

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В. Ф. Войно – Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра внутренних болезней № 1**

**Рецензия, Д.М.Н., профессора кафедры факультетской терапии с курсом  
ПО ,Никулиной С.Ю на реферат ординатора второго года обучения по  
специальности Кардиология Крюкова Всеволода Евгеньевича по  
теме: «КАРДИАЛГИЯ».**

В повседневной врачебной практике жалоба пациентов на боль является одной из наиболее частых, при этом боль в грудной клетке (торакалгия) - симптом, с которым чаще всего встречается врач, работающий в поликлинике, станции скорой медицинской помощи и в стационаре. Одним из самых драматических разделов современной клинической медицины является диагностика на амбулаторно-поликлиническом этапе заболеваний, сопровождающихся болью в грудной клетке. Этот симптом нередко является сигналом развития таких опасных для жизни состояний, как ИМ, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия легочной артерии. Указанные состояния требуют экстренной диагностики и проведения энергичных лечебных мероприятий в условиях острейшего дефицита времени, невозможности тщательного обследования больного.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения по специальности Кардиология:

Оценочные критерии	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Дата: 28.12.2020

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: Крюков В.Е.

Содержание:

- 1) Определение
- 2) Боли кардиального происхождения
- 3) Боли не кардиального происхождения
- 4) Типы болевых ощущений в области сердца
- 5) Кардиалгии при пороках сердца
- 6) Кардиалгии при ТЭЛА
- 7) Кардиалгии вертеброгенного и мышечно - фасциального происхождения
- 8) Кардиалгии при заболеваниях легких и плевры
- 9) Кардиалгии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и диафрагмы
- 10) Кардиалгии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и диафрагмы
- 11) Список использованной литературы.

Кардиалгия (кардиальный, кардиалгический синдром) – боль в области сердца, часто за грудиной или слева от неё, преимущественно в левой половине грудной клетки.

Выделяют собственно сердечные (кардиальные) боли, обусловленные заболеваниями сердца, и некардиальные, не связанные с заболеваниями сердца. Среди кардиальных болей различают коронарогенные (ангинозные) боли как проявления поражений или дисфункции коронарных артерий и некоронарогенные (без вовлечения коронарных артерий).

Разнообразие патологических состояний, сопровождающихся появлением болей в области сердца, можно представить в виде 6 основных групп.

1. Боли, обусловленные различными заболеваниями сердца и патологией крупных сосудов (аорта, лёгочная артерия и её разветвления).
2. Боли, связанные с патологией позвоночника, передней грудной стенки и мышц плечевого пояса.
3. Боли, обусловленные психовегетативными расстройствами.
4. Боли, обусловленные патологией бронхолёгочного аппарата и плевры.
5. Боли, обусловленные патологией органов средостения.
6. Боли, связанные с заболеваниями органов брюшной полости и патологией диафрагмы.

Практически 90 % всех кардиалгий обуславливаются тремя основными причинами: ишемической болезнью сердца (ИБС), вертеброгенно-мышечной патологией и психовегетативными расстройствами.

При дифференциальной диагностике кардиалгического синдрома следует учитывать следующие особенности боли: её характер, интенсивность, локализацию, условия возникновения, продолжительность, условия прекращения.

Боли сердечного (кардиального) происхождения

Самой частой и опасной является боль при ИБС, особенно при стенокардии и инфаркте миокарда.

Обычно боль при стенокардии имеет приступообразный, сжимающий, давящий, жгучий, изредка ноющий характер с наличием сопутствующих симптомов (чувство нехватки воздуха, сердцебиение, потливость, необъяснимое беспокойство, скованность, нередко страх смерти). Интенсивность болевых ощущений различна — от незначительных до очень сильных, но чаще они слабые или умеренные. Спонтанные приступы стенокардии и при развивающемся инфаркте миокарда очень сильные. Для спонтанной стенокардии характерны серия (3–5) приступов боли (обычно локализуется за грудиной, чаще в верхней трети её — 94 % случаев, реже в прекардиальной области с довольно обширной, преимущественно левосторонней иррадиацией — в левые руку, плечо и лопатку, в зубы, нижнюю челюсть), а также ощущение боли глубоко внутри грудной клетки, жест больных «сжатый кулак». Причём боли возникают при физической нагрузке или эмоциональном напряжении, на холоде, после еды, а при спонтанной (вариантной) стенокардии — в покое, в определённое время суток, часто ночью, под утро, в момент пробуждения. Продолжительность боли при стабильной стенокардии 2–10 мин (изредка — дольше), при спонтанной до 15–20 мин, при затяжном приступе или развивающемся инфаркте миокарда свыше 30 мин. Основное условие купирования стенокардической боли — прекращение нагрузки. Боли, возникающие при ходьбе, исчезают в покое через 1–2 мин, а после приёма нитроглицерина через 1–3, но не более чем через 10 мин. Продолжающаяся боль требует применения наркотических анальгетиков, аспирина.

