

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

“Затверджено”
на засіданні кафедри
внутрішньої медицини №1
Завідувач кафедри
Професор Скрипник І.М.

Протокол № 2 від 15.09.2016 р.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Внутрішня медицина
<i>Модуль</i>	Сучасна практика внутрішньої медицини
<i>Змістовний модуль</i>	Ведення пацієнтів з основними симптомами та синдромами в кардіологічній клініці
<i>Тема заняття</i>	Ведення хворого з болем в грудній клітці, що гостро виник
<i>Курс</i>	VI
<i>Факультет</i>	Медичний №1

1.Актуальність теми:

Біль у ділянці серця є однією з найбільш поширених скарг, з приводу якої хворі звертаються по медичну допомогу. Значення правильного (або невірного) встановлення його причини і відповідного лікування надзвичайно велике. Нерозпізнавання важкого захворювання, наприклад інфаркту міокарду або розшаровуючої аневризми аорти, може призвести до пізнього надання медичної допомоги. З іншого боку, гіпердіагностика стенокардії має шкідливі психологічні, а також соціально-економічні наслідки, включаючи проведення непотрібного дорогого інструментального обстеження. Необхідно підкреслити, що інтенсивність і значна частота виникнення болю не обов'язково свідчать про його зв'язок з тяжким захворюванням серця. Причин болю у ділянці серця багато і, окрім захворювань серця і судин, вони включають патологію інших органів грудної клітини (легень, плеври, середостіння, діафрагми), травного тракту, кістково-м'язових і нервових структур грудної стінки, а також психогенні стани. Очевидно, що таке різноманіття причин болю обумовлює труднощі, з якими може стикатися лікар при проведенні диференційної діагностики.

2. Конкретні цілі.

Студенти повинні:

- Знати етіопатогенез виникнення больового синдрому;
- Вміти проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із гострим болем в грудній клітці;
- Аналізувати основні клінічні синдроми, особливості клінічного перебігу;
- Обґрунтувати застосування методів діагностики;
- Трахувати особливості лабораторних і інструментальних методів дослідження ;
- Пояснити принципи диференціального діагнозу;
- Виявляти основні варіанти клінічного перебігу та ускладнень;
- Скласти план обстеження та лікування;
- Проводити первинну та вторинну профілактику;
- Обґрунтувати прогноз та працездатність.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отриманні навички
1.	Нормальна анатомія	Особливості анатомічної будови серцево-судинної системи
2.	Нормальна фізіологія	Нормальна фізіологія системи кровообігу
3.	Патологічна фізіологія	Основні етіологічні чинники і ланки патогенезу захворювань, що супроводжуються

		гострим болем в грудній клітці
4.	Патологічна анатомія	Основні патогенетичні механізми розвитку гострого болю в грудній клітці різного генезу
5.	Пропедевтика внутрішніх хвороб	Знати схему історії хвороби Демонструвати уміння проводити опитування (збір скарг, анамнезу захворювання та життя) Володіти методикою фізикального обстеження пацієнтів
6.	Фармакологія	Класифікація, фармакокінетика, фармакодинаміка препаратів, які призначаються при захворюваннях що супроводжуються гострим болем в грудній клітці. Виписування рецептів

4. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття

4.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення
1. Гострий коронарний синдром	це група клінічних ознак і симптомів ІХС, які дають підставу запідозрити гострий інфаркт міокарда (ГІМ) або нестабільну стенокардію. Термін ГКС використовується при першому контакті з хворими як попередній діагноз.
2. Міокардит	ушкодження м'яза серця запального характеру, обумовлене безпосереднім або опосередкованим через імунні механізми впливом інфекції, паразитарної або протозойної інвазії, хімічних і фізичних факторів, що виникає при алергійних, аутоімунних захворюваннях і трансплантації серця.
3. Коронарит	це запальне ураження коронарних артерій серця.
4. Перикардит	Перикардит - це інфекційне або неінфекційне (асептичне) запалення вісцерального й парієнтального листків перикарда й частіше за все є проявом або ускладненням основного захворювання.
5. Аортит	Аортит (лат. aortitis от дав.-греч. ἄορτή — «аорта») — це запалення стінки аорти інфекційної або алергічної (аутоімунної) природи.
6. Тромбоемболія легеневої артерії	Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) — це закриття просвіту великих, середніх або малих гілок легеневої артерії емболом (тромбом), що приводить до різкого зниження кровотоку в легенях.
7. Пневмоторакс	Скупчення повітря або газу в плевральній порожнині і підвищення тиску в ній.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія, патогенез больового синдрому в грудній клітці.
2. Механізми виникнення гострого болю в грудній клітці.
3. Класифікація та клінічний перебіг захворювань із гострим болем в грудній клітці.
4. Діагностичне значення змін даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.
5. Диференціальна діагностика основних захворювань із болем в грудній клітці, що гостро виник.
6. Основні методи лікування.
7. Первинна та вторинна профілактика, прогноз та працездатність.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті:

