

УДК 616.712-009.62:616-083.98

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В ГРУДИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ. ЧАСТЬ 1. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ

О. Ю. Кузнецова, И. Е. Моисеева, Т. А. Дубикайтис

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

CHEST PAIN MANAGEMENT IN GENERAL PRACTICE. PART 1. URGENT CONDITIONS

O. Yu. Kuznetsova, I. E. Moiseeva, T. A. Dubikaitis

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2014 г.

Боль в груди является одной из самых частых причин обращения за медицинской помощью. Сложность ведения пациентов с болью в груди в амбулаторной практике заключается в необходимости быстрого определения показаний к экстренной госпитализации. В данной статье представлены современные подходы к дифференциальной диагностике болей в груди при неотложных состояниях.

Ключевые слова: боль в груди, острый коронарный синдром, неотложная помощь.

Chest pain is one of the most common causes of medical care utilization. The management of chest pain is a challenging task for general practitioner given the need in making a rapid assessment and responsible decision concerning immediate hospitalization of those under the risk of sudden death. We presented in the article the current approaches to differential diagnosis of the most frequent urgent chest pain conditions.

Keywords: chest pain, acute coronary syndrome, emergency care.

Введение. По данным зарубежной статистики, боль в груди нередко является причиной обращения за медицинской помощью к семейным врачам. В Великобритании 1% посетителей офисов общей врачебной практики приходят с жалобами на боль в грудной клетке, в Швейцарии показатель составляет 2,7%, а в Швеции — 1,5% [1].

По данным выполненного в Бельгии исследования, боль в груди у амбулаторных пациентов в 13% случаев имеет кардиогенный характер, в 20% является следствием заболеваний легких, заболевания опорно-двигательного аппарата выявляют в 21% случаев, заболевания желудочно-кишечного тракта — в 10%, в 17% случаев боли в груди носят психогенный характер [1].

Сложность работы с такими пациентами в амбулаторных условиях заключается в необходимости быстрого определения показаний к госпитализации. Важно отметить, что далеко не всегда тяжесть состояния пациента на момент осмотра при первом обращении за медицинской помощью отражает прогностическую картину заболевания. Например, в ряде случаев острый инфаркт миокарда может протекать практически бессимптомно, но даже при таком течении это

заболевание относится к состояниям, угрожающим жизни, так как может привести к развитию фибрилляции желудочков. Для упрощения процесса принятия решения в отдельных неоднозначных случаях существуют специальные шкалы расчета претестовой вероятности наличия некоторых заболеваний [1–3].

В данной статье представлены современные подходы к дифференциальной диагностике болей в грудной клетке в амбулаторной практике.

Причинами развития болей в груди могут быть острые и хронические болезни сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и нервной системы [4–10].

К заболеваниям, угрожающим жизни, относят острый коронарный синдром, расслаивающую аневризму аорты, тампонаду сердца, тромбоэмболию легочной артерии, напряженный пневмоторакс, острый миокардит, острый перикардит, пневмоторакс, пневмонию, плеврит, острый холецистит, острый панкреатит, разрыв пищевода, а также некоторые осложнения онкологических заболеваний. При подозрении на наличие этих состояний пациента необходимо экстренно госпитализировать.

К заболеваниям, не представляющим непосредственной угрозы для жизни пациента на момент обращения при неосложненном течении, относят стенокардию напряжения, пороки сердца, кардиомиопатии, трахеобронхит, ряд онкологических заболеваний, остеохондроз позвоночника, костохондрит, миозит, фибромиалгию, эзофагоспазм, эзофагит, гастроэзофагальный рефлюкс, язвенную болезнь, травматическое повреждение ребер или позвонков без смещения.

Диагностический поиск для определения показаний к госпитализации строится преимущественно на данных анамнеза и осмотра. В первую очередь оценивают состояние пациента, частоту дыхания, пульс и артериальное давление (АД). При наличии явных признаков ургентных состояний, в частности нарушения сознания, заметного физического или эмоционального возбуждения, цианоза и/или выраженной бледности, выраженной одышки, гипотензии и аритмий на фоне болей в груди пациента следует экстренно госпитализировать. Очень сильная непрекращающаяся боль также является показанием к экстренной госпитализации. При отсутствии перечисленных нарушений следует собрать более полные анамнестические данные и провести осмотр с целью обнаружения прочих объективных признаков ургентных состояний.

Анамнестические данные. Патологические изменения в органах грудной клетки могут приводить к возникновению болей с довольно неопределенными границами, от нижней челюсти до верхней половины живота [4]. Иррадиация болей связана с тем, что соматические афферентные волокна имеют синапсы в тех же спинальных ганглиях, что и висцеральные волокна, поэтому центральная нервная система пациента может воспринимать болевые импульсы от органов грудной клетки как, например, боль в руках или надплечьях [4]. В связи с этим характер и локализация болей при заболеваниях внутренних органов могут иметь очень нечеткое описание. Тем не менее особенности болевых ощущений учитываются в первую очередь при планировании тактики ведения пациента.

