

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

"Утверждено"

на заседании кафедры
внутренней медицины №1
Заведующий кафедрой
Профессор Скрыпник И.Н.

Протокол № 2 от 15.09.2016 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ
ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗАНЯТИЮ

<i>Учебная дисциплина</i>	Внутренняя медицина
<i>Модуль</i>	Современная практика внутренней медицины
<i>Содержательный модуль</i>	Ведение пациентов с основными симптомами и синдромами в кардиологической клинике
<i>Тема занятия</i>	Ведение больного с острой болью в грудной клетке
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Подготовки иностранных студентов

Полтава 2016 г.

1. Актуальность темы. Боль в области сердца является одной из наиболее распространенных жалоб, по поводу которой больные обращаются за медицинской помощью. Значение правильного (или неверного) установления его причины и соответствующего лечения чрезвычайно велико. Нераспознавание тяжелого заболевания, например инфаркта миокарда или расслаивающей аневризмы аорты, может привести к позднему оказанию медицинской помощи. С другой стороны, гипердиагностика стенокардии имеет вредные психологические, а также социально-экономические последствия, включая проведение ненужного дорогостоящего инструментального обследования. Следует отметить, что интенсивность и значительная частота возникновения боли не обязательно свидетельствуют о ее связи с тяжелым заболеванием сердца. Причин боли в области сердца много и, кроме заболеваний сердца и сосудов, они включают патологию других органов грудной клетки (легких, плевры, средостения, диафрагмы), пищеварительного тракта, костно-мышечных и нервных структур грудной стенки, а также психогенные состояния. Очевидно, что такое многообразие причин боли обуславливает трудности, с которыми может сталкиваться врач при проведении дифференциальной диагностики.

2. Конкретные цели.

Студент должен:

- Знать этиопатогенез возникновения болевого синдрома;
- Уметь проводить опрос и физикальное обследование пациентов с острой болью в грудной клетке;
- Анализировать основные клинические синдромы, особенности клинического течения заболеваний с острой болью в грудной клетке;
- Обосновать назначение конкретных методов диагностики;
- Трактовать особенности лабораторных и инструментальных методов исследования;
- Объяснить принципы дифференциального диагноза;
- Выявлять основные варианты клинического течения и осложнений заболеваний, сопровождающихся острой болью в грудной клетке;
- Составить план обследования и лечения;
- Проводить первичную и вторичную профилактику заболеваний с острой болью в грудной клетке;
- Обосновать прогноз и трудоспособность.

3. Базовые знания, умения, навыки, необходимые для изучения темы (междисциплинарная интеграция).

№	Названия предыдущих дисциплин	Полученные навыки
1.	Нормальная анатомия	Особенности анатомического строения сердечно-сосудистой системы
2.	Нормальная физиология	Нормальная физиология системы кровообращения

3.	Патологическая физиология	Основные этиологические факторы и звенья патогенеза заболеваний, что сопровождаются болевым синдромом в грудной клетке
4.	Патологическая анатомия	Основные патоморфологические изменения, что происходят в организме при заболеваниях с острой болью в грудной клетке различного генеза
5.	Пропедевтика внутренних болезней	Знать схему истории болезни Демонстрировать умение проводить опрос (сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни) Владеть методикой физикального обследования пациентов
6.	Фармакология	Классификация, фармакокинетика, фармакодинамика препаратов, назначаемых при заболеваниях, что сопровождаются острой болью в грудной клетке. Выписка рецептов

4. Задания для самостоятельной работы во время подготовки к занятию.