1. Оволодіти навичками фізикального обстеження хворого.
2. Визначати показання, протипоказання для проведення коронаровентрикулографії.
3. Трактувати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
4. Проводити диференціальну діагностику основних захворювань, які супроводжуються гострим болем в грудній клітці.
5. Скласти план лікувальних заходів при хворобах різної етіології із болем в грудній клітці, що гостро виник згідно існуючих стандартів.
6. Виписувати рецепти лікарських засобів, які використовують для лікування та профілактики таких хворих.
7. Визначати показання для хірургічних методів лікування.
8. Надавати невідкладну допомогу хворим з гострим болем в грудній клітці.
9. Визначати прогноз пацієнтів з гострим болем в грудній клітці, призначати реабілітаційні заходи

Зміст теми:

Особливо важливо своєчасно поставити діагноз при гострому, нестерпимому болі у ділянці серця, який виник вперше або різко змінив свій характер і змусив хворого звернутися за медичною допомогою через декілька хвилин або годин після його виникнення. Основними причинами такого болю є інфаркт міокарду, нестабільна стенокардія, ТЕЛА і розшаровуючі аневризми грудної частини аорти. Оскільки прогностично найважливішою причиною виникнення болю в грудній клітці є ішемічна хвороба серця, першочергово слід проводити диференціальну діагностику з різними її клінічними формами (табл. 1). Ішемічна хвороба серця найчастіше дебютує стенокардією, що виникає внаслідок стенозування коронарних артерій атеросклеротичним процесом, з розвитком невідповідності між потребою міокарда в кисні та живильних речовинах і можливістю коронарного кровообігу. Біль у ділянці серця й у грудній клітці може мати різний характер як за силою, так і за поширеністю; спочатку виникає при фізичному навантаженні, а потім — і в стані спокою. Прийом нітрогліцерину зазвичай знімає або зменшує біль. ЕКГ при стенокардії в більшості випадків без змін, іноді відзначається зміни інтервалу S-T від ізолінії. Відсутність змін на ЕКГ, зроблений в спокої, не дозволяє виключити ішемічну хворобу серця. Для виявлення атеросклеротичного ураження коронарних судин серця застосовують електрокардіографію під час фізичного навантаження, проби з кардіотропними фармакологічними препаратами, радіонуклідні, ультразвукові й ангіографічні дослідження.

Таблиця 1. Органи та ураження, що зумовлюють больовий синдром у грудній клітці

Назва органа	Ураження органа та (або) захворювання
Серце	Ішемінна хвороба серця (стеноскардія, інфаркт міокарда та ін.), пороки серця, міокардит, перикардит, кардіоміопатії, нейроциркуляторна дистонія
Судини великого і малого кола кровообігу	Аорта, легенева артерія
Легені та плевра	Рак легень, пневмонія, інфаркт легень, сухий плеврит, ексудативний плеврит, емпієма плеври, спонтанний пневмоторакс
Середостіння	Бронхокарцинома, плеврити, захворювання серця і судин, хребта, кровотворної системи, рак стравоходу
Діафрагма	Сухий діафрагмальний плеврит, грижі стравохідного отвору, езофагіт, рефлюкс-езофагіт
Грудна стінка	Оперізувальний лишай, синдром переднього сходиноквого м'яза, остеомієліт ребер, мієлома хвороба
Хребет	Остеохондроз шийного та грудного відділів хребта, синдром Тітце, метастазування пухлин, туберкульоз, сифіліс, травми
Органи черевної порожнини	Рак шлунка, виразкова хвороба шлунка, гострий та хронічний панкреатит, хронічний холецистит, жовчнокам'яна хвороба

Причинами гостро або підгостро (давністю приблизно до 1 міс.) виникаючого болю, що повторюється, у ділянці серця меншої вираженості, окрім цих захворювань, можуть бути: **стенокардія, що вперше виникла, або стенокардія Принцметала, інфекційний ендокардит, міокардит (рідше), пневмоторакс, сухий плеврит (або пневмонія із залученням плеври), медіастиніт, трахеобронхіт, а також травми ребер і їх хрящів зліва і Herpes zoster.**

