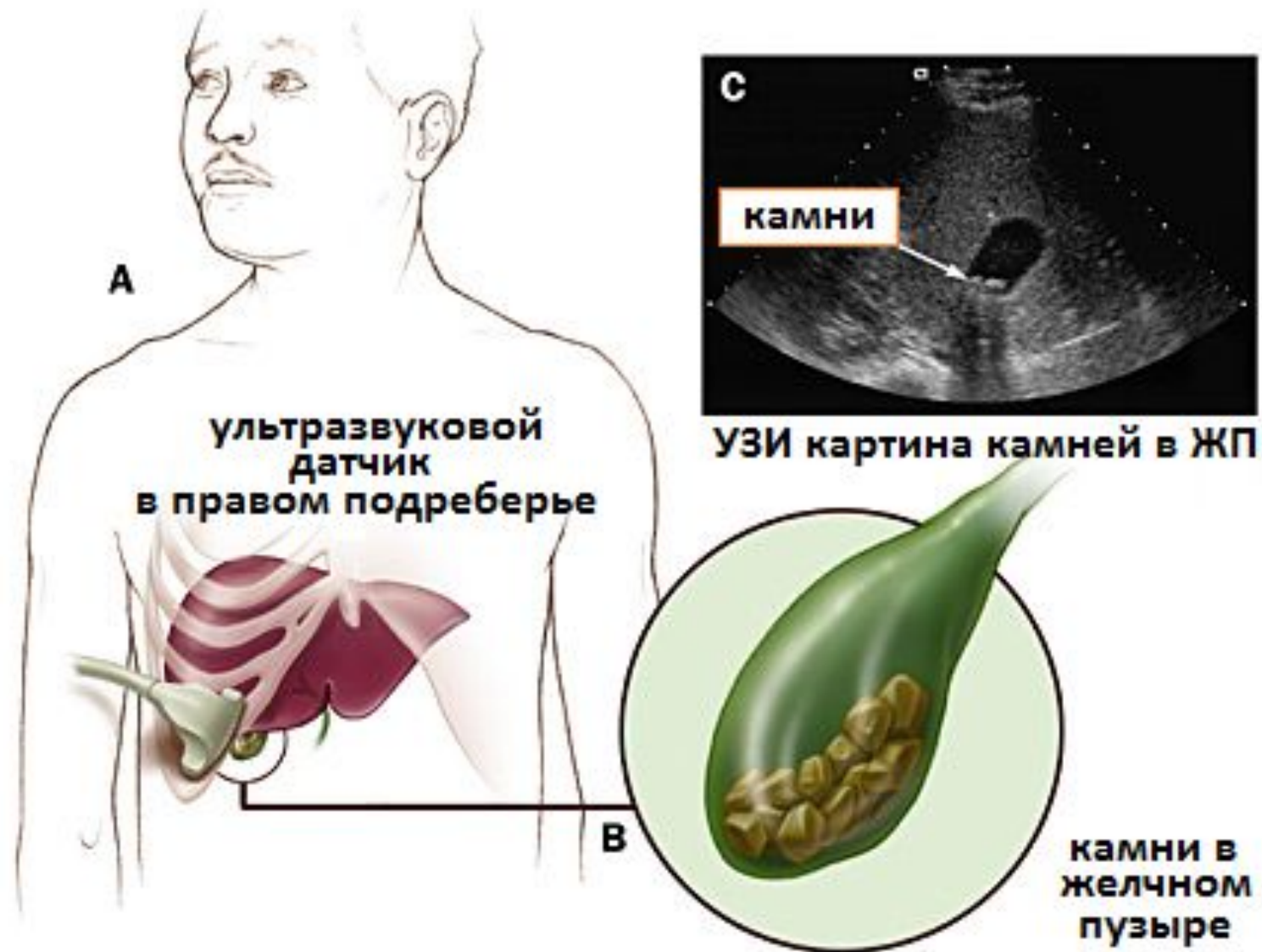
9 – точка подколенной

ямки

Симптомы непосредственного или опосредованного раздражения ЖП (симптомы III группы)

- **симптом Кера** – локальная болезненность при глубокой пальпации в зоне ЖП
- **симптом Гаусмана** – боль при коротком ударе ребром ладони ниже правой реберной дуги на высоте вдоха
- **симптом Лепене** – локальная перкуторная болезненность в зоне ЖП ниже правой реберной дуги на высоте вдоха
- **симптом Ортнера- Грекова** – болезненность в ЖП при ударе ребром ладони по краю правой реберной дуги
- **симптом Айзенберга II** – болезненность ЖП при сотрясении во время резкого опускания с носков на пятки

