



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение. Общие принципы диагностики заболеваний, проявляющихся болью в грудной клетке . . . . .	5
Рецензия . . . . .	25
Список сокращений . . . . .	28
Глава 1. Острый коронарный синдром . . . . .	30
Глава 2. Стабильная стенокардия напряжения . . . . .	51
Глава 3. Расслоение аорты . . . . .	69
Глава 4. Острый фибринозный перикардит . . . . .	80
Глава 5. Алкогольная кардиомиопатия . . . . .	86
Глава 6. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии. . . . .	95
Глава 7. Спонтанный пневмоторакс . . . . .	111
Глава 8. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь . . . . .	118

Глава 9. Невротические и аффективные расстройства . . . . .	126
Глава 10. Неврологические, вертеброгенные и миофасциальные причины боли в грудной клетке . . . . .	140
Глава 11. Другие причины боли в грудной клетке . . . . .	161
Предметный указатель . . . . .	169
Литература . . . . .	175

## **ВВЕДЕНИЕ. Общие принципы диагностики заболеваний, проявляющихся болью в грудной клетке**

Более 100 лет назад один из самых знаменитых терапевтов своего времени, директор госпитальной клиники внутренних болезней Военно-медицинской академии, лейб-медик, профессор Василий Николаевич Сиротинин писал: «В клиническом деле, в особенности по отношению к более или менее верному распознаванию болезни в каждом данном случае и общей оценке состояния больных, имеет огромное значение... способ мышления, особенности, так сказать, клинической логики... Начиная исследование, мы руководимся обыкновенно жалобами больного и его общим видом, наружным осмотром. Уже первые жалобы и осмотр... составляют ту или другую (у привыкшего бессознательно) гипотезу о болезни, которой стра-

дает больной и эта гипотеза, хотя может быть в начале и ошибочная, дает нам руководящую нить как в выборе тех или других способов исследования (устраняя многие из них, как лишние), так и в постановке новых вопросов больному. Дальнейшие ответы больного, так же как и факты, собираемые объективным исследованием, дают нам подтверждение или наоборот опровергают нашу первоначальную гипотезу, заставляя делать новую, так же, в свою очередь, руководящую нас в дальнейшем исследовании. Благодаря этому мы можем, как сказано, устранить многие методы исследования, как в данном случае ненужные, не могущие нам дать никаких существенных данных для нашей прямой цели — распознавания болезни, и сберечь таким образом много времени» (Сиротинин В. Н. Лекции, читанные в 10/11 уч. г. Вып. I. Болезни сердца. СПб., 1913). Как ни парадоксально, но и сегодня это описание клинического мышления остается актуальным, особенно для амбулаторного врача, который на основании результатов опроса, осмотра и снятой при необходимости в экстренном порядке ЭКГ должен принять решение о тактике ведения пациента; следует отметить, что в большинстве случаев при правильном методическом подходе этого

оказывается достаточно, чтобы поставить правильный диагноз.

Острая приступообразная боль в груди может быть самым ранним и до определенного момента единственным проявлением заболевания сердца, поэтому подобная жалоба должна настораживать врача с самого начала. Возможные причины боли в грудной клетке представлены в таблице 1.

*Таблица 1*

**Возможные причины ощущения боли  
в грудной клетке**

<b>Группа заболеваний</b>	<b>Нозологические формы</b>
Заболевания сердечно-сосудистой системы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– острый коронарный синдром</li> <li>– стабильная стенокардия напряжения</li> <li>– фибринозный перикардит</li> <li>– расслоение аорты</li> <li>– алкогольная болезнь сердца</li> </ul>
Заболевания органов дыхания	<ul style="list-style-type: none"> <li>– тромбоз ветвей легочной артерии</li> <li>– пневмония</li> <li>– плеврит</li> <li>– пневмоторакс</li> </ul>
Заболевания органов желудочно-кишечного тракта	<ul style="list-style-type: none"> <li>– заболевания пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагоспазм, повреждение слизистой оболочки инородным телом, эзофагит, язва, рак, разрыв пищевода)</li> </ul>