4.1. Перечень основных терминов, параметров, характеристик, которые должен усвоить студент при подготовке к занятию:

Термин	Определение
1. Острый коронарный синдром	это группа клинических признаков и симптомов ИБС, которые дают основание заподозрить острый инфаркт миокарда (ОИМ) или нестабильную стенокардию. Термин ОКС используется при первом контакте с больными как предварительный диагноз.
2. Миокардит	повреждения мышцы сердца воспалительного характера, обусловленное непосредственным или опосредованным через иммунные механизмы воздействием инфекции, паразитарной или протозойной инвазии, химических и физических факторов, возникает при аллергических, аутоиммунных заболеваниях и трансплантации сердца.
3. Коронарит	это воспалительное поражение коронарных артерий сердца.
4. Перикардит	это инфекционное или неинфекционное (асептическое) воспаление висцерального и париетального листков перикарда и чаще все является проявлением или осложнением основного процесса
5. Аортит	Аортит (лат. aortitis от дав.-греч. ἄορτή - «аорта») - это воспаления стенки аорты инфекционной или аллергической (аутоиммунный) природы.
6. Тромбоемболия легочной артерии	ТЭЛА - это закрытие просвета крупных, средних или малых ветвей легочной артерии эмболом (тромбом), что в приводит к резкому снижению кровотока к легких
7. Пневмоторакс	Накопление воздуха или газа в плевральной полости и повышение давления

4.2. Теоретические вопросы к занятию:

1. Этиология, патогенез болевого синдрома в грудной клетке.
2. Механизмы возникновения острой боли в грудной клетке.
3. Классификация и клиническое течение заболеваний с острой болью в грудной клетке.
4. Диагностическое значение изменений данных лабораторных и инструментальных методов исследования.
5. Дифференциальная диагностика основных заболеваний с острой болью в грудной клетке.
6. Основные методы терапевтического и хирургического лечения.
7. Первичная и вторичная профилактика, прогноз и трудоспособность.

4.3. Практические задания, которые выполняются на занятии:

1. Овладеть навыками физикального обследования больного.
2. Определять показания, противопоказания для проведения коронарорентрикулография.
3. Трактовать данные лабораторных и инструментальных методов исследования.
4. Проводить дифференциальную диагностику основных заболеваний, которые сопровождаются острой болью в грудной клетке.
5. Составлять план лечебных мероприятий при болезнях различной этиологии с острой болью в грудной клетке согласно существующим стандартам.
6. Выписывать рецепты лекарственных средств, которые используются для лечения и профилактики таких заболеваний.
7. Определять показания для хирургических методов лечения.
8. Оказывать неотложную помощь больным с острой болью в грудной клетке.
9. Определять и прогноз пациентов с острой болью в грудной клетке, назначать реабилитационные мероприятия.

Содержание темы:

Проблема болевого синдрома в левой половине грудной клетки, или кардиалгический синдрома, постоянно привлекает к себе внимание врачей: совершенствуются подходы к оценке этих болей, пополняются дифференциальные ряды (табл.1). Но окончательно решить эту проблему так и не удастся. Особенно актуальной эта тема может считаться из-за высокого риска связи кардиалгий с острыми заболеваниями и состояниями, которые могут привести к летальному исходу. Врачи общей практики часто вынуждены первыми решать вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и тактики в отношении лиц с болью в прекардиальной области.

Таблица 1

Заболевания, входящих в синдром болей в левой половине грудной клетки

Субстрат боли	Возможные причины
Сердце и перикард	ИБС, синдром Х, коронарит (узелковый периартериит, синдром Кавасаки, ревматизм) аномалии коронарных артерий, заболевания миокарда (миокардит, миокардиодистрофии, кардиомиопатии), сухой перикардит, ревмокардит и пороки сердца, пролапс митрального клапана, синдром WPW, функциональные заболевания (НЦД, кардионевроз, климактерическая кардиопатия), опухоли перикарда, алкогольная болезнь сердца.
Аорта	НАА и аортитом при коллагенозах, сифилитический аортит, аневризма грудного отдела аорты (расслаивающая, травматическая, разрывы аневризмы), врожденная аномалия аорты
Кости, мышцы, суставы	Межреберная невралгия, мышечные синдромы (переднего грудной мышцы, передней лестничной мышцы), «плечо-кость», плечо-лопаточный периартрит, шейный, грудной остеохондроз, травмы,