УЗИ органов брюшной полости



Клинические синдромы при ЯБ

- Болевой синдром
- Диспептический синдром
- Астено-вегетативный синдром

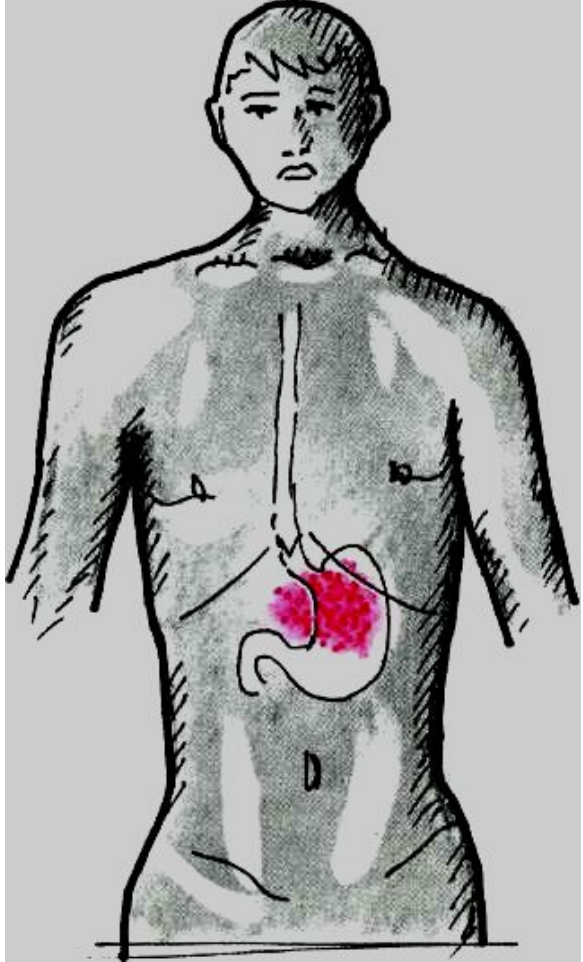
КЛИНИКА ЯБ: болевой синдром

- возникает в результате:
- воздействия кислотно-пептического фактора,
- спазма пилородуоденальной зоны,
- повышения давления в желудке и 12ПК
- периульцерозного воспаления
- раздражения (ирритации) висцеральных симпатических волокон

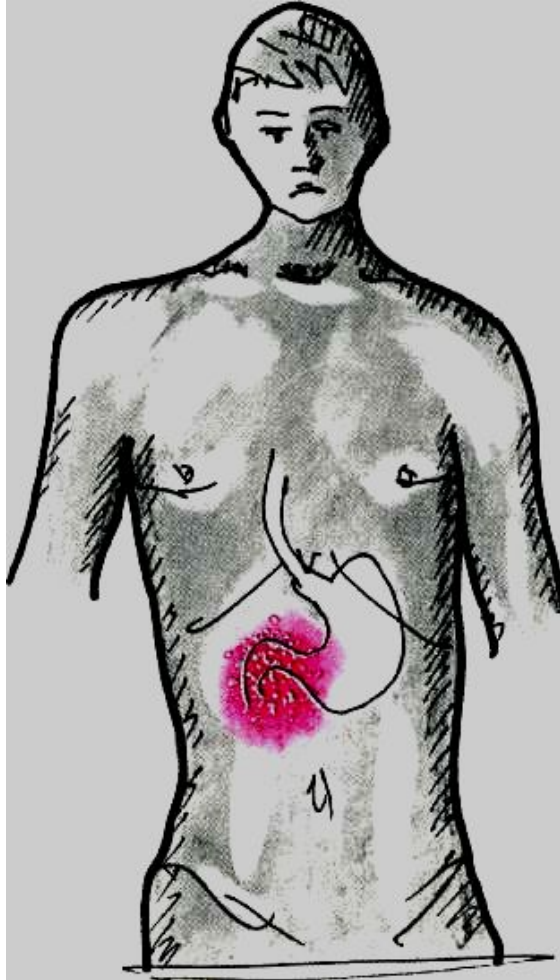


Характерна сезонная и пищевая периодичность боли

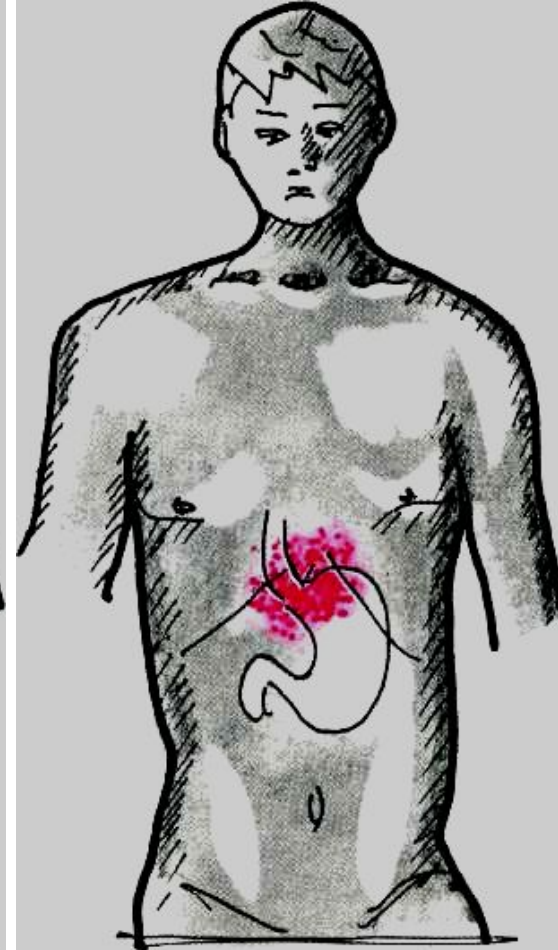
(С-м Троицкого)