<b>Группа заболеваний</b>	<b>Нозологические формы</b>
Неврологические, вертеброгенные и миофасциальные причины боли	<ul style="list-style-type: none"> <li>– центральный болевой синдром</li> <li>– спинальный инсульт, миелит, миелопатия</li> <li>– радикулопатия</li> <li>– опоясывающий лишай (опоясывающий герпес, герпетический ганглионит), постгерпетическая невралгия</li> <li>– мышечно-тонический и миофасциальный болевой синдром</li> <li>– спондилопатии (спондилит, спондилез, артропатии межпозвонковых и позвоночно-реберных суставов)</li> <li>– поражение межпозвонковых дисков</li> <li>– травма грудной клетки</li> </ul>
Невротические и аффективные расстройства	<ul style="list-style-type: none"> <li>– соматоформные расстройства (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, ипохондрическое расстройство, устойчивое соматоформное болевое расстройство)</li> <li>– тревожное расстройство (панические атаки, генерализованное тревожное расстройство)</li> <li>– депрессивное расстройство</li> </ul>
Другие причины	<ul style="list-style-type: none"> <li>– фибромиалгия</li> <li>– синдром Титце</li> </ul>

При оценке болевого синдрома в грудной клетке обязательно учитывают прогностическую значимость заболевания, которое могло вызвать появление боли. Типичный ангинозный приступ у больного ИБС, возникающий при фи-

зической нагрузке и купирующийся в течение нескольких минут в покое при приеме нитроглицерина, служит своего рода эталоном, с которым сравнивают все остальные приступы боли в грудной клетке. Хроническая (интермиттирующая или стабильная) боль в грудной клетке, как правило, не требует неотложной помощи, для уточнения ее генеза в плановом порядке проводят дополнительные лабораторные и инструментальные исследования. Остро возникшая интенсивная боль в грудной клетке, не купирующаяся приемом нитратов в течение 15 минут и более, обычно требует срочной медицинской помощи и экстренной госпитализации пациента; в первую очередь исключают жизнеугрожающие состояния — ОКС, расслоение грудной аорты, перикардит, ТЭЛА. Для этого прежде всего необходима максимально возможная детализация жалоб с уточнением характера боли, ее локализации, продолжительности болевого приступа и т. д., а также выявление «второго симптома» (боль в груди может сопровождаться одышкой, обмороком, тошнотой и рвотой и т. д.); алгоритм опроса пациента представлен в таблице 2. Очевидно, что с первых минут осмотра у врача обычно формируется определенная диагностическая концепция, и, чтобы подтвердить или от-





вергнуть ее, часто необходим более детальный опрос пациента (соответствующие алгоритмы представлены в главах, посвященных отдельным нозологическим формам).

Таблица 2

**Жалобы: оценка болевого синдрома  
в грудной клетке**

<b>Характеристика боли</b>	<b>Диагностическое значение</b>
Условия возникновения	<p>Стенокардия напряжения возникает на высоте нагрузки – при ходьбе, особенно при попытке идти быстрее, подъеме по лестнице или в гору, поднятии тяжестей, иногда – при эмоциональной нагрузке, после еды, как реакция на низкую температуру воздуха; для нее не характерно возникновение боли спустя некоторое время после нагрузки. При расслоении аорты боль возникает остро, чаще на фоне гипертонического криза или при нагрузке (физической или эмоциональной). Появление болевого синдрома после травмы (иногда – отсроченное), а также после непривычных, выходящих за рамки локомоторного стереотипа нагрузок (подъем тяжести, неловкое движение), может свидетельствовать о поражении опорно-двигательного аппарата (в частности, компрессионном переломе позвонка, переломе ребра, секвестрировании межпозвонковой грыжи, развитии мышечно-тонического синдрома). Связь болевого синдрома с приемом пищи указывает на поражение желудочно-кишечного тракта, для ГЭРБ также характерно появление боли при переходе больного в положение лежа или сгибании.</p>