При сборе анамнеза следует уточнить характер болей, их локализацию, особенности провоцирующих факторов, зоны иррадиации, продолжительность и изменение во времени болевого эпизода, а также наличие других симптомов, сопровождающих появление болей в груди.

Характер болей. Сжимающий характер болей в груди типичен для стенокардии, эзофаго-

спазма и тревожных состояний. Тупая, очень интенсивная, давящая боль характерна для инфаркта миокарда. Реже пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) описывают свои ощущения как чувство переполнения и избыточного газообразования. Рвущая, мигрирующая спереди назад или в обратном направлении боль характерна для расслаивающей аневризмы аорты. Острая, пронизывающая и прокалывающая боль чаще развивается при плеврите, перикардите, пневмотораксе, а также при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и довольно редко возникает у пациентов с ИБС. Чувство жжения характерно для патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но может беспокоить пациентов с ишемией миокарда.

Особенности провоцирующих факторов. Связь развития болей с физическими нагрузками, выходом на холод, тахикардией, эмоциональным перенапряжением, а иногда с приемом пищи характерна для ИБС, но такая же связь может прослеживаться и у пациентов с тревожными состояниями. Постепенное увеличение интенсивности болевых ощущений, возникших в состоянии покоя, наиболее характерно для инфаркта миокарда. Появление болей после приема пищи, алкоголя, горячих напитков часто является симптомом заболеваний ЖКТ. Внезапное начало болевых ощущений, не всегда связанное с непосредственным воздействием каких-либо факторов, характерно для расслаивающей аневризмы аорты, тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), спонтанного пневмоторакса. Связь болевых ощущений с дыханием и с изменением положения тела чаще наблюдается при плеврите, пневмотораксе, перикардите и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Боль, возникающая при глотании, чаще развивается на фоне патологии пищевода и иногда при перикардите. При эзофагоспазме боль иногда может возникать во время физической нагрузки. Декубитальная стенокардия развивается у пациентов в положении лежа.

ИБС как причина болей в груди маловероятна в тех случаях, когда прослеживается четкая связь болевых ощущений только с приемом пищи. Коронарный генез болей в груди также маловероятен, если боль усиливается на вдохе, при изменении позы или в момент проглатывания пищи, а также в тех случаях, когда боль носит преходящий характер, но не связана с физическим или эмоциональным напряжением. Боль, возникшая вследствие травмы и полностью воспроизводимая при пальпации, практически не может быть проявлением ишемии миокарда. Вместе с тем не следует опираться на воспроизво-

димось болей и/или болезненность при пальпации у пациентов без предшествующей травмы как на признак, позволяющий однозначно исключить коронарный генез остро возникших болей в груди [8]. По результатам исследований в 7% случаев у пациентов с верифицированными впоследствии инфарктом или нестабильной стенокардией боль в груди частично или полностью воспроизводилась при пальпации [8]. В 6% случаев у пациентов с болезненностью при пальпации грудной клетки в конечном счете диагностировали острый инфаркт или нестабильную стенокардию [8]. В 15% случаев пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС), верифицированным впоследствии, отмечали болезненность при пальпации грудной клетки [8].

Локализация болей. При патологии внутренних органов, как правило, болевые ощущения носят разлитой нечеткий характер. При заболеваниях опорно-двигательного аппарата границы болевых ощущений имеют более определенные характеристики, кроме того, четкими границами характеризуются боли, связанные с поражением плевры. Принято считать, что, если локализация болей ограничена очень небольшой площадью (например, величиной с монету), вероятность коронарного происхождения болей невелика, так как висцеральные боли, как правило, не имеют четких границ. При ишемии миокарда боль максимальной интенсивности обычно локализована в центральной части грудной клетки, точнее за грудиной. Боли в нижних отделах грудной клетки и в верхних отделах живота нередко возникают при заболеваниях ЖКТ или сердца. При ишемии нижнезадних отделов миокарда пациент может предъявлять жалобы на боль в спине. Боль, локализация которой ограничена определенным дерматомом, скорее, является симптомом опоясывающего герпеса. Известно, что в некоторых случаях пациентов с ИБС беспокоят боли в зонах иррадиации, а не в грудной клетке.

Иррадиация болей. Иррадиация болей в шею, челюсть, плечи, руки нередко является следствием ишемии миокарда. Боль в межлопаточном пространстве с иррадиацией в основание шеи может быть проявлением расслаивающей аневризмы восходящей аорты. Боль с иррадиацией в верхний край трапециевидной мышцы характерна для перикардита. Боль при плеврите и перикардите может иррадиировать в надплечья и в шею.