**Типичная
локализация
боли при язве
тела желудка**



**Типичная
локализация
боли при язвах
антрального
отдела желудка,
пилорического
канала и ДПК**



**Типичная
Локализация
боли при язвах
субкардиального
и кардиального
отделов желудка**

Время возникновения боли зависит от локализации язвы

Пилорический отдела желудка и луковица ДПК – боль
поздняя, через 1,5-2 ч после еды, ночная, голодная,
купирующаяся антацидами и пищей

Тело и кардиальный отдел желудка – боль ранняя, через
1/2-1ч после еды, прекращается после опорожнения желудка

Постбульбарная язва – боли интенсивные, пульсирующие,
через 3-4 ч после еды и нередко купируются только
наркотиками



Характеристика болей при ЯБ

Появление иррадиирующих болей обычно свидетельствует об осложнении ЯБ:

- пенетрации в соседние органы
- развития перивисцеритов, солярного синдрома
- наличии сопутствующих заболеваний
- **Исчезновение болей в животе** вслед за начавшимся желудочно-кишечным кровотечением (С-м Бергмана)
- **Замедление пульса в первые часы** после прободения язвы (с-м Грекова)

Синдром диспепсии при ЯБ

- ощущение дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), в подложечной области
- неприятный привкус во рту
- отрыжка пустая, воздушная, реже пищей
- изжога – иногда мучительная, как эквивалент боли
- тошнота
- рвота – чаще на высоте болевого приступа без предшествующей тошноты, облегчает боль. Нередко больные вызывают ее искусственно

Объективные симптомы ЯБ

- при пилорических язвах - преходящее смещение пупка в сторону поражения при натуживании (с-м Шлизингера)
- Местное мышечное напряжение брюшной стенки над местом проекции язвы
- Локальная пальпаторная болезненность в эпигастрии над местом проекции язвы на переднюю брюшную стенку живота
- Локальная перкуторная болезненность в эпигастрии над местом проекции язвы на переднюю брюшную стенку живота (с-м Менделя)

Объективные симптомы ЯБ (продолжение)

- болезненность при пальпации в области остистых отростков VII-X грудных позвонков (**с-м Опенховского**)
- болезненность при пальпации по обе стороны позвоночника на уровне X-XII грудных позвонков (**с-м Боаса**)
- болезненность при пальпации на уровне поперечных отростков III поясничного позвонка (**с-м Гербста**)

Основные синдромы хронического панкреатита

- **БОЛЕВОЙ**
- **ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНЫЙ**
- **ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ - МАЛЬАБСОРБЦИЯ**
- **ОТНОСИТЕЛЬНОЙ ЭНДОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
- **АСТЕНИЧЕСКИЙ**
- **КИШЕЧНАЯ И ЖЕЛУДОЧНАЯ ДИСПЕПСИЯ**
- **МАЛЬДИГЕСТИИ: СТЕАТОРЕЯ, КРЕАТОРЕЯ, АМИЛОРЕЯ**
- **ЖЕЛТУХИ**

Частота симптомов хронического панкреатита

Симптомы	Частота встречаемости
Боль	80-90%
Стеаторея (экзокринная недостаточность)	5-15%
Панкреатогенный сахарный диабет	3-10%
Желтуха (из-за холедохостеноза)	1-5%

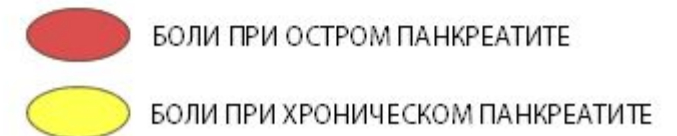
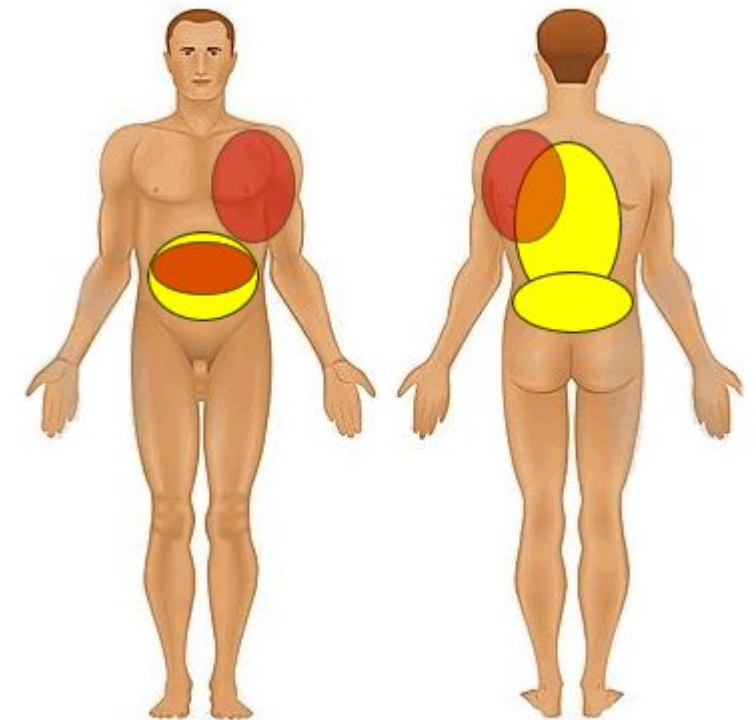
Причины болей