Продолжение табл. 2

Характеристика боли	Диагностическое значение
	<p>Развитие боли в связи с психотравмирующей ситуацией или на фоне хронической психоэмоциональной нагрузки, в том числе при наличии симптомов депрессии, может говорить о ее психогенном происхождении</p>
Характер боли	<p>Для ОКС характерна давящая, сжимающая боль; острая, прокалывающая или тупая ноющая боль чаще наблюдается при алкогольной кардиомиопатии, психосоматических расстройствах, мышечно-тоническом синдроме, фибромиалгии. При перикардите боль может быть режущей, жгущей, колющей; при расслоении аорты часто имеет раздражающий, распирающий, нередко волнообразный характер. Простреливающая, дергающая, напоминающая удар электрическим током, жгучая боль характерна для радикулопатии, герпетического поражения</p>
Локализация	<p>Типичная для ИБС — за грудиной (пациент сжимает руку в кулак напротив грудины — симптом Ливайна), в левой половине грудной клетки, реже — в нижней челюсти, левой руке, подложечной области и др. Локализация боли на небольшом ограниченном участке грудной клетки (больной указывает ее одним пальцем) — ниже эпигастральной области и выше нижней челюсти — не характерна для ИБС. При перикардите боль обычно локализуется непосредственно в прекордиальной области. Для расслоения грудной аорты характерна миграция боли сверху вниз, иногда с вовлечением нижних отделов живота и ног.</p> <p>Типичная для поражения опорно-двигательного аппарата боль обычно локализуется в области позвоночника, паравerteбральных</p>

Характеристика боли	Диагностическое значение
	<p>мышц, подлопаточной области, распространяется вдоль ребер, пациент может указать на болезненные точки и области.</p> <p>Боль психогенного происхождения по типу «предсердечной тоски» трудно локализуема, пациенты нередко относят ее к «области сердца» в соответствии со своими представлениями, она может мигрировать как от приступа к приступу, так и в рамках одного болевого эпизода</p>
Иррадиация	<p>Обычная при ИБС — в левую половину грудной клетки, в левую руку до пальцев, левую лопатку и плечо, шею; патогномоничная — в зубы и нижнюю челюсть; изредка боль распространяется вправо от грудины, к правому плечу, в подложечную область. При инфаркте миокарда и расслоении аорты боль может иррадиировать в спину. При ИБС боль не может отдавать в ноги и в голову выше нижней челюсти. При перикардите боль, как правило, не иррадирует. При заболеваниях пищевода, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки боль часто отдает в спину. Боль, связанная с вовлечением невралгических структур, иррадирует вдоль дерматомов (полосовидный участок кожи, от которого чувствительные нервы направляются в один корешок спинномозгового нерва) и в соответствии с чувствительной иннервацией: при опоясывающем лишае иррадиация происходит вдоль ребра на уровне поражения вирусом герпеса нервного корешка. Нетипичная и необъяснимая анатомически иррадиация свидетельствует о психогенном происхождении и (или) рентной установке пациента, агравации болезни (например, для получения группы инвалидности)</p>

<b>Характеристика боли</b>	<b>Диагностическое значение</b>
Условия, при которых боль усиливается	Связь боли с дыханием, кашлем, наклоном, поворотами тела наблюдается при поражении плевры (в т. ч. при ТЭЛА), перикарда, а также при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Боль при поражении желудочно-кишечного тракта усиливается после приема пищи. Боль при невротических и аффективных расстройствах, фибромиалгии, центральном болевом синдроме, герпетическом поражении нередко усиливается при психоэмоциональных нагрузках
Условия купирования боли	При стенокардии – прекращение нагрузки; нередко боль быстрее всего купируется в положении сидя. Перикардиальная боль часто облегчается в положении сидя с наклоном вперед. Плевральная боль обычно уменьшается, если лечь на больную сторону (пациенты спят на стороне поражения) или уменьшить подвижность грудной клетки, сдавив ее руками. Принятие пациентом антальгической позы (сознательное или произвольное) также характерно для патологии опорно-двигательного аппарата. Для ГЭРБ типично уменьшение или полное ее исчезновение в вертикальном положении, возможно облегчение боли после отрыжки или рвоты. При невротических и аффективных расстройствах, фибромиалгии, центральном болевом синдроме ощущение боли сильно зависит от психического состояния пациента и поэтому нередко уменьшается при переключении внимания пациента на бытовые или трудовые задачи, а также при циклической аэробной физической нагрузке, зависимость от позы при этом не характерна