На ЭКГ в момент приступа стенокардии характерна ишемия миокарда, а при её отсутствии целесообразно в межприступном периоде проведение функциональных нагрузочных проб или суточного мониторирования ЭКГ. При спонтанной стенокардии выявляются преходящий подъём сегмента ST, аритмии как в период приступа, так и некоторое время после него (вариантная стенокардия Принцметала). При инфаркте миокарда в ранней стадии возможны ЭКГ-признаки повреждения и некроза миокарда, а в дальнейшем типичная динамика ЭКГ.

Кардиалгический коронарогенный синдром, характерный для стенокардии, в настоящее время рассматривается с учётом двух основных её форм — со стабильным и нестабильным течением. Стабильная форма стенокардии характеризуется относительным постоянством клинической картины на протяжении более 1 месяца, при этом выделяют типичные и атипичные формы её.

Одним из наиболее частых признаков атипизма являются необычная локализация болевых ощущений (иногда и внесердечная), большая продолжительность боли или её отсутствие. Чаще всего внесердечные боли локализуются в местах их типичной иррадиации, т.е. в области левого плеча, левой лопатки, левой руки, в нижней челюсти, в зубах, редко — в подложечной области. Решающее значение в таких ситуациях имеют инструментальные методы исследования, прежде всего ЭКГ.

Нестабильная стенокардия как состояние остро возникшей или усугубляющейся (нарастающей) ишемии миокарда, тяжесть и продолжительность которой недостаточны для возникновения его некроза, но позволяют подозревать развивающийся инфаркт миокарда (ЭКГ со смещением сегмента ST и изменениями зубца T, иногда нормальная ЭКГ), в настоящее время расценивается как острый коронарный синдром. Последний с подъёмом сегмента ST, как правило, завершается формированием Q-инфаркта миокарда.

Среди кардиальных некоронарогенных кардиалгий наиболее часто (80–90 %) встречается кардиалгия психовегетативного характера (психогенная, неврогенная) при нейроциркуляторной дистонии (НЦД), соматогенном неврозе, психических и панических расстройствах, при депрессии.

Боли при этом не имеют чёткой приступообразности, разнообразного характера: в основном они бывают ноющие, колющие, жгучие, иногда сжимающие или пульсирующие. нередко пациенты также указывают на пронизывающие тупые, щиплющие, режущие боли или на диффузные, плохо очерченные ощущения, собственно не являющиеся болевыми. Ряд больных отмечают дискомфорт или неприятное ощущение, «чувство сердца» разной степени выраженности, которые в общем достаточно стереотипны. Характерна чрезмерная красочность описания больными болевых ощущений. Иррадиация болей в левые руку, плечо, под левую лопатку или в подмышечную область достаточно закономерна, но не характерна в зубы, в нижнюю челюсть. чаще всего боли локализуются в областях верхушки сердца и левого соска, в прекардиальной области, но могут быть и за грудиной. В ряде случаев больной чётко указывает пальцем на место болей. Иногда отмечается «миграция» болей, но для них чаще характерна устойчивая локализация. Появление боли сопровождается ощущением нехватки воздуха, неудовлетворенностью вдохом, «комом в горле», потливостью (характерен гипергидроз ладоней), тахикардией, головокружением, лабильностью пульса и артериального давления (АД), парестезией в дистальных отделах конечностей, в области лица, языке, изменением сознания типа обморока, иногда мышечными судорогами, тревожностью, дисфункцией желудочно-кишечного тракта и другими симптомами, преимущественно субъективными.

Боль возникает часто беспричинно, исподволь, без связи с физической нагрузкой, иногда после неё, однако волнение, утомление, изменение погоды, предменструальный период способствуют её появлению.

чаще всего боль длится часами, сутками, сохраняя монотонный характер и существенно не отражаясь на состоянии больного. Однако достаточно часто могут встречаться и мимолётные, кратковременные боли. При длительных кардиалгиях (в течение многих лет, нередко с юношеского возраста) вероятнее всего боли в области сердца не связаны с его органической патологией.

Характерной особенностью психогенной кардиалгии является самостоятельное прекращение болей – они ослабевают или вообще исчезают после приёма капель валерианы, корвалола, валокордина, валидола, но не купируются нитроглицерином, не исчезают при прекращении физической нагрузки, хотя нередко физическая работа, спортивные занятия способствуют прекращению боли. Боль в области сердца не мешает пациентам уснуть – ситуация, невозможная в случае приступа стенокардии.

Для диагностики психогенных кардиалгий можно использовать критерии психогенных болей вообще. При этом выделяют два основных и три дополнительных критерия.

К основным критериям относятся:

1. Преобладание множественных и пролонгированных болей.
2. Отсутствие органической причины боли или при наличии какой-либо патологии жалобы пациента намного превышают те, которые возможны при имеющихся органических изменениях.

Дополнительными критериями являются:

1. Существование временной связи между психогенной проблемой и развитием или нарастанием болевого синдрома.

2. Существование боли позволяет пациенту избежать нежелательной трудовой деятельности.
3. Боль даёт пациенту право достичь определённой социальной поддержки, что не может быть достигнуто иным путём.