- Повышение давления в протоковой системе поджелудочной железы
- Острое воспаление поджелудочной железы (повреждение паренхимы и капсулы)
- Воспалительное повреждение оболочек нервов поджелудочной железы
- Ишемия поджелудочной железы (как следствие отека, воспалительной инфильтрации, нарушения микроциркуляции)
- Прогрессирующий фиброз поджелудочной железы со сдавлением нервных окончаний

Болевой синдром

- Боль локализуется в глубине живота и распространяется вверх
- Возникает через 1,5-2 часа после еды (чаще после обильной жирной или острой пищи)
- Реже боль появляется через минуты после приема холодных шипучих напитков или через 6-12 часов.

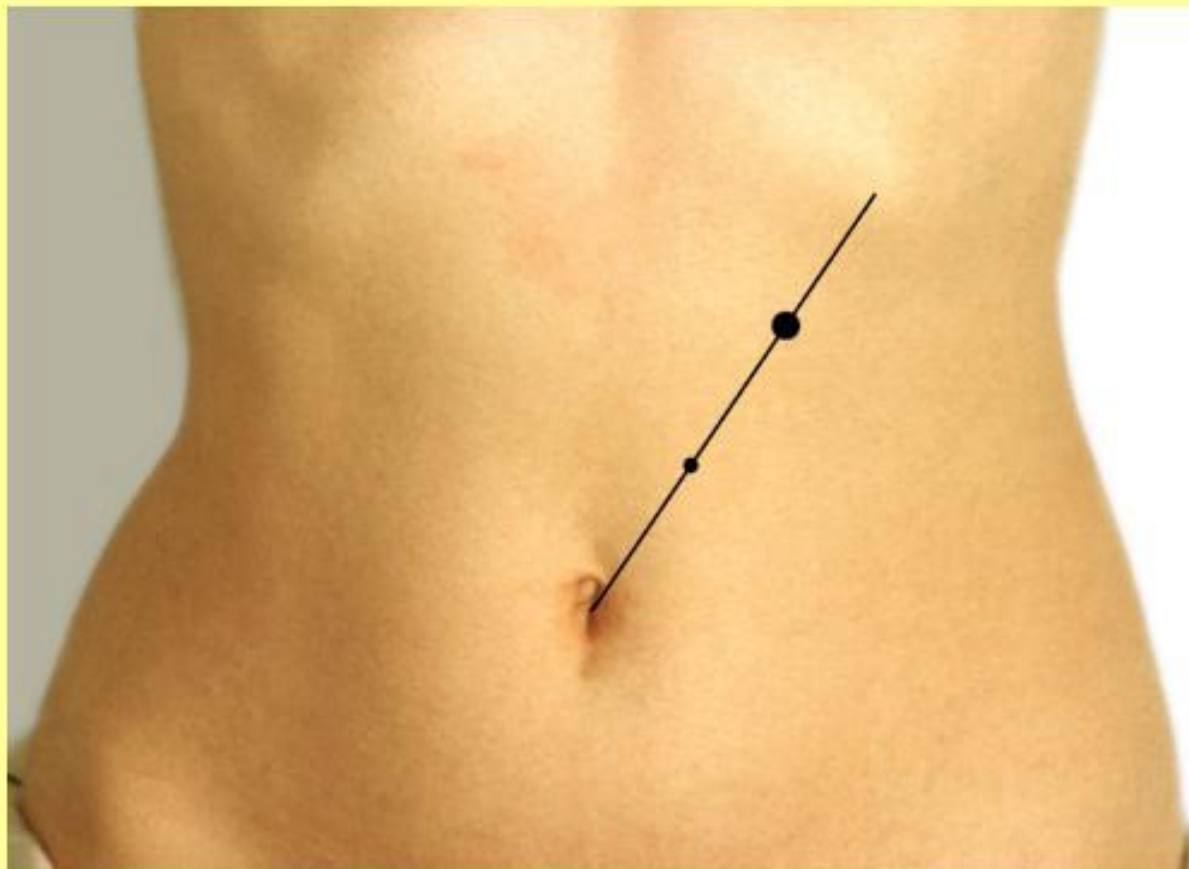
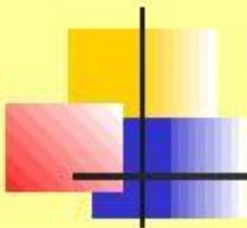
Локализация боли при остром и хроническом панкреатите



Локализация болей при ХП

Локализация процесса	Локализация болей
Головка ПЖ	правое подреберье
Тело	эпигастральная область
Хвост	левое подреберье
Тотально	опоясывающие боли