Субстрат боли	Возможные причины
	дополнительное шейное ребро, синдром Титце, эпидемическая миалгия, ксифоидальгия, туберкулезный спондилит, плечевой бурсит, анкилозирующий спондилоартрит, остеоартроз или артрит плечевого сустава, метастазы в кости позвоночника и ребра.
Органы дыхания	Острый трахеит, сухой плеврит, пневмония, разрыв бронхов или легких, актиномикоз, первичная легочная гипертензия, инфаркт легких, опухоли (бронхогенный рак легких, опухоли плевры), спонтанный пневмоторакс.
Органы средостения	Медиастенит, опухоли средостения, лимфангит
Пищевод и органы брюшной полости	Эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, диафрагмальная грыжа, рак пищевода и другие опухоли, язва пищевода, пищеводно-желудочная инвагинация, дивертикул пищевода, спазм пищевода, ахалазия пищевода, релаксация диафрагмы, иррадиация абдоминальных болей (холецистит, панкреатит)
Изменения нервной системы	Диэнцефальный синдром, опоясывающего лишая
Молочная железа	Маститы, мастопатии, рак молочной железы

Особенно важно своевременно поставить диагноз при остром, нестерпимой боли в области сердца, возникшей впервые или резко изменившей свой характер и заставившей больного обратиться за медицинской помощью через несколько минут или часов после возникновения. Основными причинами такой боли является **инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, ТЭЛА и расслаивающей аневризмы грудной части аорты**. Все эти заболевания имеют острое начало и в типичных случаях характеризуются жгучей загрудинной болью продолжительностью более 30 мин, не подвергается воздействию нитроглицерина и купируется только наркотическими анальгетиками. Боль часто сопровождается одышкой, цианозом и артериальной гипотензией, вплоть до развития шока. При инфаркте миокарда боль имеет такую же, что при стенокардии, иррадиацию. Ишемия миокарда часто обуславливает появление III или IV тона. В случаях осложнения острой левожелудочковой недостаточностью характерно ортопноэ с признаками застоя в легких. Диагноз устанавливают на основании характерной динамики ЭКГ и содержания в крови кардиоспецифических ферментов, особенно МВ КФК и ЛДГ-1. Эти данные позволяют дифференцировать инфаркт миокарда от нестабильной стенокардии (последний не свойственна острая сердечная недостаточность). При массивной ТЭЛА, как и при инфаркте миокарда, боль, обусловленная легочной гипертензией и растяжением легочной артерии, локализуется за грудиной, однако не типичной иррадиации. В случаях окклюзии мелких ветвей легочной артерии с развитием инфаркта сегмента легкого он связан с раздражением плевры и появляется через несколько часов и даже дней от начала заболевания. Отличительными клиническими признаками являются сочетание боли с цианозом и одышкой, повышение центрального венозного давления при отсутствии ортопноэ и признаков венозного застоя в легких. Иногда боль сопровождается кровохарканьем, хотя его отсутствие отнюдь не исключает диагноз ТЭЛА. В анамнезе тромбофлебит, перенесенное хирургическое вмешательство, пребывание на постельном режиме. Подтвердить диагноз позволяют повышение с первого дня заболевания уровня ЛДГ, особенно ЛДГ-3, при нормальном уровне КФК, а также характерные электрокардиографические и рентгенологические изменения, которые, однако, в части случаев могут отсутствовать. Для верификации диагноза можно использовать сканирование легких и ангиопульмонографию.

Развития **тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА)** способствуют наличие у больного хронического тромбофлебита, флебита тазовых вен, застойной сердечной недостаточности, инфекционного эндокардита, длительный постельный режим после перенесенного оперативного вмешательства. Боль и одышка при ТЭЛА возникают внезапно. Течение зависит от величины тромба и уровня поражения легочных артерий. В частности, при поражении основного ствола имеют место внезапная одышка, цианоз, очень сильная боль за грудиной, потеря сознания, снижение АД. При ТЭЛА крупных ветвей характерны интенсивная боль в грудной клетке, трудно снимается, внезапная резкая одышка и интенсивный цианоз верхней половины туловища, нарушения ритма по типу желудочковой тахикардии, рефлекторное снижение артериального давления, при ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии появляется или растет одышка, умеренный цианоз, умеренная боль в грудной клетке, связан с актом дыхания, кашель, нередко сопровождается кровохарканьем, возможны влажные хрипы и шум трения плевры при аускультации.