В. И. Маколкин и С. А. Аббакумов (1985) выделяют 5 типов болевых ощущений в области сердца при НЦД (НЦА):

I тип — «простая», или «классическая», кардиалгия. это боль постоянного ноющего характера, умеренная, легко переносимая; не ограничивающая физической активности и не снижающая работоспособности больного, локализуемая в области верхушки сердца или в прекардиальной зоне, иррадиирующая в левую руку или левую лопатку (непостоянно). На этом фоне часто бывают эпизоды появления «прокалывающих» болей в области сердца.

II тип — «симпаталгическая» кардиалгия. возникает при раздражении симпатических ганглиев, характеризуется интенсивным и продолжительным жжением в прекардиальной области с выраженной гиперестезией. Боль, как правило, длительная, нередко интенсивная, плохо купируется валидолом, валокордином, корвалолом, но может значительно уменьшиться и даже исчезать после применения горчичников, примочек с новокаином, анестезином, приёма анестетиков с седативными средствами.

III тип — приступообразная затяжная кардиалгия. характеризуется внезапным появлением интенсивной боли в области сердца с широким распространением её обычно по левой половине грудной клетки. Боль сопровождается пароксизмальной вегетативной дисфункцией (сердцебиение, потливость, ознобообразный тремор, учащённое мочеиспускание). Боли не купируются валидолом, валокордином, нитроглицерином, но быстро исчезают после инъекций седуксена.

IV тип — приступообразная кратковременная кардиалгия. Боль локализуется в парастеральной области, реже — за грудиной, в области верхушки сердца, возникает внезапно, продролгается в течение 2–20 мин. Хорошо купируется валидолом, валокордином, каплями Зеленина. По своим клиническим особенностям этот тип кардиалгии напоминает ангиоспастическую форму стенокардии и называется еще «ангиоспастической кардиалгией».

V тип — боль в области сердца, возникающая во время физической нагрузки (например, во время ходьбы), наблюдается у 10 % больных, но, в отличие от стенокардии, связь кардиалгии с ходьбой не является абсолютной (боль не требует остановки и не исчезает сразу после прекращения физической нагрузки или ходьбы).

Абсолютно исключаящими НЦД признаками являются:

1. Увеличение размеров сердца (по данным рентгенографии, ЭхоКГ).
2. Наличие диастолических шумов в сердце.
3. ЭКГ-признаки крупноочаговых поражений миокарда (рубцовые изменения, полные блокады проводящей системы сердца, постоянная мерцательная аритмия и др.).
4. Наличие застойной сердечной недостаточности.

5. Острофазовые воспалительные и аутоиммунные сдвиги, если они не объясняются сопутствующими заболеваниями.

Курсовое лечение бета-адреноблокаторами и психотропными средствами обычно улучшает самочувствие больных и ведёт к прекращению болевых ощущений в области сердца. В таких случаях на ЭКГ признаки ишемии миокарда отсутствуют, возможны нестойкие нарушения ритма и проводимости, сглаженные или неглубокие асимметричные отрицательные зубцы Т, снижение сегмента ST, которые исчезают при проведении проб с физической нагрузкой, гипервентиляцией и в ортостазе, с хлоридом калия, бета-блокаторами и др.

Среди других заболеваний сердечно-сосудистой системы с некоронарогенным болевым синдромом следует выделить болезни миокарда различного генеза (миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии), воспалительные поражения перикарда, болезни клапанного аппарата сердца, артериальные и лёгочные гипертензии. Кардиалгический синдром при них не является ведущим, но может быть достаточно выраженным и нуждается в дифференциации с коронарогенным.

Боль при миокардите в области сердца не приступообразная, длительная, ноющая, колющая, редко давящая, не иррадирует, не связана непосредственно с физической нагрузкой (хотя после прекращения последней может усиливаться в последующие дни), не исчезает после приёма нитроглицерина. Характерны выраженная слабость, утомляемость, потливость, одышка, сердцебиение, мышечные и суставные боли, повышение температуры тела.

При диагностике (в том числе и дифференциальной) неревматических миокардитов следует использовать критерии Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (1980) в модификации Ю.И. Новикова (1981):

I. предшествующая инфекция, доказанная клиническими и лабораторными данными (включая выделение возбудителя, результаты реакции нейтрализации, РСК, РПГА, увеличение СОЭ, появление СРП), или другое основное заболевание (лекарственная аллергия и др.), сочетающиеся с любыми двумя «малыми» и одним «большим» или с любыми двумя «большими» признаками поражения миокарда.

II. «большие» признаки поражения миокарда:

1. Патологические изменения ЭКГ (нарушение ритма, проводимости, изменение интервала S-T и др.).
2. Повышение активности саркоплазматических энзимов и изоэнзимов в сыворотке крови (АСТ, ЛДГ, ЛДГ1 /ЛДГ2 >1, КФК).
3. Кардиомегалия, по данным рентгенологического или ЭхоКГ-исследования.
4. Застойная сердечная недостаточность или кардиогенный шок.

III. «Малые» признаки поражения миокарда:

1. Тахикардия.
2. Ослабленный I тон.