Характеристика боли	Диагностическое значение
<p>Продолжительность и ритм боли</p>	<p>При стенокардии — несколько минут, но не более 15–20; боль, длящаяся секундами, не может быть проявлением ИБС; болевой синдром, длящийся более 30 минут, не может быть расценен как стенокардия — необходимо исключить инфаркт миокарда, расслоение аорты, перикардит, ТЭЛА. Боль, длящаяся сутками (пациент засыпает и просыпается с болью), также не характерна для ИБС, может наблюдаться при алкогольной кардиомиопатии, заболеваниях опорно-двигательного аппарата, невротических и аффективных расстройствах, фибромиалгии. Механический ритм боли характерен для дегенеративного процесса в межпозвонковых и позвоночно-реберных суставах: боль возникает при движениях («стартовая боль»), проходит в покое, может беспокоить в первую половину ночи. Воспалительный ритм предполагает наличие боли в покое с максимумом выраженности во второй половине ночи и с облегчением на фоне повторяющихся движений, «расхаживания»</p>
<p>Эффект нитроглицерина</p>	<p>Приступ стенокардии полностью купируется в течение 1–3 минут; отсутствие эффекта в течение 10 минут может свидетельствовать о развитии ОКС либо о некоронарогенной природе боли. Следует учитывать, что при ГЭРБ нитроглицерин может уменьшать или даже купировать болевой синдром. Прием нитратов не изменяет характеристик болевого синдрома при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, невротических и аффективных расстройствах</p>

Характеристика боли	Диагностическое значение
«Второй симптом»	<p>Одышка или удушье, сердцебиение, синкопе, тошнота и рвота, гипергидроз в сочетании со сжимающей болью за грудиной предполагают наличие ОКС. Боль в голени свидетельствует о наличии ТГВ нижних конечностей с развитием ТЭЛА, при этом боль в грудной клетке может сопровождаться выраженной одышкой, падением АД, обмороком. При пневмотораксе остро возникшая боль в грудной клетке сопровождается бледностью, слабостью, холодным потом, тахикардией, снижением АД, в дальнейшем боль стихает и на первый план выступает одышка. Боль в грудной клетке в сочетании с лихорадкой требует исключения перикардита, пневмонии и плеврита. Другой причиной лихорадки (чаще субфебрилитета) в сочетании с болевым синдромом может быть системное заболевание соединительной ткани, особенно при сопутствующем нарушении подвижности сегментов позвоночного столба, ребер и конечностей, воспалительных изменениях суставов. Боль в грудной клетке, распространяющаяся вдоль нервных стволов, в сочетании с пузырьковой сыпью указывает на герпетическое поражение (опоясывающий лишай), причем нарушение чувствительности и (или) боль могут возникнуть раньше, чем появятся кожные высыпания. Нарушение глотания указывает на поражение пищевода. При невротических и аффективных расстройствах боль в левой половине грудной клетки нередко сопровождается ощущением нехватки воздуха (часто — неудовлетворенности вдохом), частым или сильным сердцебиением, тревогой, витальным страхом, паникой, полиурией в конце приступа</p>

Следующим этапом диагностического поиска становится тщательный сбор анамнеза, позволяющий получить важнейшие сведения о давности заболевания и его течении, факторах риска ССЗ (ИБС, расслоения аорты, ТЭЛА и т. д., см. в соответствующих главах), вредных привычках, семейном анамнезе и др. (табл. 3). Если у врача к этому времени уже сложилось представление о причине болевого синдрома в грудной клетке, то схема опроса пациента может измениться (см. соответствующие главы). Сбор анамнеза может быть затруднен у пациента с чрезвычайно интенсивной болью в грудной клетке (что не позволяет ему сосредоточиться на разговоре), в тяжелом состоянии (в частности, при нестабильной гемодинамике), а также при мнестико-интеллектуальном снижении пациента. Ценным источником информации в подобных случаях могут стать старые выписки и результаты проведенных ранее исследований (табл. 4); иногда полученные сведения определяют направление дальнейшего диагностического поиска. Например, выявленная на ЭКГ картина выраженной гипертрофии ЛЖ может свидетельствовать о многолетней АГ (о которой больные иногда даже не упоминают, поскольку на фоне проводимой гипотензивной терапии АД

у них стабилизировалось), либо об аортальном стенозе (подтверждение этой гипотезы в виде систолического шума во втором межреберье справа от грудины должно быть получено при аускультации сердца).