При диференційній діагностиці, перш за все, необхідно розмежувати коронарогенний біль, тобто стенокардію, і некоронарогенний — кардіалгію, і уточнити його генез. Стенокардія обумовлена ішемією міокарду і відрізняється чітко окресленими і досить постійними клінічними ознаками. На відміну від неї кардіалгія має значно більше проявів. Біль ниючий, тривалий або колючий (триває годинами або навіть декілька днів), виникає без видимої причини у спокої або пов'язаний з диханням, кашлем, певним рухом або положенням тіла, їдою, і, як правило, не купірується нітрогліцерином. У частині випадків біль супроводжується неспецифічними змінами на ЕКГ, у тому числі сегменту ST і зубця Т, які пов'язані з основним захворюванням. Виключення ішемічного генезу кардіалгії і можливості поєднання її з ІХС здійснюється з урахуванням динаміки при клінічному спостереженні і даних холтерівського моніторингу ЕКГ, навантажувальних тестів та інших додаткових методів дослідження. При вперше виниклій нестабільній стенокардії, на відміну від порівнюваних захворювань, біль обумовлений ішемією міокарду, має ангінозний характер і купірується однією або декількома пігулками нітрогліцерину. Уточнити характер болю дозволяють виявлення швидкоминучих ішемічних змін на ЕКГ у вигляді депресії або підйому сегменту ST, а після стабілізації стану — позитивні результати тестів навантажень.

Для стенокардії Принцметала характерні яскраві інтенсивні ангінозні напади тривалістю 10 - 15 хв., які виникають частіше у спокої, особливо вночі, під ранок, при хорошій переносимості фізичних навантажень у денний час, на відміну від нестабільної стенокардії. Нітрогліцерин зазвичай дає ефект, інколи тимчасовий. Діагноз ставлять при реєстрації на ЕКГ при болю значних підйомів сегменту ST без утворення у цих

відведеннях у динаміці негативних зубців Т або патологічних — Q, на відміну від інфаркту міокарду, хоча під час нападу можливі як розвиток інфаркту, так і раптова смерть. Характерна позитивна ергометринова проба, при коронарографії — малозмінені епікардіальні вінцеві артерії.

Інфаркт міокарда в більшості випадків проявляється болем у грудній клітці. Розрізняють гострий коронарний синдром без елевачії ST (інфаркт міокарда без зубця Q і нестабільна стенокардія) та гострий коронарний синдром з елевачією ST (інфаркт міокарда з патологічним зубцем Q). Больовий синдром при інфаркті міокарда відзначається в 84,3 % випадків, і лише в 15,7 % інфаркт міокарда починається з ядухи, болю в животі, розладу мозкового кровообігу. При діагностиці інфаркту міокарда враховують скарги хворого (біль за грудиною, у грудній клітці, що не знімається нітрогліцерином), затяжний (більше 20 хв) ангінозний біль у стані спокою.

Основу діагнозу складають дані безпосереднього обстеження (глухість тонів серця, ритм галопу, шум тертя перикарда, зниження артеріального тиску тощо), ознаки резорбційно-некротичного синдрому (підвищення температури тіла, у крові — збільшення кількості лейкоцитів зі зсувом формули вліво, у деяких випадках — анеозинофілія), підвищення активності ферментів — аспарагінової й аланінової амінотрансфераз, креатинфосфокінази, лактатдегідрогенази, її ізоферментів. Бажане дослідження наявності фракції МВ-КФК та/або серцевих тропонінів Т чи І. У суперечливих випадках ці критерії є визначальними. Особливо важко верифікувати інфаркт міокарда в нефрологічних хворих, які лікуються гемодіалізом. Серцевий тропонін І тут має найвищу специфічність, якщо брати до уваги те, що рівні креатинфосфокінази, міоглобіну і тропоніну Т можуть бути підвищені в істотній кількості пацієнтів без клінічних ознак гострої ІХС.