### 3. Ритм галопа.

При дифференциальной диагностике первичных кардиомиопатий следует учитывать особенности их клинического течения. Так, при дилатационной и рестриктивной формах первым клиническим признаком чаще всего являются одышка при небольшой физической нагрузке или в покое (иногда с болью в прекардиальной области), затем — отёки на ногах, тяжесть в правом подреберье, сердцебиение, а при гипертрофической кардиомиопатии — кардиалгический синдром и нарушения ритма сердца, обмороки. Боль в области сердца может продолжаться несколько часов и не купироваться нитратами, бета-адреноблокаторами, антагонистами кальция. Клинический эффект наступает только при использовании анальгетиков. Со временем характер болевых ощущений в области сердца изменяется, приступы болей возникают эпизодически, имеют сжимающий характер, провоцируются физической нагрузкой, иногда купируются нитроглицерином, хотя и не так отчетливо, как при стенокардии. Наряду с этим у больных выявляются кардиомегалия и прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность, разнообразные нарушения сердечного ритма, чаще всего в виде экстрасистолии и мерцательной аритмии, а также глухие тоны сердца, ритм галопа, систолический шум, обусловленный относительной недостаточностью двух- и/или трёхстворчатого клапанов, наиболее выраженные при дилатационной кардиомиопатии. При этой же форме практически всегда имеются тромбоэмболии в сосуды большого и малого кругов кровообращения.

Неизвестность причины, кардиомегалия и сердечная недостаточность — основные критерии диагностики первичной кардиомиопатии.

Наиболее информативна в этих ситуациях ЭхоКГ. Она чаще всего позволяет также и разграничить формы кардиомиопатий. При дилатационной кардиомиопатии выявляется расширение всех полостей сердца, особенно левого желудочка. При этом толщина стенок миокарда и межжелудочковой перегородки не изменяется, отмечаются увеличение конечного диастолического и конечного систолического объёмов сердца, уменьшение фракции выброса левого желудочка. При гипертрофической кардиомиопатии имеют место асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки, более выраженная в верхней трети, в сочетании с её гипокинезом, переднесистолическое движение передней створки митрального клапана, уменьшение полости левого желудочка при сохранности его сократительной способности. При рестриктивной кардиомиопатии характерны резкое утолщение эндокарда, уменьшение полости главным образом правого желудочка.

Исключительно редко встречающаяся аритмогенная кардиомиопатия (дисплазия) правого желудочка начинается в подростковом или юношеском возрасте. Она проявляется аритмиями и внезапной смертью, подтверждается результатами ЭхоКГ-исследований, но «золотым стандартом» её диагностики является рентгеноконтрастная вентрикулография.

Нередко причинами кардиалгий являются специфические поражения миокарда (миокардиодистрофии), чаще всего дисгормональная (климактерическая) и алкогольная.

Больные дисгормональной кардиомиопатией, как правило, предъявляют три наиболее постоянные жалобы: боли в области сердца, одышка и сердцебиение. Дисгормональный кардиалгический синдром возникает обычно на фоне патологического климакса (у женщин и мужчин), отягощённого гинекологического анамнеза у женщин (хронический аднексит, дисфункция яичников, миома матки, кисты яичников, резекция или удаление яичников, матки) и предменструального синдрома.

Боли в области сердца при этом могут носить разнообразный характер и интенсивность. Они продолжаются очень долго (дни, недели, месяцы), почти постоянно, то ослабевая, то усиливаясь. Иногда дисгормональная кардиомиопатия проявляется не столько болями, сколько чувствами тупого давления, длительной тяжести в области сердца, ощущением дискомфорта в грудной клетке. Локализуются эти боли, как правило, слева от грудины, в области верхушки сердца или левого соска, иногда за грудиной, иррадиируют в левую руку, левую лопатку и никогда вправо, в шею, в нижнюю челюсть, в эпигастральную область. Боли обычно не провоцируются физическим напряжением, хотя иногда и отмечается усиление уже имеющихся болевых ощущений при подъёме по лестнице или длительной ходьбе. Наряду с этим некоторые больные указывают на ослабление или исчезновение болей при физической нагрузке. Характерно, что постельный режим не меняет ни частоту, ни интенсивность болевых приступов; нередко они даже учащаются в условиях вынужденного покоя. Нитроглицерин и валидол, как правило, не купируют их, а если и купируют, то через полчаса-час и более, однако через некоторое время боли постепенно возобновляются. Гораздо лучший эффект дают валериана, валокордин, корвалол, горчичники (на область сердца). Следует отметить, что кардиалгия в таких случаях часто сопровождается вегетативной реакцией (вазомоторным синдромом и вегетативными кризами). При этом одышка как другой наиболее частый субъективный симптом характеризуется неудовлетворенностью вдохом, малой глубиной дыхания. Возникает она в покое, пароксизмально, независимо от физической нагрузки. Несмотря на ощущение больными сердцебиения, лишь у некоторых из них отмечается учащение пульса, что обычно ощущается в виде «ударов», «биения сердца». В целом типичные объективные признаки патологии сердца при физикальном исследовании сердечно-сосудистой системы у больных не выявляются. Электрокардиографически весьма часто у них обнаруживаются изменения конечной части желудочкового комплекса — сегмента ST и зубца T. Появление уплощённого, двухфазного или отрицательного зубца T нередко со смещением сегмента ST (менее 1 мм) в начале заболевания чаще регистрируется в правых грудных отведениях, в дальнейшем они могут появляться в левых грудных и стандартных отведениях. При этом диагностической особенностью является также длительная сохранность их на ЭКГ (от нескольких недель до нескольких месяцев) или быстрая изменчивость без какой-либо связи с клиническим течением кардиомиопатии. При дифференциации некоронарогенных и коронарогенных изменений ЭКГ в этих случаях используются калий-обзидановая (анаприлиновая) проба с положительной динамикой, велоэргометрия и др. При наличии у пациентов ЭКГ-изменений говорят о климактерической кардиомиопатии, при их отсутствии — о климактерической кардиалгии.