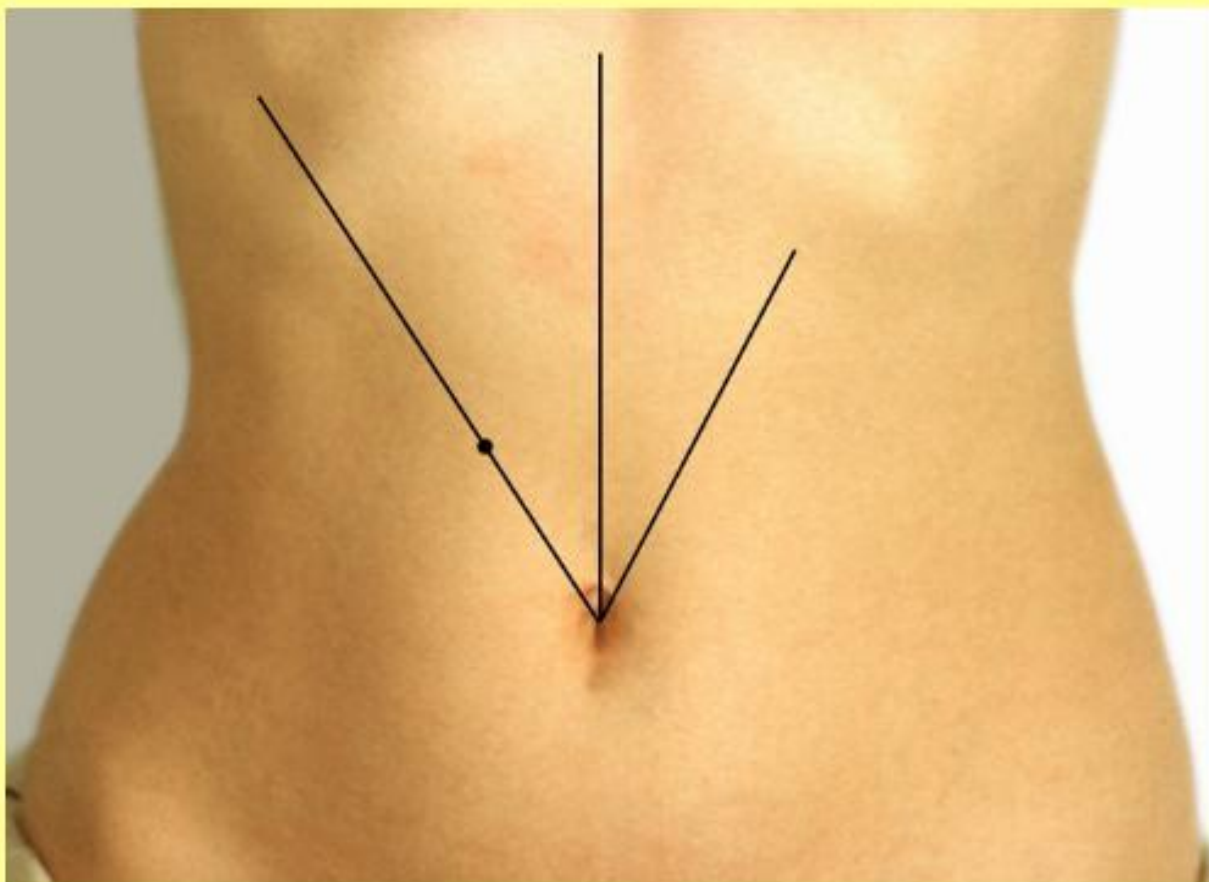
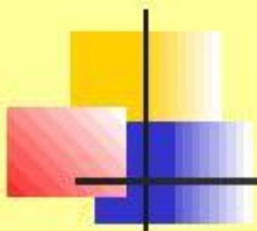
ТОЧКА МЕЙО-РОБСОНА



Граница наружной и средней трети линии пупок – середина левой реберной дуги

ТОЧКА ДЕЖАРДЭНА

5-7 см от пупка по линии пупок - правая подмышечная впадина



Диагностические критерии ХП

- **Основные:**

- Повторяющиеся на протяжении не менее 1 года эпизоды болей в животе с локализацией в проекции ПЖ;
- Диагностированный ранее острый панкреатит;
- Снижение эластазы-1 в кале ниже 200мкг/г кала
- Изменение структуры ПЖ по данным эндо УЗИ, КТ или МРТ

Диагностические критерии ХП

Дополнительные :