При трансмуральному інфаркті міокарда, електрокардіографічно реєструються патологічний зубець Q, зниження й деформація комплексу QRS, зміни сегмента ST і зубця Т, різноспрямованих у відведеннях І та ІІІ. Зміни на ЕКГ одного сегмента ST чи зубця Т вказують на дрібновогнищевий інфаркт міокарда, гостру осередкову дистрофію в міокарді. Для інфаркту міокарда передньої стінки (включаючи ділянку верхівки) лівого шлуночка характерні зміни ЕКГ у відведеннях І, ІІ, aVL, V1 і V4, для інфаркту задньої стінки — у відведеннях ІІ, ІІІ та aVF, для інфаркту перетинки — у відведеннях V2–V3, для інфаркту бічної стінки — у відведеннях V5–V6.

Диференціювати інфаркт потрібно від стенокардії, оперізувального лишаю (до появи висипань), остеохондрозу шийного і грудного відділів хребта, розширювальної аневризми аорти, тромбоемболії легеневої артерії. Біль у грудній клітці може бути також зумовлений патологією великих судин.

Під **міокардитом** розуміють ураження міокарда запального характеру, зумовлене безпосереднім або ж опосередкованим через імунні механізми впливом інфекції, паразитарної або протозойної інвазії, хімічних і фізичних чинників, метаболічних розладів, а також при алергійних автоімунних захворюваннях, трансплантації серця. Больовий синдром різної інтенсивності та вираженості залежить від поширеності та перебігу міокардиту. Крім клінічного обстеження, важливо провести етіологічне дослідження із визначенням титрів віруснейтралізуючих антитіл до вірусів Коксаки групи В, ЕСНО, герпесу, гепатиту С, імуноглобулінів класів G, М у плазмі, доцільна також полімеразна ланцюгова реакція.

Розвитку **тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА)** сприяють наявність у хворого хронічного тромбофлебиту, флебиту тазових вен, застійної серцевої недостатності, інфекційного ендокардиту, тривалий постільний режим після перенесеного оперативного втручання. Біль та задишка при ТЕЛА виникають раптово. Перебіг залежить від величини тромбу та рівня ураження легеневих артерій. Зокрема, при ураженні основного стовбура мають місце раптова задишка, ціаноз, дуже сильний біль за грудиною, втрата свідомості, зниження АТ. При ТЕЛА крупних гілок характерні інтенсивний біль у грудній клітці, що

важко знімається, раптова різка задишка та інтенсивний ціаноз верхньої половини тулуба, порушення ритму за типом надшлуночкової тахікардії, рефлекторне зниження артеріального тиску, при ТЕЛА дрібних гілок легеневої артерії з'являється або зростає задишка, помірний ціаноз, помірний біль у грудній клітці, пов'язаний з актом дихання, кашель, що нерідко супроводжується кровохарканням, можливі вологі хрипи та шум тертя плеври при аускультації.

При масивній ТЕЛА, як і при інфаркті міокарду, біль, обумовлений легеневою гіпертензією і розтягуванням легеневої артерії, локалізується за грудиною, проте не має типової іррадіації. У випадках оклюзії дрібних гілок легеневої артерії з розвитком інфаркту сегменту легені він пов'язаний з подразненням плеври і з'являється через декілька годин і навіть днів від початку захворювання. Відмітними клінічними ознаками є поєднання болю з ціанозом і задишкою, підвищення центрального венозного тиску за відсутності ортопное і ознак венозного застою в легенях. Інколи біль супроводжується кровохарканням, хоча його відсутність аж ніяк не виключає діагноз ТЕЛА. У анамнезі тромбофлебіт, перенесене хірургічне втручання, перебування на постільному режимі. Підтвердити діагноз дозволяють підвищення з першої доби захворювання рівня ЛДГ, особливо ЛДГ-3, при нормальному рівні КФК, а також характерні електрокардіографічні і рентгенологічні зміни, які, проте, у частині випадків можуть бути відсутніми. Для верифікації діагнозу можна використовувати сканування легень і ангіопульмонографію.

Розшаровувальна аневризма грудного відділу аорти частіше виникає у хворих з наявністю в анамнезі упродовж тривалого часу артеріальної гіпертензії, вираженого атеросклерозу аорти, сифілітичного ураження аорти, синдрому Марфана, а також при травмах грудної клітки. Біль, як правило, інтенсивний, рефрактерний до нітратів, не пов'язаний із фізичним навантаженням, із локалізацією у ділянці грудини, іррадіює в шию, нижню щелепу, в обидві половини грудної клітки. Больовий синдром дуже схожий з таким при інфаркті міокарда і тяжкому нападі стенокардії. Диференціальний діагноз проводять з раком легень. Здавлення хребта і корінців спинномозкових нервів викликає гострий біль у грудній клітці з іррадіацією в спину, плече, шию, вниз по хребту. Діагноз встановлюють за допомогою рентгенологічного дослідження.