При **расслоении грудной части аорты** боль обусловлена раздражением нервных окончаний в адвентиции при образовании гематомы под интим в результате ее надрыва или кровотечения из *vasa vasorum*. Локализация этой боли и некоторые сопутствующие ему симптомы определяются распространением гематомы с возможным сжатием ветвей аорты и разрушением кольца аортального клапана. Для болевого синдрома характерна загрудинная локализация с иррадиацией в спину, иногда шею, голову, живот. По своей интенсивности боль, как правило, превосходит боль при инфаркте миокарда и ТЭЛА, и для его устранения требуется введение больших доз сильнодействующих анальгетиков. В отличие от этих заболеваний, при расслоении аорты боль не сопровождается сердечной или дыхательной недостаточностью, АД часто повышено, как и пульс, не одинаково на обеих руках. Важное дифференциально-диагностическое значение имеют признаки аортальной недостаточности, прежде всего аускультативные, дисфагия, ухудшение зрения, очаговая неврологическая симптоматика, гематурия, которые, однако, могут отсутствовать. Изменения на ЭКГ и активности ферментов не характерны. Диагноз устанавливают при выявлении расширения аорты на рентгенограмме и при визуализации ее расслоения на ЭхоКГ, лучше через пищеводного. В неясных случаях подтвердить диагноз позволяет магниторезонансная томография. Следует отметить, что отсутствие жгучего нестерпимой боли не исключает наличия заболеваний, которые рассматриваются. Боль может быть кратковременным, повторяющимся и иметь меньшую интенсивность, а при инфаркте миокарда иногда вообще отсутствовать (так называемый безболевого инфаркт миокарда). Причинами остро или подостро (давностью примерно до 1 мес.) возникшей боли, повторяющейся в области сердца меньшей выраженности, кроме этих заболеваний, могут быть: ***стенокардия, впервые возникла, или стенокардия Принцметала, инфекционный эндокардит, миокардит (реже), пневмоторакс, сухой плеврит (или пневмония с вовлечением плевры), медиастинит, трахеобронхит, а также травмы ребер и их хрящей слева и Herpes zoster.***

При дифференциальной диагностике, прежде всего, необходимо разграничить коронарогенных боль, то есть стенокардию, и некоронарогенного - кардиалгии, и уточнить его генез. Стенокардия обусловлена ишемией миокарда и отличается четко очерченными и довольно постоянными клиническими признаками. В отличие от нее кардиалгия имеет значительно больше проявлений. Боль ноющая, длительный или колючий (длится часами или даже несколько дней), возникает без видимой причины в покое или связан с дыханием, кашлем, определенным движением или положением тела, едой, и, как правило, не купируется нитроглицерином. В части случаев боль сопровождается неспецифическими изменениями на ЭКГ, в том числе сегмента ST и зубца T, связанные с основным заболеванием. Исключение ишемического генеза кардиалгии и возможности сочетания ее с ИБС осуществляется с учетом динамики при клиническом наблюдении и данных мониторингирования ЭКГ, нагрузочных тестов и других дополнительных методов исследования. При впервые возникшей нестабильной стенокардии, в отличие от сравниваемых заболеваний, боль обусловлена ишемией миокарда, имеет ангинозный характер и купируется одной или несколькими таблетками нитроглицерина. Уточнить характер боли позволяют выявление быстропреходящими ишемических изменений на ЭКГ в

виде депрессии или подъема сегмента ST, а после стабилизации состояния - положительные результаты нагрузочных тестов.

Для стенокардии Принцметала характерны яркие интенсивные ангинозные приступы продолжительностью 10 - 15 мин., которые возникают чаще в покое, особенно ночью, под утро, при хорошей переносимости физических нагрузок в дневное время, в отличие от нестабильной стенокардии. Нитроглицерин обычно дает эффект, иногда временный. Диагноз ставят при регистрации на ЭКГ при боли значительных подъемов сегмента ST без образования в этих отведениях в динамике отрицательных зубцов Т или патологических - Q, в отличие от инфаркта миокарда, хотя во время приступа возможны как развитие инфаркта, так и внезапная смерть. Характерная положительная ВЭМ-проба, при коронарографии - малоизмененные эпикардальные венечные артерии.