Диагностика алкогольной миокардиодистрофии требует всестороннего рассмотрения в связи не только с широкой распространенностью её у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, но и с угрозой для жизни (внезапной смерти). Отсутствие «алкогольного анамнеза» или данных о степени злоупотребления алкоголем существенно затрудняют оценку симптомов, имеющих место при данной патологии.

На ранней стадии алкогольная миокардиодистрофия проявляется упорными «беспричинными» колющими, ноющими или тянущими болями в области сердца (не за грудиной и не приступообразными), сердцебиением, чувством недостатка воздуха, неудовлетворенностью вдохом, слабостью, головной болью, плохим сном, повышенной раздражительностью, потливостью. Причём боли в области сердца не связаны с физической нагрузкой, не иррадиируют и несколько уменьшаются после приёма нитратов. Вначале тахикардия возникает в виде приступов, главным образом по ночам, затем становится постоянной, часто сочетается с



экстрасистолией или пароксизмами мерцательной аритмии, которые в последующем становятся постоянными. Ухудшение состояния обычно наступает на 2–3-й день после употребления алкоголя (в период выхода из алкогольного запоя). Объективно у больных отмечаются влажные, холодные на ощупь ладони, в пределах нормы границы сердца, достаточной звучности тоны, слабый систолический шум над верхушкой сердца, умеренно повышенное АД. На ЭКГ выявляются укорочение интервала P – Q, удлинение интервала Q – T, остроконечный зубец T, косовосходящий сегмент ST в V2 –V5 отведениях, иногда суправентрикулярная экстрасистолия.

При классической форме алкогольной миокардиодистрофии имеют место все характерные признаки хронического алкоголизма: «лицо алкоголика», вегетативные нарушения, увеличение печени, изменения психики, кардиалгия, особенно по ночам, одышка, сердцебиение, перебои в работе сердца, субъективные и объективные признаки хронической сердечной недостаточности. Кроме того, характерны увеличение сердца в обе стороны, глухие тоны его, систолический шум относительной недостаточности митрального клапана, ритм галопа, мерцательная аритмия, экстрасистолия, иногда их сочетание, акроцианоз, набухшие шейные вены, увеличенная, плотная печень, отёки на нижних конечностях и др. На ЭКГ отмечаются признаки гипертрофии левого желудочка, внутрижелудочковые блокады, уплощение или отрицательный зубец T, различного вида аритмии (нередко мерцательная аритмия).

При остром перикардите в анамнезе больных есть указание на перенесённые до возникновения болевого синдрома грипп или другие острые респираторные заболевания, на травму грудной клетки и пр. Боль при сухом перикардите может быть ноющей, тупой, острой, режущей, очень интенсивной. Она локализуется в предсердечной области, в области верхушечного толчка, иногда в эпигастральной области или в правом подреберье, нередко иррадирует в правую половину грудной клетки и правое плечо, связана с движением, дыханием, изменением положения тела, не купируется нитроглицерином. В таких случаях при аускультации сердца можно выслушать шум трения перикарда. Для ЭКГ характерно конкордантное повышение сегмента ST и зубца T в стандартных, усиленных отведениях от конечностей и в большинстве грудных отведений с более замедленным, чем при инфаркте миокарда (через несколько дней), его снижением, с формированием неглубокого отрицательного зубца T; патологический зубец Q отсутствует.

При экссудативном перикардите боль в области сердца обычно не выражена, отмечается тяжесть или тупая длительная боль в области верхушечного толчка. При аускультации сердца выявляется глухость тонов сердца, иногда добавочные тоны в систоле и диастоле. На ЭКГ выявляется значительное снижение вольтажа всех зубцов, особенно в отведениях от конечностей. Подтверждают диагноз результаты ЭхоКГ-исследования, при котором выявляется жидкость в полости перикарда.

Кардиалгии при пороках сердца бывают разнообразного характера, встречаются относительно часто, особенно при аортальных пороках и митральном стенозе. При них обычно имеет место относительная коронарная недостаточность. В таких случаях боли в области сердца очень напоминают стенокардитические, но установить их связь с физической нагрузкой не удаётся. Они носят затяжной характер, не всегда купируются нитроглицерином. При дифференциации болевого синдрома от классической ИБС (если нет сочетания заболеваний) имеют значения анамнез (перенесённая острая ревматическая лихорадка, инфекционный эндокардит, системные заболевания соединительной ткани, сифилис и др.), тщательное перкуторное и аускультативное исследование сердца, позволяющие выявлять увеличение размеров, изменение конфигурации, тонов, а также внутрисердечные шумы, зависящие от вида порока сердца. В качестве решающих

методов диагностики в настоящее время широко используется ЭхоКГ, а при врождённых пороках — венгерулография и ангиография.