Ревматичні вади серця, міокарди характеризуються болем у ділянці серця та грудній клітці, що обумовлений альтеративно-ексудативними, проліферативними, склеротичними і неспецифічними змінами в сполучній тканині і судинах серця. За наявності вад серця діагноз цих захворювань не становить труднощів. Трохи складніше діагностувати ревмокардит, що вперше виник. Діагноз ґрунтується на сукупності даних: скарг хворого (біль у ділянці серця, перебої в діяльності серця, задишка, слабкість і підвищення температури тіла), анамнезу (неприємні відчуття з боку серця, що виникли через 2–3 місяці після застуди), результатів огляду (порушення ритму серця, глухість І тону над верхівкою серця, поява артралгій), лабораторних та інструментальних досліджень. У крові визначається підвищення кількості лейкоцитів, ШОЕ, показників активності ревматичного процесу (збільшення вмісту глобулінів, фібриногену, титру протистрептококових антитіл тощо). У багатьох випадках діагноз ревмокардиту встановлюють лише через 6–8 місяців після його початку, коли з'являються ознаки формування вади серця.

Таблиця 2. Алгоритм обстеження хворих з болем у грудній клітці

Біль провокується фізичними навантаженнями	→ Так →	Стенокардія, інфаркт міокарда
ні		
Біль провокується вживанням їжі та супроводжується ознаками ураження каналу травлення	→ Так →	Діафрагмальна грижа стравохідного отвору, калькульозний холецистит, езофагіт, кардіоспазм, дивертикул стравоходу
ні		
Біль посилюється при диханні та самостійних рухах верхньої частини тулуба	→ Так →	Перикардит, захворювання легень і плеври (пневмонія, сухий плеврит, ексудативний плеврит, пухлина плеври, інфаркт легені)
ні		
Біль посилюється при пальпації грудної клітки	→ Так →	Міжреберна невралгія (здавлення нерва, невринома, оперізувальний лишай, мієломна хвороба, туберкульозний спондиліт); перелом ребер, синдром Тітце; синдром передньої грудної стінки, остеохондроз)
ні		
Біль, не пов'язаний з вищезазначеними чинниками	→ Так →	Спонтанна стенокардія, аневризма дуги аорти, нейроциркуляторна дистонія, міокардіодистрофія, міокардит, пороки серця

Гострий перикардит може бути сухим чи ексудативним. Основною ознакою його є біль у грудній клітці. Зустрічається перикардит при ревматизмі, туберкульозі, інфекційних захворюваннях (грипі, інфекціях та ін.), інфаркті міокарда, травмі, метастазах пухлини в перикард. Розрізняють також гнійний, ксантоматозний, уремичний, фібринозний та інші види перикардиту. При сухому перикардиті больовий синдром залежить від дихання, рухів, зміни положення тіла. Виявлення шуму тертя перикарда (навіть на обмеженій ділянці), дані ЕКГ і швидке повернення його до вихідного рівня є діагностичними і диференціально-діагностичними ознаками. Ексудативний перикардит супроводжується ознаками скупчення рідини в порожнині перикарда — розширена в усі сторони площа серцевої тупості, верхівковий поштовх не визначається, зміщений досередини від лівої межі тупості серця, тони серця глухі. Рентгенологічно визначається зміна контуру серцевої тіні, дуги серця не диференціюються. Підтверджує діагноз одержання рідини при пункції перикарда. Виникнення перикардиту через якийсь час після перенесеного інфаркту міокарда може свідчити про розвиток синдрому Дреслера. В основі цього синдрому лежить аутоімунний процес. Часто виявляється поєднання перикардиту з пневмонією чи плевритом, відзначається болісність передньої грудної стінки. На відміну від гострого інфаркту міокарда при синдромі Дреслера на ЕКГ немає ознак свіжого, а є дані про перенесений раніше інфаркт міокарда; ЕКГ без динаміки, інтервал S-T у I та III відведеннях зміщується вище ізолінії. У крові при синдромі Дреслера виявляється збільшення кількості еозинофілів.

Захворювання легень і плеври часто супроводжується болем у грудній клітці. Діагноз раку легень ґрунтується на даних анамнезу, огляду та рентгенівського обстеження легень, у тому числі томографії, виявлення атипових клітин у харкотинні й плевральному пунктаті. Дані огляду різноманітні, нерідко відзначаються ознаки пневмонії, ексудативного плевриту. При томографії виявляється симптом «ампутації» бронха.