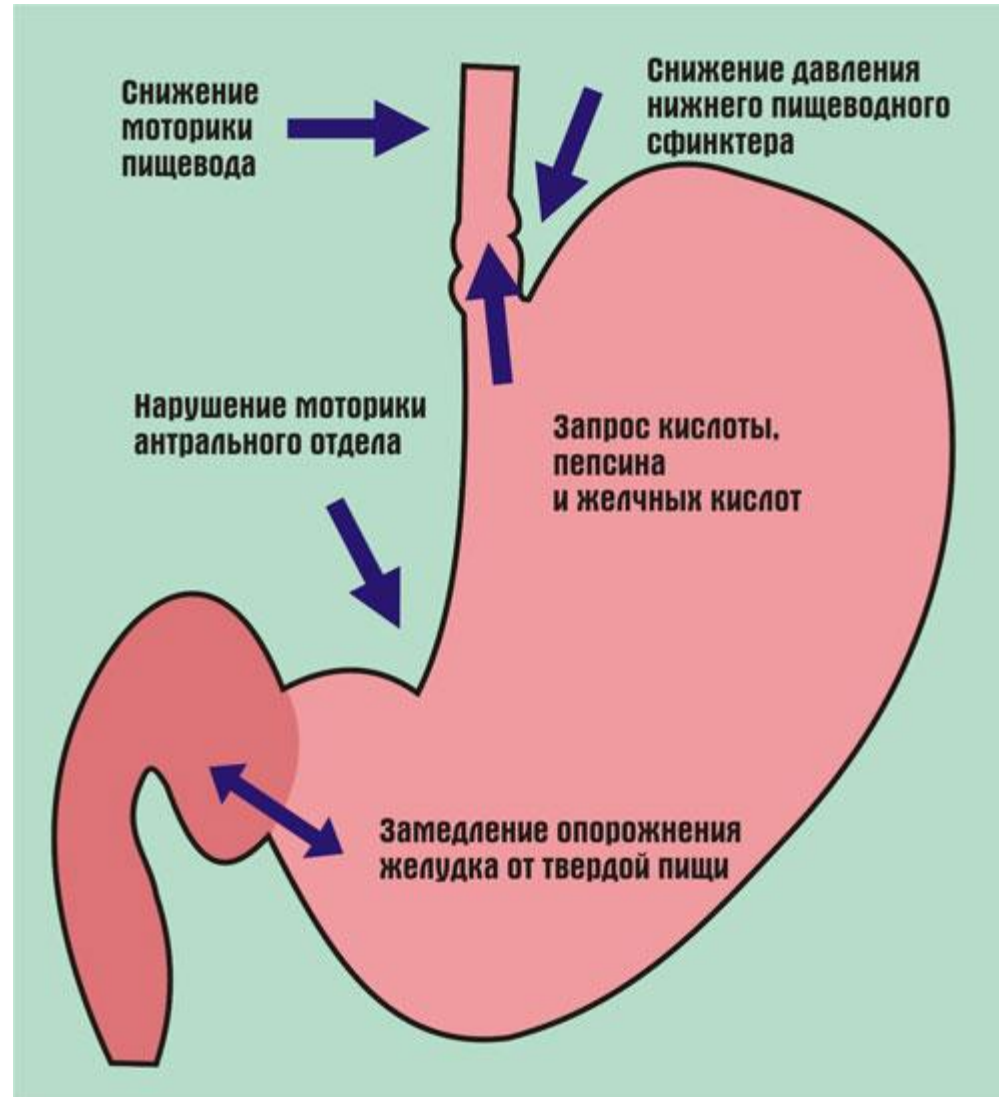
- Изменение размеров и структуры ПЖ на УЗИ
- Стеаторея нейтральным жиром
- Повышение уровня панкреатической **амилазы** и \или **липазы** в крови и \или моче
- Связь болей в животе с приемом жирной и обильной пищи
- Связь болей в животе с тошнотой и рвотой

Диагностические критерии ХП

Дополнительные :

- Эпизоды сильных болей в животе в анамнезе
 - Сахарный диабет
 - ЖКБ, аномалии холедоха
 - Ожирение
- Для постановки диагноза ХП необходимо 3 критерия, из них 1 - основной**

Нарушение двигательной функции пищеварительного тракта



Пищеводные симптомы

- отрыжка кислым
- ощущение кислоты во рту
- отрыжка воздухом
- **боль за грудиной, у края мечевидного отростка, боль в эпигастрии**
- икота, рвота
- чувство раннего насыщения, тяжесть в животе после еды
- метеоризм
- дисфагия, одинофагия.

• Кардиальная маска ГЭРБ? Что Это?



•Кардиальная маска ГЭРБ? Что Это?

- Это боли, локализованные за грудиной, с иррадиацией в спину, в челюсть, левую руку
- Характер - сжимающие, давящие, жгучие боли, раздражающие, монотонные
- Длительность от 1-3 до 20 мин и до суток
- Провоцирующий фактор- переедание, употребление острой , кислой пищи, пряностей

•Кардиальная маска ГЭРБ? Что Это?