*Таблица 3*

**Сбор анамнеза при болевом синдроме  
в грудной клетке**

Вопрос	Клиническая значимость ответа
<p>Как давно появились приступы боли в грудной клетке?</p>	<p>Остро возникшая интенсивная боль в груди может быть проявлением ОКС, расслоения аорты, ТЭЛА, спонтанного пневмоторакса. Стенокардию считают впервые возникшей в течение 28–30 дней с момента первого болевого приступа; после этого при рецидивировании ангинозных приступов говорят о стабильной стенокардии напряжения. Наличие в анамнезе стабильной стенокардии напряжения у пациента с длительным приступом боли в груди делает весьма вероятным предположение об ОКС. Хроническая боль после травмы, скорее всего, вызвана патологией костно-мышечной системы</p>
<p>Участились, усилились ли боли за последнее время? Не изменилась ли толерантность к нагрузке, не появились ли болевые приступы в покое, не увеличилась ли потребность в нитратах?</p>	<p>Снижение толерантности к нагрузке (переход стенокардии напряжения в III или IV ФК), утяжеление болевых приступов и увеличение потребности в нитроглицерине для их купирования свидетельствуют об ОКС</p>



<b>Вопрос</b>	<b>Клиническая значимость ответа</b>
<p>Напоминает ли настоящий болевой приступ ощущения, возникавшие ранее при физической нагрузке по локализации, характеру, продолжительности боли?</p>	<p>По интенсивности, продолжительности и сопровождающим симптомам ангинозный приступ при ОКС (инфаркте миокарда) обычно болеет тяжелый, чем при стенокардии напряжения</p>
<p>Имеются ли факторы риска ССЗ, расслоения аорты, ТЭЛА, пневмоторакса?</p>	<p>Учет факторов риска ИБС, ТЭЛА и др. помогает в диагностике соответствующих заболеваний, наличие факторов риска ИБС увеличивают риск развития осложнений и (или) летального исхода при ОКС</p>
<p>Имеются ли в анамнезе перенесенные инфаркты миокарда, ОНМК, перемежающаяся хромота, другие проявления атеросклероза? Переносил ли пациент недавно операции на сердце (например, баллонную ангиопластику и стентирование коронарных артерий или АКШ)? Лечился ли он раньше в больницах, с каким диагнозом?</p>	<p>Больные преклонного возраста нередко не могут ответить на вопрос, чем они болели ранее, но помнят, когда и с чем они лечились стационарно. Анамнестические отсылки на перенесенный инфаркт миокарда или его реваскуляризацию указывают на возможность ОКС как причины болевого синдрома; признаки атеросклеротического поражения других органов также учитывают при оценке атипичного болевого синдрома. Следует помнить, однако, что у пациентов после стернотомии может возникнуть хронический болевой синдром в грудной клетке при отсутствии ишемии миокарда</p>
<p>Медикаментозная терапия, ее эффективность в отношении болевого синдрома</p>	<p>Эффективность нитратов подтверждает наличие ИБС, при плевральной, перикардальной боли, корешковом синдроме эффективны НПВС и ненаркотические анальгетики, при ГЭРБ — антациды и антисекреторные средства</p>

<b>Вопрос</b>	<b>Клиническая значимость ответа</b>
Наличие вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики)	Сведения об употреблении алкоголя (наличие похмельного синдрома, запоев, дата последнего эксцесса) позволяют заподозрить алкогольную кардиомиопатию. Курение – фактор риска развития атеросклероза. Использование кокаина или крэка может спровоцировать ишемию миокарда
Семейный анамнез	Наличие у кого-либо из родственников пациентов болезней сердца и сосудов – фактор риска ИБС

Таблица 4

### Оценка имеющихся результатов обследования

<b>Метод обследования</b>	<b>Диагностически значимые находки</b>
Лабораторные показатели	Гипергликемия (сахарный диабет), гипер- и дислипидемия – факторы риска ИБС. Тяжелая анемия может быть причиной вторичной стенокардии или ухудшать течение ИБС. Лейкоцитоз, повышение СОЭ и другие признаки воспаления наводят врача на мысль о пневмонии, перикардите. Гипотиреоз способствует развитию атеросклероза, ИБС, гипертиреоз может утяжелять течение ИБС
Электрокардиограмма	Признаки выраженной гипертрофии ЛЖ могут быть следствием АГ (фактор риска ИБС, расслоения аорты) или стеноза устья аорты