При **остром перикардите** болевой синдром обусловлен главным образом воспалением соседней париетальной плевры. В связи с этим он обычно ярко выражены и при инфекционных перикардитах, имеет значительно меньшую интенсивность или вообще отсутствует - при асептических. Его отличительными особенностями являются локализация за грудиной в нижней ее части, иногда также в области надчереви и левого плеча вследствие раздражения малого количества рецепторов диафрагмального нерва, и отсутствие иррадиации. Боль тупая, монотонная, и, в отличие от ангинозной, длится часами и даже днями, вследствие своего плеврального компонента она усиливается при глубоком дыхании, кашле, движениях и в положении лежа, уменьшаясь в положении сидя с наклоном туловища вперед. Дифференциально-диагностическое значение имеют признаки основного заболевания, осложнением которого является перикардит, иногда - температурная реакция. Характерные шум трения плевры и конкордатный подъемы сегмента ST дугой вниз на ЭКГ, а при накоплении экссудата - соответствующие признаки, особенно при эхокардиографии. Необходимо иметь в виду, что асептический перикардит может быть ранним или поздним осложнением инфаркта миокарда.

Для кардиалгии **при миокардите** различного генеза характерны локализация боли в области сердца, тупого, ноющего или, наоборот, колющего характера, продолжается часами, отсутствует связь с физической нагрузкой и эффект от прекращения движений и приема нитроглицерина. Дифференциально-диагностическое значение имеет связь заболевания с инфекцией или воздействием токсического вещества с соответствующими лабораторными изменениями в этот период. При наличии неспецифических изменений сегмента ST и зубца Т характерно их постепенное формирование и обратная динамика в течение нескольких дней, в отличие от ишемических эпизодов, которые проходят в течение 2 - 10 мин. Отрицательные результаты дают и другие методы выявления ишемии.

При острых заболеваниях органов дыхания боль обусловлена прежде всего вовлечением в патологический процесс париетальной плевры, трахеи или крупных бронхов, тогда как легочная паренхима и висцеральная плевро лишены болевых рецепторов. Его отличительными особенностями являются локализация в проекции очага поражения или, при раздражении диафрагмального нерва, за грудиной, в ее нижней части, острый, колющего характера, имеет связь с дыханием, движением, кашлем.

Острый перикардит может быть сухим или экссудативным. Основным признаком его является боль в грудной клетке. Встречается перикардит при ревматизме, туберкулезе, инфекционных заболеваниях (гриппе, инфекциях и др.), инфаркте миокарда, травме, метастазах опухоли в перикард. Различают также гнойный, ксантоматозный, уремический, фибринозный и другие виды перикардита. При сухом перикардите болевой синдром зависит от дыхания, движений, изменения положения тела. Выявление шума трения перикарда (даже на ограниченном участке), данные ЭКГ и быстрое возвращение его к исходному уровню являются диагностическими и дифференциально-диагностическими признаками. Экссудативный перикардит сопровождается признаками скопления жидкости в полости перикарда - расширенная во все стороны площадь сердечной тупости, верхушечный толчок не определяется, смещен кнутри от левой границы тупости сердца, тоны сердца глухие. Рентгенологически определяется изменение контура сердечной тени, дуги сердца не дифференцируются. Подтверждает диагноз получения жидкости при пункции

перикарда. Возникновение перикардита через некоторое время после перенесенного инфаркта миокарда может свидетельствовать о развитии синдрома Дресслера. В основе этого синдрома лежит аутоиммунный процесс. Часто оказывается сочетание перикардита с пневмонией или плевритом, отмечается болезненность передней грудной стенки. В отличие от острого инфаркта миокарда при синдроме Дресслера на ЭКГ нет признаков свежего, а данные о перенесенном ранее инфаркте миокарда ЭКГ без динамики, интервал ST в I и III отведениях смещается выше изолинии. В крови при синдроме Дресслера выявляется увеличение количества эозинофилов.