Продолжительность болей и изменение их характера. Боль, наиболее интенсивная в начале приступа, характерна для расслаивающей

аневризмы аорты. Боль, длящаяся мгновения, крайне редко является следствием ишемии миокарда. Боль, возникшая при физической нагрузке и проходящая в течение нескольких минут отдыха или через 2–10 мин после приема нитроглицерина, скорее всего, является симптомом стенокардии напряжения, при эзофагоспазме прием нитроглицерина также снижает интенсивность болей, но медленнее.

Сопутствующая симптоматика. Развитие висцеральных болей часто сопровождается выраженной потливостью. Пресинкопальные и синкопальные состояния нередко развиваются у пациентов с острыми заболеваниями сердца и легких. Жалобы на одышку характерны для сердечно-сосудистых заболеваний и легочной патологии. Жалобы на тошноту и рвоту могут возникать у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и заболеваниями ЖКТ. Появление кровохарканья на фоне развития болей в груди может возникать у больных с ТЭЛА.

Данные осмотра. После оценки характера болей в urgentных ситуациях следует ограничиться оценкой наличия объективных признаков состояний, угрожающих жизни. К ним относят следующие отклонения [4]:

- нарушения сознания, синкопе;
- цианоз;
- одышка/тахипноэ;
- профузный пот;
- гипотензия и/или низкое пульсовое АД;
- тахикардия или брадикардия;
- лихорадка;
- гипоксемия;
- появление нового шума в сердце;
- патологические III, IV тоны сердца;
- дилатация яремных вен;
- односторонняя отечность ног;
- существенная асимметрия АД на правой и на левой руках;
- шум трения перикарда;
- ослабленное или отсутствующее с одной стороны дыхание;
- шум трения плевры;
- подкожная эмфизема;
- хрипы при аускультации легких;
- болезненность при пальпации живота в эпигастрии и/или в подреберьях;
- очаговая неврологическая симптоматика.

Выявление анамнестических и/или объективных признаков угрожающих жизни состояний является поводом к экстренной госпитализации.

Ургентные состояния, сопровождающиеся развитием болей в груди

Острый коронарный синдром. Это — рабочий предварительный диагноз при ведении па-

циентов с подозрением на нестабильную стенокардию или инфаркт миокарда. К нестабильной стенокардии относят впервые возникшую стенокардию напряжения (длительность анамнеза заболевания менее двух месяцев) с заметным снижением толерантности к физической нагрузке или с частыми приступами (три и более эпизода в сутки), прогрессирующую стенокардию напряжения, стенокардию покоя и постинфарктную стенокардию [11]. Для прогрессирующей стенокардии характерно ухудшение ранее стабильного течения заболевания: боль возникает на фоне менее значительных нагрузок или в состоянии покоя, эпизоды боли более интенсивны, или более продолжительны (15 мин и более), или развиваются чаще [11], а эффект от приема антиангинальных препаратов менее отчетлив.

При инфаркте миокарда пациента беспокоит затянувшийся приступ болей в груди и/или в эпигастрии, плечах, руках, спине, горле, челюсти. Длительность болевого эпизода обычно превышает 15–20 мин. Боль может быть очень интенсивной, может сопровождаться тошнотой и рвотой, выраженной потливостью, одышкой, слабостью, нарушениями сознания, а также нестабильностью гемодинамики.

Не следует оценивать эффект нитратов в диагностических целях при подозрении на ОКС. Важно отметить, что не все пациенты с ОКС предъявляют жалобы на боль в центральной части грудной клетки как на основной признак заболевания, побудивший их обратиться к врачу.

Расслаивающаяся аневризма аорты. Заболеваемость составляет 6–10 случаев на 100 тыс. населения в год [1].

Факторы риска: АГ, атеросклероз аорты, синдром Марфана, синдром Элерса—Данло, двухстворчатый аортальный клапан, протез аортального клапана, коарктация аорты, гигантоклеточный артериит, третий триместр беременности, употребление кокаина, травма.

Заболевание проявляется очень интенсивной мучительной болью (разрывающая, острая, пронизывающая). Боль локализована спереди, если поврежден восходящий отдел аорты, и в межлопаточном пространстве при поражении нисходящего отдела аорты. Боль может мигрировать спереди назад и вниз по мере распространения расслоения аорты. Характерна иррадиация в область живота, в ноги, плечи, в основание шеи и челюсть. Боль обычно возникает внезапно, быстро нарастает и не ослабевает, но иногда может носить волнообразный характер.