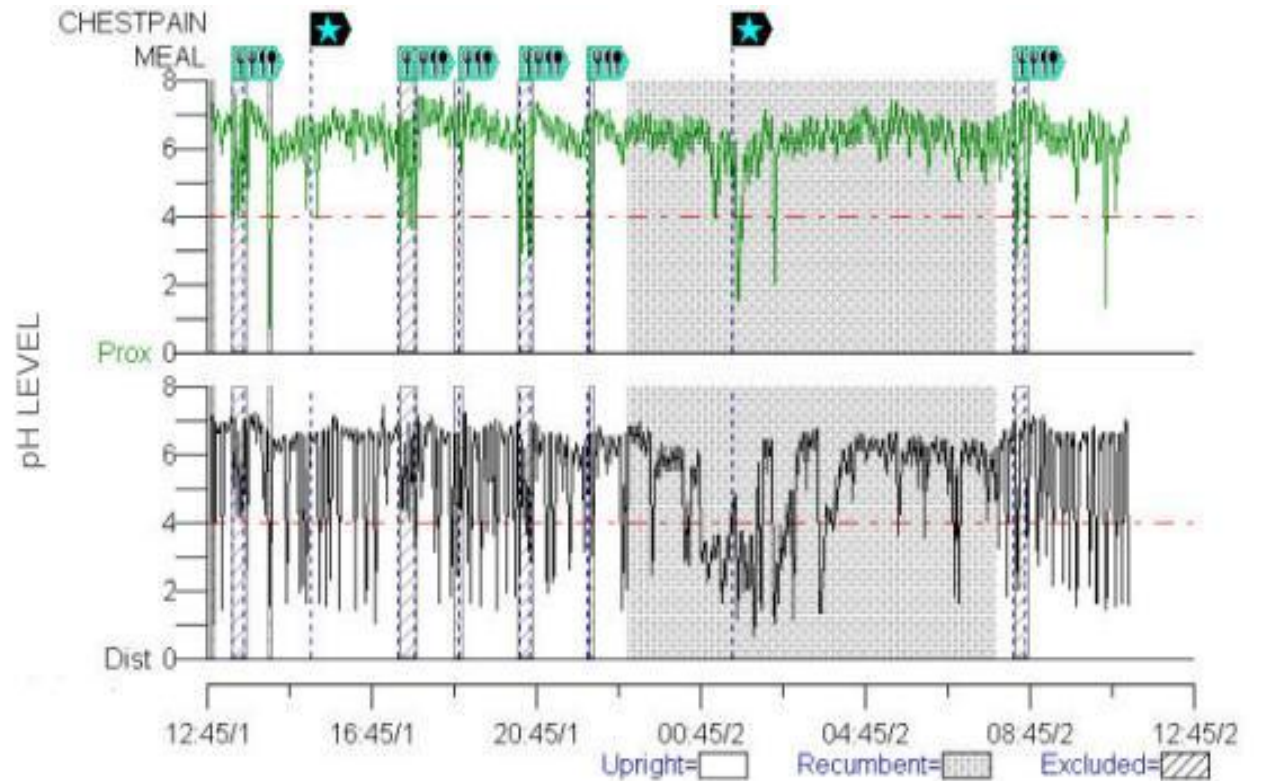
- Боли сопровождаются отрыжкой, изжогой, дисфагией
- Купируются изменением положения тела, приемом антацидов и антисекреторных препаратов
- Часто сочетаются с проявлениями ВД на фоне регургитации — тахикардией, нарушением проводимости, одышкой, потливостью, чувством жара или озноба, эмоциональной лабильностью, головной болью, головокружением.

Методы диагностики ГЭРБ

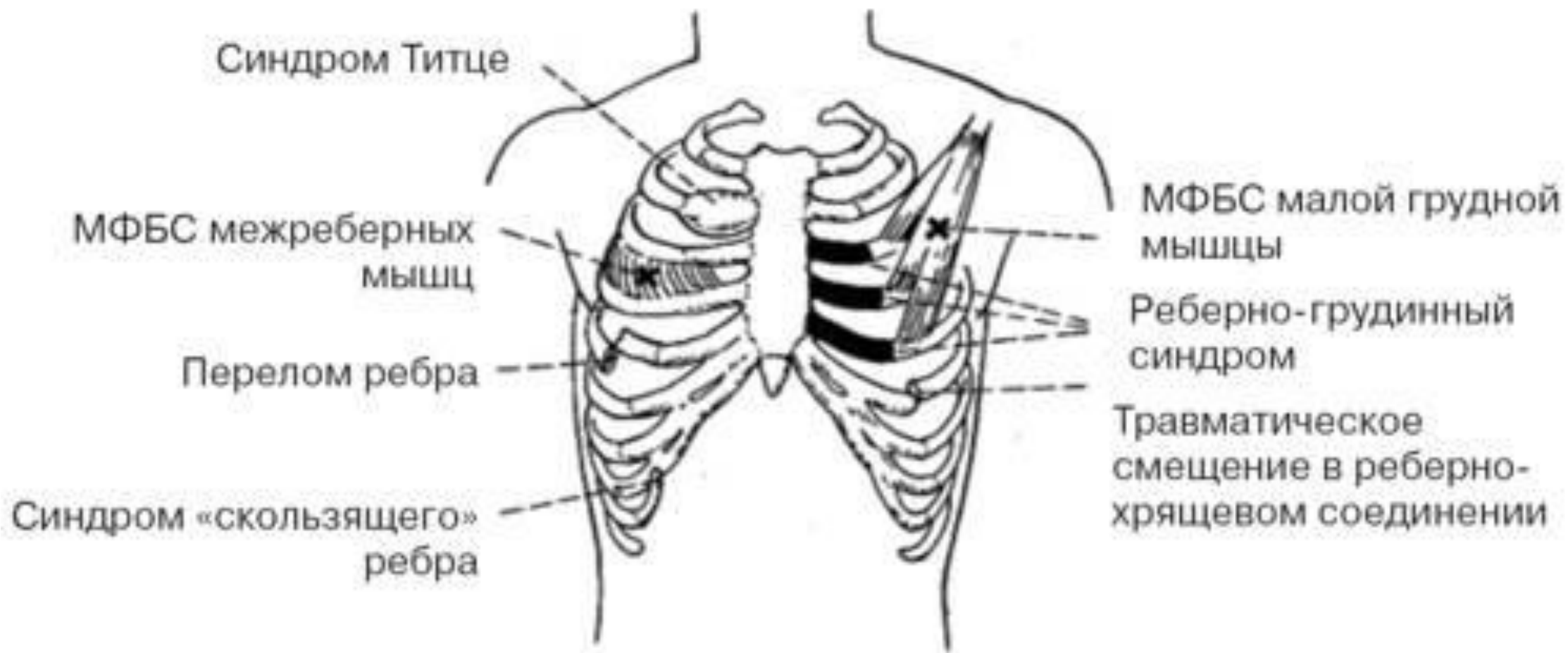
- клинический
- эндоскопический
- внутрипищеводная рН-метрия
- манометрия пищевода
- рентгенологический
- желудочно-пищеводная сцинтиграфия
- совместная импеданс-рН-метрия
- УЗИ.