Наличие у больного с пороком сердца атеросклеротического процесса, клиническим проявлением которого является ИБС, не позволяет утверждать о некоронарогенном характере болей в области сердца.

Пролапс митрального клапана сопровождается болью в области сердца, сердцебиением и аритмиями. Боли, как правило, длительные, ноющие, щемящие или давящие, локализуются обычно в III–IV межреберье, слева от грудины, иногда за грудиной или позади мечевидного отростка, нередко иррадируют в левые руку и лопатку, не купируются нитроглицерином. У больных часто отмечаются обмороки, приступы мигрени, психопатологические изменения, астенизация. При выслушивании сердца выявляется систолический «щелчок» — изолированный мезо- или поздний систолический шум, усиливающийся в вертикальном положении больного и после прекращения физической нагрузки. На ЭхоКГ обнаруживается во время систолы провисание створки митрального клапана (чаще задней, реже обеих) в полость левого предсердия.

Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты чаще имеет место при атеросклерозе аорты в сочетании с артериальной гипертензией. Клиническая картина в данном случае чрезвычайно многообразна: боль внезапно возникает, очень интенсивная, нестерпимая, по типу инфарктной, для которой характерны волнообразное усиление и ослабление, широкая иррадиация (в обе руки, спину, поясничную область, в нижние конечности). Часто одновременно с усилением болей в груди они иррадируют в новые области. В пользу расслаивающей аневризмы аорты свидетельствуют такие симптомы, как выраженное головокружение, резкое ослабление и асимметрия пульса на лучевых и сонных артериях, колебания АД, бледно-цианотичный цвет кистей рук, коллапс. В случае разрыва восходящего отдела аорты и кровоизлияния в полость перикарда при аускультации сердца можно выявить шум трения перикарда, а с помощью перкуссии — прогрессирующее увеличение абсолютной сердечной тупости. Иногда появляются признаки «аортального порока»: систолический и диастолический шумы над аортой. Повторное введение наркотических анальгетиков, включая внутривенное, часто не купирует болевой синдром. При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявляется расширение аорты на более или менее значительном протяжении, реже — её двухконтурная тень. Наибольшую информацию даёт эхография, позволяющая выявить двойной контур аорты или парадоксальное систолическое выпячивание ее. ЭКГ не информативна.

Болевой синдром при тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) имеет свои особенности: загрудинная или парастеральная боль при эмболии крупных стволов, в аксиллярной области — при периферических поражениях, причём боль иногда бывает неинтенсивная, реже — отсутствует. Для лёгочной тромбоэмболии характерна внезапно появляющаяся одышка, сопровождающаяся чувством страха, кашлем, нередко кровохарканьем. Кроме того, отмечаются тахикардия, которая часто сочетается с экстрасистолией, изредка — с мерцательной аритмией, а также пепельный оттенок кожных покровов, при закупорке крупных сосудов — цианоз. В анамнезе больных указываются хронический тромбофлебит, флеботромбозы вен ног, тяжёлые переломы, осложнённые роды, недавно перенесённые оперативные вмешательства, особенно на лёгких и органах малого таза, хроническая сердечная недостаточность (у пожилых), длительный постельный режим и др. При объективном исследовании часто выявляются расширение сердца вправо, пульсация во II межреберье слева от грудины, расщепление II тона на лёгочной артерии, систолический шум над проекцией трёхстворчатого клапана, набухание шейных вен,

эпигастральная пульсация, увеличение и болезненность печени. Рентгенологически обнаруживаются выбухание лёгочной артерии, расширение тени сердца вправо за счёт правого желудочка, обеднение сосудистого рисунка в зоне снабжения закупоренной ветви, высокое стояние диафрагмы на стороне поражения. Возможно появление в лёгких дисковидных ателектазов. При развитии инфаркта лёгкого появляется очаговое, неоднородное затемнение, характерна треугольная тень в одном из лёгочных полей. На ЭКГ отмечаются признаки перегрузки правых отделов сердца (глубокие зубцы S в I стандартном отведении и глубокие зубцы Q в III отведении), отклонение электрической оси сердца вправо, высокий, уширенный, зазубренный зубец P во II, III и AVF отведениях. Боль купируется наркотическими анальгетиками.

### **Кардиалгии вертеброгенного и мышечно - фасциального происхождения**

Остеохондроз шейных и верхних грудных (DI — DV ) позвонков может сопровождаться появлением болей в прекардиальной области в связи с рефлекторным влиянием корешкового болевого синдрома из-за сдавления и/или раздражения соединительных ветвей симпатической нервной цепочки выпавшим межпозвоночным диском или остеофитами. Эти боли чаще всего бывают длительные, постоянные в течение дня, иногда возникают внезапно, довольно интенсивные, стихают постепенно в течение часа и более, локализуются в области сердца или за грудиной. Для них характерна связь с движениями позвоночника (сгибание, разгибание, повороты шеи, туловища, запрокидывание головы) и с резкими движениями левой руки. Они усиливаются также в положении больного лёжа в мягкой постели, при «неудобном» положении головы во время сна и после ночи, при кашле, чихании, натуживании и др. В таких случаях нитроглицерин не даёт эффекта: боли прекращаются или уменьшаются лишь после приёма анальгетиков, постановки горчичников, массажа шейно-грудного отдела позвоночника, после физиотерапевтических мероприятий.