Метод обследования	Диагностически значимые находки
	<p>(возможная причина стенокардии). ЭКГ-признаки перенесенного ранее инфаркта миокарда в сочетании с остро возникшим болевым синдромом в грудной клетке требуют исключения ОКС. При возможности следует выполнить ЭКГ в момент болевого приступа: подъем или депрессия сегмента <i>ST</i>, изменения формы и направленности зубцов <i>T</i> на фоне болевого приступа позволяют подтвердить диагноз ОКС, хотя отсутствие динамики ЭКГ не позволяет его исключить. При расслоении аорты жесточайшая боль в грудной клетке обычно не сопровождается динамикой ЭКГ. При ТЭЛА на ЭКГ могут появиться признаки перегрузки правого предсердия (<i>P-pulmonale</i>) и правого желудочка (признак <math>S_1Q_{III}</math>, неполная блокада правой ножки пучка Гиса)</p>
Другие исследования сердца	<p>Результаты выполненных ранее ЭхоКГ, нагрузочных проб, КАГ помогают удостовериться в наличии ИБС или (при отрицательных результатах выполненных ранее исследований) заставляют искать другую причину болевого синдрома в грудной клетке, помимо ИБС</p>
Рентгенография органов грудной клетки	<p>Рентгенологические признаки заболевания легких на выполненных ранее снимках помогают проведению дифференциальной диагностики боли в грудной клетке</p>

После детализации жалоб и сбора анамнеза врач приступает к осмотру пациента; на самом деле оценка внешнего вида пациента и особенностей поведения начинается еще во время расспроса. В некоторых случаях к определенным выводам можно прийти почти сразу, оценив пол, возраст, внешний вид больного, манеру его речи и поведения. Так, трудно заподозрить ИБС у молодой женщины, и если простой вопрос «как вы себя чувствуете?» вызывает у нее слезы, то психосоматическое расстройство как причина кардиалгии становится весьма вероятным; у молодого худого и высокого мужчины (марфаноподобный фенотип) остро возникшая интенсивная боль в грудной клетке требует исключения расслоения аорты; у суетливого мужчины среднего возраста с одутловатым лицом, ринофимой, тремором рук и кардиалгией есть основания заподозрить алкогольную кардиомиопатию. Внимательный осмотр позволяет выявить признаки дислипидемии, СН, ТГВ нижних конечностей, порока сердца и т. д. (табл. 5); важнейшую роль играет оценка гемодинамики (нестабильность ее — показание к экстренной госпитализации пациента).

Таблица 5

**Оценка физикальных данных при болевом синдроме в грудной клетке**

Система органов	Диагностически значимые находки
Общий осмотр	<p>Спутанность сознания свидетельствует о тяжести патологии. Бледность кожи может быть признаком анемии, аортального порока сердца. Ксантелазмы наблюдаются при гиперлипидемии, симптом Франка (диагональная складка мочки уха) — при коронарном атеросклерозе. Изменения пальцев по типу «барабанных палочек» и «часовых стекол» могут говорить о ХОБЛ. Наличие симметричных отеков ног чаще всего свидетельствует о сердечной недостаточности, асимметричные или односторонние отеки требуют исключения венозного тромбоза и ТЭЛА как причины болевого синдрома в грудной клетке. Болезненность межреберий при пальпации может говорить о корешковом синдроме (необходимо, однако, убедиться, что вызываемая пальпацией боль — та самая, которая вынудила пациента обратиться за помощью), характерный признак перелома ребра — крепитация при его пальпации. Наличие шрамов от предыдущих торакотомий (например, при выполнении АКШ, протезировании клапанов сердца и др.) также помогает диагностике</p>
Органы дыхания	<p>ЧДД менее 10 или более 29 в минуту говорит о тяжести заболевания. Влажные хрипы над нижними отделами легких с обеих сторон выслушивают при сердечной недостаточности. Наличие плеврального выпота может свидетельствовать о плеврите или гидротораксе. Уменьшение экскурсии грудной клетки, тимпанический перкуторный звук и тихие дыхательные шумы (или их полное отсутствие)</p>

Система органов	Диагностически значимые находки
	говорят о наличии пневмоторакса. Шум трения плевры бывает при плеврите, ТЭЛА. Приглушение перкуторного звука в сочетании с бронхиальным дыханием или ослаблением дыхательных шумов указывает на пневмонию
Органы кровообращения	Тахикардия предполагает наличие инфаркта миокарда, воспалительного заболевания легких (плеврит, пневмония), тревоги. Брадикардия может быть следствием блокады сердца при инфаркте миокарда или другом тяжелом заболевании сердца. Повышение АД может быть обусловлено гипертонической болезнью или тревогой, снижение его может быть связано с сердечным заболеванием (инфаркт миокарда, ТЭЛА, расслоение аорты) и обычно свидетельствует о тяжести патологии. Разница в показателях АД на двух руках, превышающая 20 мм рт. ст., заставляет врача думать о расслоении аорты. Оценивают наличие признаков сердечной недостаточности и аритмии, признаков поражения клапанов сердца (стеноз устья аорты может вызывать ишемию миокарда). Шум трения перикарда позволяет диагностировать фибринозный перикардит. Ритм галопа свидетельствует о наличии сердечной недостаточности. Исчезновение пульса на лучевой артерии может быть следствием расслоения аорты