Заболевания **легких и плевры** часто сопровождается болью в грудной клетке. Диагноз рака легких основывается на данных анамнеза, осмотра и рентгеновского обследования легких, в том числе томографии, выявления атипичных клеток в мокроте и плевральном пунктате. Данные осмотра разнообразные, нередко отмечаются признаки пневмонии, экссудативного плеврита. При томографии выявляется симптом «ампутации» бронха. Дифференциальный диагноз проводят с метастатической опухолью в легкие с другой органа (желудка, предстательной железы и др.), экссудативном плеврите, туберкулезе легких.

Сухой и экссудативный плевриты являются вторичными заболеваниями, развивающиеся вследствие туберкулеза легких, рака легких, пневмонии, ревматизма. Плеврит начинается остро с появления высокой температуры тела, сильные боли в боку, кашля. В начале заболевания выслушиваются шум трения плевры. А затем при развитии экссудативного плеврита отмечаются отставание пораженной части грудной клетки в акте дыхания, тупость при перкуссии, резкое ослабление голосового дрожания и дыхания. Диагноз уточняется рентгенологическим исследованием грудной клетки. Для дифференциальной диагностики и выяснения причины экссудативного плеврита проводят пункцию плевральной полости с эвакуацией жидкости и последующим лабораторным исследованием ее и осуществляют повторное рентгенологическое исследование легких. Сухой диафрагмальный плеврит и грыжи диафрагмы чаще проявляются болью в груди, нередко напоминают стенокардию, диспепсическими жалобами, реже протекает бессимптомно.

Спонтанный пневмоторакс - потеря отрицательного давления в плевральной полости, сопровождающееся убыванию легкого вследствие сообщения с окружающей средой при целостности грудной клетки. Причины развития пневмоторакса разные - разрывы буллезной эмфиземы легких, прорыв опухоли легких, абсцесса, каверны в полость плевры. Основные проявления спонтанного пневмоторакса - внезапная сильная боль в грудной клетке, одышка, сердцебиение. При перкуссии над местом пневмоторакса оказываются укорочение тона с тимпанический оттенком, отсутствие дыхательного шума. При рентгенологическом исследовании грудной клетки в плевральной полости определяют воздух и спадение легкого.

Клиника поражений средостения обусловлена сдавлением органов, входящих в него. В переднем средостении - это восходящая аорта и ее разветвления, верхняя полая вена, диафрагмальные нервы; в заднем - грудной лимфатический проток, нисходящая аорта, стволы симпатической нервной системы, блуждающие нервы, пищевод и тому подобное. В средостении располагаются сосуды и лимфатические железы. Сдавления органов средостения (часто - опухолью) проявляется болью, иногда - одышкой. При сдавливании верхней полой вены оказываются застойная гиперемия и отек лица, шеи и рук («воротник Стокса»), асцит. Сдавление пищевода, кроме боли в грудной клетке, обуславливает симптом затрудненного глотания (дисфагию). Сдавления трахеи и бронхов вызывает одышку, обратного нерва - паралич голосовых связок, диафрагмального нерва - боль в области их распространения и иногда приводит к параличу купола диафрагмы. Давление на кости грудины, ребер и позвоночник может обусловить интенсивная боль, усиливающаяся в ночное время. Одними из основных методов диагностики болезней средостения является рентгенологическое исследование, компьютерная томография. Дифференциальный диагноз проводят между заболеваниями легких, плевры, сердца, сосудов, позвоночника, грудины.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника приводит к сдавливанию корешков спинномозговых нервов и развития недостаточности вертебральной артерии. У людей пожилого возраста часто наблюдается сочетание этого заболевания с атеросклерозом коронарных артерий. Диагноз остеохондроза шейного отдела позвоночника основывается на данных клиники, рентгенологического исследования позвоночника и ЭКГ в динамике.