Диагностика рефлюкса - 24-часовое мониторирование рН в пищеводе

- Показывает выраженность и длительность рефлюкса.
- Показывает корреляцию рефлюкса и симптомов ГЭРБ.
- Патологический рефлюкс:
 - более 60 эпизодов рефлюкса в сутки;
 - $\text{pH} < 4,0$ более 1 часа



Торакалгии



Синдром Титце

- впервые описан Tietze в 1921 г.
- является относительно редким состоянием, характеризующимся наличием неспецифического доброкачественного обратимого болезненного отека в области II (в 60% случаев) или III реберных хрящей.
- В 80% случаев имеется одностороннее поражение, ограничивающееся 1 реберным хрящом.
- Боль обычно хорошо локализована, однако может иррадиировать по всей передней поверхности грудной стенке, а также в надплечье и шею

Синдром Титце

- Покраснение, повышение температуры и другие изменения кожи над областью поражения отсутствуют.
- Боль обычно регрессирует спонтанно через 2-3 нед, однако нередко беспокоит в течение нескольких месяцев, а резидуальный отек может сохраняться до нескольких лет.
- Обычно заболевание развивается в молодом или детском возрасте.
- Причины его неизвестны, однако у большинства пациентов в анамнезе выявляются предшествующие эпизоды респираторных инфекций, сильного кашля, тяжелой физической нагрузки, а также недостаточное

Реберно-грудинный синдром

- синдром передней грудной стенки
- одна из наиболее частых причин болей в грудной клетке
- В отличие от синдрома Титце при реберно-грудинном синдроме пальпация в 90% случаев выявляет множественные зоны болезненности: в левой парастернальной области, ниже левой молочной железы, в проекции грудных мышц и грудины.
- Локальный отек отсутствует
- Наиболее часто поражаются хрящи II и V ребер.

Реберно-грудинный синдром

- При поражении верхних реберных хрящей часто отмечается иррадиация боли в область сердца.
- Боль обычно усиливается при движениях грудной клетки.
- Заболевание чаще встречается у женщин после 40 лет, его патогенез остается неизвестным
- С целью дифференциальной диагностики с коронарной недостаточностью применяются блокады межреберных нервов с введением местных анестетиков по задней подмышечной линии, приносящие пациентам выраженное облегчение.

Таблица 5. Дифференциальная диагностика органической патологии (стенокардия) с первичными кардиопатиями (психогенная кардиалгия) и вторичными кардиалгиями (шейно-грудной остеохондроз)

Признаки	Типичная стенокардия	Психогенная кардиалгия	Шейно-грудной остеохондроз
Причины, провоцирующие возникновение боли	Физическая перегрузка, стресс	Эмоциональное возбуждение, наплывы тревожных мыслей	Определенный тип нагрузок, связанный с движением позвоночника (наклоны, ротации, сотрясения); длительное пребывание в одном положении (лежа, сидя)
Хронологическая связь с нагрузкой	Присутствует	Отсутствует	После окончания нагрузки
Типичная локализация боли	За грудиной	Область верхушки сердца	В позвоночнике и левой половине грудной клетки
Характер и особенности боли	Сжимающая, давящая	Колющая, ноющая и уменьшающаяся при отвлечении внимания	Острая, простреливающая, усиливающаяся при определенных движениях в позвоночнике, чихании, кашле, часто ночью
Темп развития боли	Внезапное начало и окончание	Постепенное нарастание и ослабление боли	Часто острое начало и постепенное стихание со «следовой» реакцией
Продолжительность боли	10 минут и более	Часы, дни	От внезапных прострелов до длительных болей разной интенсивности
Пальпация остистых отростков	Безболезненна	Безболезненна	Болезненные зоны на уровне С6–7 и Т1–2
Точечная пальпация межреберий	Безболезненна	Безболезненна	Синдром вздрагивания от боли по средней и аксиллярным линиям
Условия купирования боли	Быстрый эффект от нитроглицерина	Транквилизаторы, корвалол, валидол	Изменения положения тела, позы, нестероидные противовоспалительные средства, анальгетики