Диференціальний діагноз проводять з метастатичною пухлиною в легені з іншого органа (шлунка, передміхурової залози та ін.), ексудативному плевриті, туберкульозі легень.

Сухий і ексудативний плеврити є вторинними захворюваннями, що розвиваються внаслідок туберкульозу легень, раку легень, пневмонії, ревматизму. Плеврит починається гостро з появи високої температури тіла, сильного болю в боці, кашлю. На початку захворювання вислуховуються шум тертя плеври. А потім при розвитку ексудативного плевриту відзначаються відставання ураженої частини грудної клітки в акті дихання, тупість при перкусії, різке ослаблення голосового тремтіння і подиху. Діагноз уточнюється рентгенологічним дослідженням грудної клітки. Для диференціальної діагностики та з'ясування причини ексудативного плевриту проводять пункцію плевральної порожнини з евакуацією рідини і наступним лабораторним вивченням її і здійснюють повторне рентгенологічне дослідження легень. Сухий діафрагмальний плеврит і грижі діафрагми частіше проявляються болем у грудях, що нерідко нагадують стенокардію, диспепсичними скаргами, рідше протікають безсимптомно.

Спонтанний пневмоторакс — втрата негативного тиску в плевральній порожнині, що супроводжується спаданням легені внаслідок сполучення з навколишнім середовищем при цілістності грудної клітки. Причини розвитку пневмотораксу різні — розриви бульозної емфіземи легень, прорив пухлини легень, абсцесу, каверни в порожнину плеври. Основні прояви спонтанного пневмотораксу — раптовий сильний біль у грудній клітці, задишка, серцебиття. При перкусії над місцем пневмотораксу виявляються укорочення тону з тимпанічним відтінком, відсутність дихального шуму. При рентгенологічному дослідженні грудної клітки в плевральній порожнині визначають повітря і спадання легені.

Клініка уражень средостіння обумовлена здавленням органів, що входять до нього. У передньому средостінні — це висхідна аорта та її розгалуження, верхня порожниста вена, діафрагмальні нерви; у задньому — грудна лімфатична протока, низхідна аорта, стовбури симпатичної нервової системи, блукаючі нерви, стравохід тощо. У средостінні розташовуються судини і лімфатичні залози. Здавлення органів средостіння (часто — пухлиною) виявляється болем, іноді — задишкою. При здавленні верхньої порожнистої вени виявляються застійна гіперемія і набряк обличчя, шиї і рук («комір Стокса»), асцит. Здавлення стравоходу, крім болю в грудній клітці, обумовлює симптом утрудненого ковтання (дисфагію). Здавлення трахеї та бронхів викликає задишку, зворотнього нерва — параліч голосових зв'язок, діафрагмального нерва — біль у ділянці їх поширення й іноді призводить до паралічу купола діафрагми. Тиск на кістки грудини, ребер і хребет може обумовити інтенсивний біль, що підсилюється в нічний час. Одними з основних методів діагностики хвороб средостіння є рентгенологічне дослідження, комп'ютерна томографія. Диференціальний діагноз проводять між захворюваннями легень, плеври, серця, судин, хребта, грудини.

Оперізувальний герпес характеризується сильним болем у грудній клітці та шкірними висипаннями на рівні ураження. Захворювання викликає вірус, що уражає симпатичні ганглії. До появи висипання пухирців на грудній стінці захворювання диференціюють від інфаркту міокарда, остеохондрозу хребта.

Синдром переднього драбинчастого м'яза виникає внаслідок здавлення нервово-судинного пучка верхньої кінцівки (між переднім і середнім драбинчастими м'язами). Головний симптом цього синдрому — біль у ділянці передньої поверхні грудної клітки, у шиї, плечових суглобах, верхніх кінцівках. Одним із ускладнень синдрому переднього драбинчастого м'яза є синдром Рейно — Лериша. При тривалому плинні захворювання настає атрофія підшкірної основи і навіть некроз кінцевих фаланг кистей. Синдром переднього драбинчастого м'яза диференціюють від шийного остеохондрозу, пухлини легенів і спинного мозку, ішемічної хвороби серця, артеріїту аорти та її розгалужень.

Остеохондроз шийного відділу хребта призводить до здавлення корінців спинномозкових нервів і розвитку недостатності вертебральної артерії. У людей літнього

віку часто спостерігається поєднання цього захворювання з атеросклерозом коронарних артерій. Діагноз остеохондрозу шийного відділу хребта ґрунтується на даних клініки, рентгенологічного дослідження хребта і ЕКГ у динаміці.