При дифференциальной диагностике кардиалгии следует учитывать характер неврологических расстройств, обусловленных остеохондрозом.

Нередко первым симптомом шейного остеохондроза является цервикалгия, проявляющаяся постоянной или приступообразной болью в области шеи, довольно интенсивной, усиливающейся при повороте головы и сопровождающейся болезненным хрустом. Приступообразность боли является важным признаком синдрома позвоночного нерва (синонимы — синдром позвоночной артерии, задний шейный симпатический синдром, шейная мигрень, синдром Барре-Льеу), возникающего вследствие раздражения или компрессии симпатического нервного сплетения позвоночной артерии остеофитами унковертебральных сочленений или подвывихом шейных позвонков при наличии врождённого блока нижних шейных позвонков. Боль в шее преимущественно односторонняя, распространяется на затылочную и теменно-височную области, на лоб, сопровождается головокружениями, вегетативными, слуховыми, вестибулярными и зрительными симптомами. Определённое значение имеет выявление местной болезненности остистых отростков шейных позвонков при надавливании или поколачивании (триггерная зона). При этом боли могут быть вызваны или усилены надавливанием на голову вертикально сверху вниз или вытягиванием одной руки больного с одновременным поворотом его головы в противоположную сторону.

Кардиалгия может возникать и при межрёберной невралгии — опоясывающей боли, распространяющейся строго по одному–двум межреберьям вследствие сдавления спинальных верхнегрудных корешков. Межрёберная невралгия может быть обусловлена травмой, переломом

рёбер, сдавлением межрёберного нерва различной этиологии (метастазы злокачественной опухоли, миеломная болезнь, туберкулёзный спондилит и др.). Она может предшествовать развитию опоясывающего лишая или быть его следствием, спустя много месяцев и даже лет после исчезновения кожных высыпаний (постгерпетическая межрёберная невралгия).

Диагноз межрёберной невралгии устанавливается на основании наличия лёгкой гипестезии соответствующего межрёберья, усиления боли при наклоне туловища в больную сторону, при надавливании в точках Валле.

Мышечно-фасциальные болевые синдромы могут быть одним из проявлений остеохондроза или иметь другой генез (травма, растяжение, напряжение мышц и т.д.). Наибольшие трудности при дифференциальной диагностике мышечно-фасциальных синдромов и боли кардиального происхождения возникают при следующих вариантах синдромов: плече-лопаточном периартрите, лопаточно-рёберном синдроме, межлопаточном болевом синдроме, синдроме большой и малой грудной мышц, при синдроме передней лестничной мышцы (синдром Нафцигера). Диагностика их основана на обнаружении локальной болезненности и уплотнений соответствующих мышц, при выявлении триггерных точек, чёткой связи боли с напряжением той или иной группы мышц, на результатах оценки их функции, на наличии факта уменьшения боли при натирании различными мазями, после блокад, мануальной терапии и др.

При пальпации прекардиальной области можно выявить болезненность, припухлость и утолщение хрящей II–IV рёбер (чаще слева) в местах прикрепления их к грудице (синдром Титце). Боль возникает вследствие воспаления рёберных хрящей (хондрит) после вирусных инфекций, микротравмы. Она поверхностная, непостоянная, различной интенсивности, локализуется преимущественно слева у края грудицы, иррадирует в руку, плечо, шею, усиливается при резких поворотах туловища, глубоком вдохе, чихании. При данной патологии иногда поражается грудно-ключичное сочленение, проявляющееся приступами острой боли над верхней частью грудицы. Эта боль обычно бывает длительная (несколько месяцев). Со временем она исчезает, но утолщение рёберных хрящей может сохраняться в течение многих месяцев и даже лет. В таких случаях на рентгенограмме может выявляться очаговый остеопороз рёбер и грудицы.

Во всех вероятных случаях вертеброгенной кардиалгии необходимо провести рентгенографию позвоночника. Рентгенологическими признаками остеохондроза являются выпрямление шейного лордоза, сужение межпозвонковой щели, субхондральный склероз, спондилоартроз, в том числе унковертебрального сочленения, спондилолистез, краевые остеофиты, грыжи Шморля.

ЭКГ при остеохондрозе позвоночника обычно без ишемических изменений, если нет сочетания с ИБС. Часто на ней регистрируются нарушения фазы реполяризации желудочков (смещение сегмента ST книзу, отрицательные несимметричные зубцы T), которая при проведении пробы с хлоридом калия и/или бета-адреноблокаторами временно нормализуется. ЭКГ-пробы с физической нагрузкой, в частности, велоэргометрическая не выявляют ишемии миокарда.