Опоясывающий герпес характеризуется сильной болью в грудной клетке и кожными высыпаниями на уровне поражения. Заболевание вызывает вирус, который поражает симпатические ганглии. До появления высыпания пузырьков на грудной стенке заболевания дифференцируют от инфаркта миокарда, остеохондроза позвоночника.

Синдром передней лестничной мышцы возникает вследствие сдавления нервно-сосудистого пучка верхней конечности (между передним и средним лестничной мышцы). Главный симптом этого синдрома - боль в области передней поверхности грудной клетки, в шее, плечевых суставах, верхних конечностях. Одним из осложнений синдрома передней лестничной мышцы является синдром Рейно-Лериша. При длительном течении заболевания наступает атрофия подкожной клетчатки и даже некроз концевых фаланг кистей. Синдром передней лестничной мышцы дифференцируют от шейного остеохондроза, опухоли легких и спинного мозга, ишемической болезни сердца, артериита аорты и ее ветвей.

Синдром Титце (дистрофия ребер, псевдоопухоль реберных хрящей) сопровождается болью в грудной клетке. Это заболевание неясной этиологии, характеризуется опухолевидным разрастанием в местах сочленения II-IV ребер с грудиной. При пальпации грудины возникает боль. Во время рентгенологического исследования, как правило, не наблюдаются изменения в грудине и ребрах, иногда оказывается остеопороз.

Если позвоночник поражен туберкулезом, метастазами злокачественных опухолей, сифилисом, то наблюдается сильная боль в грудной клетке. Диагноз этих заболеваний устанавливают на основании комплексного обследования больного с использованием рентгенологического и лабораторный их методов.

Лечение больных с острым коронарным синдромом регламентировано Приказом МЗО Украины от 03.07.2006 г. № 436 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности "Кардиология"» и Приказом МЗО Украины от 02.07.2014 г. № 455 "Об утверждении и внедрение медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи при остром коронарном синдроме с элевацией сегмента ST".

Лечение пациентов с другими нозологиям, которые сопровождаются острой болью в грудной клетке проводится в соответствии с современными протоколов ведения таких больных.

Тестовые задания для проверки исходного уровня знаний:

1. Женщина 24 лет, жалуется на постоянную ноющую боль в области сердца, одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, повышение температуры до 37,2°C. Симптомы появились через 2 недели после перенесенного гриппа. Объективно: границы сердца умеренно расширены вправо и влево, I тон ослаблен, короткий систолический шум над верхушкой. Над легкими - везикулярное дыхание. Какой диагноз?

- A. Ревматизм, недостаточность митрального клапана
- B. Острый инфекционный миокардит
- C. Нейроциркуляторной дистонии
- D. Острый перикардит
- E. Пневмония

2. Женщина 37 лет, жалуется на одышку, сжимающая боль за грудиной. Неделью назад перенесла грипп. Объективно: акроцианоз, ЧСС - 98 уд./мин., АД - 90/75 мм рт. ст., частота дыхания 26/мин. Границы сердца расширены влево и вправо на 3 см. Тоны сердца

ослаблены, над верхушкой протодиастолический ритм галопа, систолический шум. гемоглобин 100 г/л, СОЭ 25 мм/час. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. ИБС, стенокардия
- В. Дилатационной кардиомиопатии
- С. Экссудативный перикардит
- Д. Рестриктивная кардиомиопатия
- Е. Воспалительная кардиомиопатия

3. У женщины 68 лет 7 дней назад внезапно появилась боль в левой половине грудной клетки, одышка. Объективно: цианоз, набухание шейных вен, пульс 122/мин., АД 90/60 мм рт. ст., частота дыхания 24/мин. Над легкими слева ниже угла лопатки притупление перкуторного звука, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы, границы сердца расширены вправо, акцент II тона над легочной артерией. Печень + 4 см, левая голень отечная, резко болезненная при пальпации. На ЭКГ: глубокие зубцы S в I и aVL, Q в III и aVF отведениях, отрицательный T в III, aVF, V₁-V₃ отведениях. Описанный выше симптомокомплекс наиболее характерен для:

- А. Инфаркта миокарда
- В. Экссудативный плеврит
- С. ТЭЛА
- Д. Сухого перикардита
- Е. Пневмонии

4. Мужчина 33 лет, жалуется на одышку в состоянии покоя, ноющая боль в области сердца, появился через неделю после острого респираторного заболевания. Злоупотребляет алкоголем. Объективно: частота дыхания 24/ мин, ЧСС и пульс 96/ мин. Границы сердца расширены на 1,5-2 см в обе стороны, I тон ослаблен, мягкий систолический шум над верхушкой, АД 100/50 мм рт. ст. Печень + 3 см, голени пастозны. В крови: лейкоциты $9,3 \times 10^9$ / л, СОЭ 18 мм/час, АЛТ - 46 ммоль/л*ч, АсАТ - 1,0 ммоль/л*ч. На ЭКГ: синусовая тахикардия, желудочковая экстрасистолия, инверсия зубца T в грудных отведениях. Укажите наиболее вероятный диагноз:

- А. Дилатационная кардиомиопатия
- В. Токсическое (алкогольная) кардиомиопатия
- С. Воспалительная кардиомиопатия
- Д. Инфаркт миокарда
- Е. Ревматическая лихорадка

5. Больной 38 лет жалуется на одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца, кратковременные головокружения. К этому времени считал себя здоровым. Объективно: Пульс - 76 в 1 мин. АД 120/80 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца нормальной звучности. На ЭКГ: признаки выраженной гипертрофии левого желудочка, смещение сегмента ST вниз и негативные T в I, aVL, V5, V6. ЭхоКГ: гипертрофия задней стенки левого желудочка до 1,5 см. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Гипертрофическая кардиомиопатия
- В. Безболевого инфаркта миокарда
- С. Недостаточность митрального клапана
- Д. Аортальный стеноз
- Е. Гипертоническая болезнь

Правильные ответы: 1 В; 2 Е; 3 С; 4 С; 5 А.

Литература

Источники информации:

А. – Основные:

1. Передерий В. Г. Основы внутренней медицины: [учебник для студентов ВМУЗ IV уровня] Том 2: Заболевания системы кровообращения. Ревматические болезни. Заболевания почек. Общие вопросы внутренней медицины / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. – К., 2009. – 976 с.
2. Передерий В.Г. Основы внутренней медицины: учеб. Том 3 / Дифференциальный диагноз и ведение больных в клинике внутренней медицины. Острые и неотложные состояния в клинике внутренней медицины/ В.Г. Передерий, С.М. Ткач. — К., 2010. – 1304 с.
3. Скрыпник И.Н. История болезни по внутренней медицине: Уч. пособие. // И.Н. Скрыпник, А.Ф. Гопко, И.П. Кудря [и др.] – Полтава: ООО «Фирма «Техсервис», 2014. – 212 с.
4. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Учебное пособие. Медицинское Информационное Агентство (МИА) – 2009. – 912с.
5. [Материалы подготовки к занятиям сайта tdmu.edu.te.ua](http://tdmu.edu.te.ua)

Б. – Дополнительные:

1. Руководство по кардиологии / под ред. В. М. Коваленко. – К.: МОРИОН, 2008. – 1424 с.
3. Руководство АННА/АСС по диагностике и лечению стабильной ишемической болезни сердца: обновление 2014 г. // Medicine review. - № 4-5 (32-33). – 2014. – С. 18-22.
4. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г., Долженко М.Н., Горбась И.М. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: популяционная стратегия и индивидуализированные программы (на основе Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике 2012). – К.: МОРИОН, 2013 . – 96 с.
5. Рекомендации Европейского общества кардиологов по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST. European Heart Journal (2011) 32:2999-3054doi:10.1093/eurheartj/ehr236. www.escardio.org/guidelines
6. Клинические рекомендации (протоколы) оказания скорой медицинской помощи при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (ОКС пST) <http://cardioplaneta.ru/emergency/54>.

Методическую разработку составила

доц. Шевченко Т.И.