Синдром Тітце (дистрофія ребер, псевдопухлина реберних хрящів) супроводжується болем у грудній клітці. Це захворювання неясної етіології, характеризується пухлиноподібним розростанням у місцях зчленування II–IV ребер із грудиною. При пальпації грудини виникає біль. Під час рентгенологічного дослідження, як правило, не спостерігаються зміни в грудині і ребрах, іноді виявляється остеопороз.

Якщо хребет уражений туберкульозом, метастазами злоякісних пухлин, сифілісом, то спостерігається сильний біль у грудній клітці. Діагноз цих захворювань встановлюють на підставі комплексного обстеження хворого з використанням рентгенологічного і лабораторних методів.

Профілактика кардіалгій передбачає активний спосіб життя (ранкова фіззарядка, водні процедури, прогулянки тощо), раціональний режим харчування, а також своєчасне лікування захворювань, що викликають кардіалгії.

Лікування хворих з гострим коронарним синдромом регламентовано Наказом МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Кардіологія"» та Наказом МОЗ України від 02.07.2014 р. № 455 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST".

Лікування пацієнтів з іншими нозологіями, які супроводжуються гострим болем в грудній клітці проводиться відповідно до сучасних протоколів ведення таких хворих.

Тести для самоконтролю

1. Хворий С., 45 років, поступив у клініку зі скаргами на сильний стискуючий біль за грудиною, з іррадіацією в ліву руку та шию. З анамнезу відомо: захворів раптово, на роботі після конфліктної ситуації виник інтенсивний стискуючий біль за грудиною, з'явилася слабкість. Вживання хворим крапель валеріани, валідолу ефекту не дало. Через 45 хв. після виникнення нападу болю лікар ШМД ввів наркотики в/венно. Інтенсивність болей зменшилась. Доставлений у клініку. Під час огляду: стан хворого тяжкий, блідість шкіри, пульс 87 уд/хв., ритмічний. Ліва межа серця по лівій середньоключичній лінії. Ослаблення тонів серця. АТ-110/70 мм рт. ст. Додаткові методи обстеження: лейкоцити – $10,5 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ – 14 мм/год, СРБ – 2 мм, АСТ– 320 ОД/л. ЕКГ – ритм синусовий, ЧСС – 87 уд/хв. глибокий зубець Q, елевація сегменту ST, що зливається із зубцем Т в I, aVL, V₁₋₄, конкордатні зміни Т, сегменту ST в II, III, aVF.

Ваш діагноз?

Тактика лікування?

2. Ознаки гострого великовогнищового інфаркту міокарда зареєстровані у відведеннях I, aVL, V₁₋₆, aVL, aVF по Небу. Ця локалізація характерна для:

- А. Задньодіафрагмального інфаркту міокарда
- В. Передньо-септального інфаркту міокарда
- С. Передньо-перетинково-верхівкового інфаркту міокарда
- Д. Передньо-перетинково-верхівково-бічного інфаркту міокарда
- Е. Задньо-базального інфаркту міокарда

3. Хворий 50 років поступив до стаціонару зі скаргами на пекучі болі за грудною клітиною, які зникають після прийому нітрогліцерину, слабкість, прискорене серцебиття. Болі з'являються після прийому їжі. Об'єктивно: пульс 110 у хвилину, АТ 100/60 мм рт.ст., у крові – гемоглобін 100 г/л, еритроцити – $3,0 \cdot 10^{12}$ /л. Який метод діагностики ви оберете для постановки діагнозу?

- A. Фіброгастродуоденоскопія;
- B. Рентгенологічне дослідження шлунку;
- C. ЕКГ;
- D. ЕхоКГ;
- E. 24-годинна рН-метрія

4. Чоловік 33 років, скаржиться на задишку в стані спокою, ниючий біль у ділянці серця, що з'явився через тиждень після гострого респіраторного захворювання. Зловживає алкоголем. Об'єктивно: частота дихання 24/хв, ЧСС і пульс 96/хв. Межі серця розширені на 1,5 - 2 см в обидві сторони, І тон ослаблений, м'який систолічний шум над верхівкою, АТ 100/50 мм рт. ст. Печінка +3 см, гомілки пастозні. У крові: лейкоцити $9,3 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ 18 мм/год, АлАТ 0,46 ммоль/л/*год), АсАТ 1,0 ммоль/л*год. На ЕКГ: синусова тахікардія, шлуночкова екстрасистолія, інверсія зубця Т в грудних відведеннях. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз

- A. Дилатаційна кардіоміопатія
- B. Токсична (алкогольна) кардіоміопатія
- C. Запальна кардіоміопатія
- D. Інфаркт міокарду
- E. Ревматична лихоманка

5. Хворий 45 років, скаржиться на стискуючий біль за грудиною, який виникає під час сну в передранкові години. На ЕКГ під час нападу болю - в відведеннях V1-V2 елевація сегменту ST. Лабораторні дані без змін. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Прогресуюча стенокардія.
- B. Інфаркт міокарду.
- C. Стенокардія напруги III ФК.
- D. Стенокардія Принцметала.
- E. Стенокардія, що виникла вперше.

2. Жінка 37 років, скаржиться на задишку, стискаючий біль за грудиною. Тиждень тому перенесла грип. Об'єктивно: акроціаноз, ЧСС 98/хв., АТ 90/75 мм рт. ст., частота дихання 26/хв. Межі серця розширені вліво та вправо на 3 см. Тони серця ослаблені, над верхівкою протодіастолічний ритм галопу, систолічний шум. гемоглобін 100 г/л, ШОЕ 25 мм/год. Який найбільш ймовірний попередній діагноз?

- A. ІХС, стенокардія
- B. Дилатаційна кардіоміопатія
- C. Ексудативний перикардит
- D. Рестриктивна кардіоміопатія
- E. Гострий інфекційний міокардит

6. У хворого 45 років після значного фізичного напруження з'явився *різкий, стискуючий* загрудиний біль, який віддає в ліву лопатку. Біль був купірований внутрішньовенним введенням морфіну. При огляді: загальмований, шкіра бліда,

волога, губи ціанотичні. Частота дихання 24 за 1 хв. У легенях дихання жорстке, хрипів немає. Тони серця глухі, пульс 115 за 1 хв., слабкого наповнення. АТ 95/75 мм рт.ст. Печінка не збільшена, набряків нема. На ЕКГ: підвищення ST у відведеннях I, AVL, V5 - V6, зниження ST у відведеннях III, AVF, V1 - V2. Вірогідний діагноз?

- A. Тромбоемболія легеневої артерії
- B. Передньо-бічний інфаркт міокарда
- C. Задньо-діафрагмальний інфаркт міокарда
- D. Передній розповсюджений інфаркт міокарда
- E. Передньо-перегородочний інфаркт міокарда

Правильні відповіді

2-D, 3-C, 4-C, 5-D, 6-B.

Література

Джерела інформації:

A. – Основні:

1. Передерій В. Г., Ткач С. М. Основи внутрішньої медицини. Том 2. / Підручник для студентів вищих медичних закладів. – Вінниця: Нова Книга, 2009. – 784 с.
2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Т. 3. / Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі і невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини: Рекомендовано МОЗ України як підручник для студентів ВМНЗ IV рівня акредитації. — Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006 с.
3. Наказ МОЗ України від 02.07.2014 № 455 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST".
4. Наказ МОЗ України від 03.07.2006 р. № 436 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія».
5. Внутрішня медицина: Підручник / Н. М. Середюк, Є. М. Нейко, І. П. Вакалюк та ін.; за ред. Є. М. Нейка. – К.; Медицина, 2009. – 1104 с.
6. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Учебное пособие. Медицинское Информационное Агентство (МИА) – 2009. – 912с.
7. Основи внутрішньої медицини. Посібник для студентів IV та V курсів медичного факультету: навч. посіб. / [М.І. Швед, Н.В. Пасечко, А.О. Боб та ін.]; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль: ТДМУ, 2013. – 828 с.
9. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін.; за ред. проф. О.Г. Яворського – К.: ВСВ «Медицина», 2013. — 552 с.
10. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. – Київ: Асоціація кардіологів України, 2011. — 95 с.

Б. – Додаткові:

1. Внутрішня медицина: підруч. у 3 т. / А.С. Свінціцький, Л.Ф. Конопльова, Ю.І. Феценко та ін. / За ред. проф. К.М. Амосової.- К.: Медицина, 2009. – 1088 с.

2. Руководство по кардиологии / под ред. В. М. Коваленко. – К.: МОРИОН, 2008. – 1424 с.
3. 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.

Методичну розробку підготувала

к.мед.н., доцент Шевченко Т.І.