### **Кардиалгии при заболеваниях легких и плевры**

Боли в области сердца при бронхо-лёгочной патологии обычно обуславливаются поражением либо париетальной плевры либо слизистой крупных бронхов и трахеи, от болевых рецепторов которых афферентные волокна идут соответственно в составе межрёберных нервов или блуждающего нерва. Эти боли часто бывают колющие, иногда ноющие, тупые. Они чётко связаны с кашлем, глубоким вдохом, отделением мокроты, одышкой, кровохарканьем и с другими

признаками поражения дыхательной системы. Острая нестерпимая, но не приступообразная боль возникает при спонтанном пневмотораксе, остром плеврите; постоянная сильная боль с различной иррадиацией — при прорастании раковой опухоли лёгкого в грудную клетку, нервные стволы; в остальных случаях боли при бронхо-лёгочной патологии не иррадируют.

При дифференциальной диагностике болевого синдрома большое значение имеют анамнез острого или хронического лёгочного заболевания, часто повышенная температура тела, особенности перкуторных (притупление, тупость, тимпанит, коробочный лёгочный звук) и аускультативных данных (шум трения плевры, крепитация, влажные хрипы, сухие хрипы) данные рентгенологического исследования органов грудной клетки; в ряде случаев — результаты бронхоскопии с биопсией слизистых бронхов (при необходимости). На ЭКГ ишемические изменения миокарда обычно не выявляются.

### **Кардиалгии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и диафрагмы**

Боли в области сердца могут возникать при многих желудочно-кишечных заболеваниях, но чаще всего при патологии пищевода, желудка и желчного пузыря.

Болевые ощущения, обусловленные патологией пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагит, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рак и др.), очень сходны со стенокардитическими, поскольку обычно локализуются за грудиной и носят приступообразный характер. Они жгучие, нередко достаточно сильные, особенно при диафрагмальной грыже, иррадируют в шею, межлопаточную область, часто купируются нитроглицерином. Однако эти боли отличаются отсутствием связи с физической нагрузкой, возникают, как правило, во время еды и при прохождении пищи по пищеводу, сочетаются с дисфагией, изжогой, отрыжкой, усиливаются в горизонтальном положении больного и ослабевают — в вертикальном. Они уменьшаются или вовсе исчезают после приёма антацидов, например, соды, что не характерно для стенокардии.

Рефлюксные кардиалгии при диафрагмальной грыже, гастродуоденальных язвах, хроническом холецистите, особенно калькулёзном, при панкреатите и других патологиях во многом аналогичны вышеперечисленным. Боли при них также сочетаются с диспепсическими симптомами, локализуются в подложечной области и в области нижней трети грудины. Они усиливаются при физикальном исследовании подложечной и/или эпигастральной области, связаны с приёмом пищи, часто облегчаются после рвоты. Их ритмичность зависит от вида и характера желудочно-кишечной патологии.

В анамнезе больных в межприступном периоде, как правило, имеются указания на наличие симптомов диспепсии или желудочно-кишечного заболевания.

При данной патологии на ЭКГ обычно нет признаков ишемии миокарда. Решающими методами диагностики служат рентгенологический и эндоскопический, позволяющие обнаруживать часто прямые признаки патологии желудочно-кишечного тракта и диафрагмы, что в дальнейшем подтверждается и результатами дифференцированной терапии.

Сочетанный кардиалгический синдром и окончательный достоверный диагноз конкретного заболевания можно установить на основании проанализированного анамнеза, результатов оценки болевого синдрома, данных физикального исследования, ЭКГ, других инструментальных

исследований и, несомненно, обычных лабораторных, а при необходимости — и специальных инструментальных исследований.

При кардиалгическом синдроме, обусловленном как коронарогенными, так и некоронарогенными причинами, в процессе дифференциальной диагностики необходимо выделить заболевания, представляющие собой острые неотложные состояния, требующие немедленного врачебного вмешательства и экстренной госпитализации, а также заболевания, не угрожающие жизни больного.

К неотложным состояниям, требующим экстренной диагностики и терапии, относятся приступ стенокардии, острый коронарный синдром, расслаивающая аневризма грудного отдела аорты, тромбоэмболия лёгочной артерии, спонтанный пневмоторок и др.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Аллилуев И.Г. Боль в грудной клетке: диагностика и лечение / И.Г. Аллилуев. М.: Эко-Трендз. 2000. 144 с.
2. Болевые синдромы в неврологической практике / А.М. Вейн [и др.]; под ред. А.М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ. 2001. 368 с.
3. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней : справ. рук. для врачей / А.В. Виноградов. Изд. 3-е, перераб и доп. М.: МИА. 2001. 606 с.
4. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Рос. реком. Разработаны комитетом экспертов Всерос. науч. о-ва кардиологов. Секция ишемической болезни сердца // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 4. Приложение 1. 27 с.
5. Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъёмов сегмента ST на ЭКГ. Российские рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всерос. науч. о-ва кардиологов // Кардиология. 2001. № 10. Приложение. 23 с.
6. Руководство по кардиологии / Н.А. Манак [и др.]; под ред. Н.А. Манака. Мн.: Беларусь, 2003. 624 с.