Сигналы тревоги («красные флаги»), свидетельствующие о жизнеугрожающем заболевании, включают:

- ✓ боль, внезапно возникшую впервые в жизни при физической нагрузке;

- ✓ интенсивную длительную (более 15 минут) боль, не купирующуюся приемом нитратов;
- ✓ тошноту, рвоту, гипергидроз;
- ✓ нестабильность гемодинамики (бледность кожи, тахикардию, падение АД);
- ✓ сопровождающие приступ боль в грудной клетке признаки сердечной или дыхательной недостаточности (одышку, приступ удушья);
- ✓ синкопе.

Но и при отсутствии этих признаков, если диагноз не очевиден, то в интересах пациента лучше заподозрить у больного с торакалгией более тяжелое заболевание (например, ОКС) и ошибочно госпитализировать его, чем оставить пациента с жизнеугрожающим заболеванием дома без надлежащей медицинской помощи.

## РЕЦЕНЗИЯ

Предлагаемая вашему вниманию книга — уже 35-я в серии «Амбулаторный прием» и является результатом совместного труда сотрудников кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова под руководством проф., д. м. н., ЗДН РФ, А. Л. Верткина.

Идеология этой серии основана на необходимости усовершенствования оказания амбулаторной помощи, станового хребта современной медицины. Штатное расписание современного терапевта или врача общей практики отводит строго лимитированное время на осмотр пациента — 12 минут. Много это или мало — вопрос сложный, но решаемый, и книги серии «Амбулаторный прием» как раз и предлагают терапевтам и врачам смежных специальностей специально разработанные алгоритмы осмотра пациента с той или иной ведущей жалобой, что должно помочь врачу, работающему в поликлинике,



оперативно найти ключи к диагнозу, запомнить сигналы тревоги (так называемые красные флаги), вычленив необходимые и устранить ненужные в данном случае методы исследования, сберечь таким образом много времени.

Боль в грудной клетке — важнейший симптом заболеваний органов грудной клетки и одна из наиболее частых причин обращения больных к врачу с целью облегчения симптомов и исключения серьезного заболевания. В книге детально представлены ориентировочная последовательность распроса пациента с детализацией его жалоб и уточнением анамнестических данных, обсуждается диагностическая ценность информации, которую можно при этом получить. Рассмотрены и проанализированы возможные находки при клиническом исследовании и диагностическая значимость результатов проведенных дополнительных методов исследования. Подчеркнута значимость факторов риска различных заболеваний для диагностики причины болевого синдрома в грудной клетке, отдельно рассматриваются симптомы тревоги («красные флаги»), свидетельствующие о жизнеугрожающем заболевании. Приводятся схема осмотра пациента, позволяющая получить максимум ценной информации за минимальное вре-

мя, и варианты трактовки получаемых при этом данных, позволяющие поставить правильный диагноз и свести к минимуму врачебные ошибки и ненужные обследования.

Рассмотрены самые распространенные страдания, сопровождаемые болями в грудной клетке, включая заболевания сердца и крупных сосудов: острого коронарного синдрома, стабильной стенокардии напряжения, расслоения аорты, острого фибринозного перикардита, тромбоэмболии ветвей легочной артерии; патологии легких: спонтанного пневмоторакса; заболеваний пищеварительного тракта: гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; ряда неврологических страданий и аффективных расстройств, а также других причин болей (травмы, инфекционные заболевания и т. п.)

Уверен, что эта книга займет достойное место среди руководств для непрерывного медицинского образования врачей как амбулаторно-поликлинического звена, так и стационаров, а также студентов, клинических ординаторов и аспирантов, преподавателей медицинских вузов.

*Михаил Николаевич Шаров,*  
заведующий неврологическим отделением,  
д. м. н., профессор кафедры нервных болезней  
МГМСУ им. А. И. Евдокимова