В urgentных ситуациях всегда следует подозревать расслоение аневризмы аорты в том слу-

чае, если причина болей неясна, особенно если при очень сильной боли нет электрокардиографических признаков инфаркта миокарда. Расслаивающаяся аневризма аорты может привести к формированию тромбов в коронарных сосудах (чаще в правой коронарной артерии), в артериях верхних конечностей, в сонных артериях, в мезентериальных и в почечных артериях. В связи с этим можно наблюдать симптоматику ишемии соответствующих органов. При поражении восходящего отдела аорты возможно развитие острой недостаточности аортального клапана, возможно развитие симптоматики острого кровотечения и тампонады сердца.

Объективно: асимметрия пульса и АД на крупных сосудах (50% случаев), диастолический шум аортальной недостаточности, повышение АД.

На ЭКГ можно выявить признаки гипертрофии левого желудочка или нарушений коронарного кровотока. При рентгенографии выявляют расширение дуги аорты, однако в большинстве случаев изменений можно не обнаружить. При проведении чреспищеводной эхокардиографии можно обнаружить признаки расслаивающейся аневризмы, однако нередко для подтверждения диагноза требуется проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии или ангиографии. В анализе крови нередко выявляют снижение гематокрита и гемоглобина.

Следует отметить, что не всегда заболевание проявляется развитием интенсивных болей в груди, в некоторых случаях поводом к обращению являются другие жалобы, в частности — синкопальные состояния (в 13% случаев), симптомы острого нарушения мозгового кровообращения (6–17%) [8]. Реже заболевание проявляется симптоматикой, характерной для сдавления окружающих органов, в частности осиплостью голоса при сдавлении ларингеального нерва, отеком мягких тканей шеи, кашлем (сдавление бронха), дисфагией (сдавление пищевода), синдромом Горнера (сдавление симпатического нерва), синдромом сдавления верхней полой вены [8].

ТЭЛА. Заболеваемость составляет 6–7 случаев на 10 тыс. населения в год (по данным статистики Великобритании) [12]. Многие случаи заболевания остаются недиагностированными [12].

При тромбоэмболии легочной артерии боль в груди может развиваться вследствие перегрузки правого желудочка, в результате формирования инфаркта легкого и вовлечения плевры в воспалительный процесс, а также вследствие повышения давления в легочных артериях.

Выраженная перегрузка правого желудочка может сопровождаться внезапно возникшей

тупой болью, а также тяжестью за грудиной на фоне ишемии правого желудочка вследствие относительного недостатка кровоснабжения. При инфаркт-пневмонии пациентов беспокоят боли плевритного характера. Нередко пациенты предъявляют жалобы на одышку, тахипноэ, тахикардию, иногда возникают кровохарканье, рвота, возбуждение.

При массивной тромбоэмболии возможно развитие циркуляторного коллапса, в связи с этим заболевание может сопровождаться обморочными состояниями, гипотензией, появлением холодного пота, цианоза. Массивная тромбоэмболия может манифестировать остановкой сердца.

Объективно: тахикардия; акцент II тона над легочной артерией и расщепление II тона; тахипноэ; снижение амплитуды экскурсий грудной клетки, шум трения плевры, снижение сатурации кислорода; в некоторых случаях можно не обнаружить никаких отклонений.

«Золотым» стандартом в диагностике ТЭЛА является ангиография, но этот вид обследования проводится редко и только в специализированных центрах. Данные ЭКГ и рентгенографии дают возможность исключить другую причину развития болей в грудной клетке, они обладают низ-

кими показателями чувствительности и специфичности в плане подтверждения и исключения ТЭЛА. Наиболее частым отклонением по данным ЭКГ считают тахикардию, блокаду правой ножки пучка Гиса и инверсию зубца Т в правых грудных отведениях (68%); а формирование зубцов S в I отведении, Q в III отведении и отрицательного Т в III отведении наблюдают нечасто. На рентгенограмме можно обнаружить признаки инфаркт-пневмонии, в 40% случаев выявляют незначительный выпот в плевральную полость [8].

Определение D-димера, маркера внутрисосудистого тромбоза, проводят только для исключения диагноза в совокупности с определением претестовой вероятности ТЭЛА. Количество баллов по шкале Уэллса (табл. 1) менее 2 при нормальном показателе D-димера позволяет практически исключить ТЭЛА [1]. В сомнительных случаях показано УЗИ вен нижних конечностей. У пациентов с показателями по шкале Уэллса, соответствующими среднему и высокому риску ТЭЛА и/или с показателем D-димера, свидетельствующем о наличии внутрисосудистого тромбоза, диагноз должен быть верифицирован с помощью дополнительного обследования.

Таблица 1

Модель Уэллса для определения претестовой вероятности ТЭЛА [1]

Клинические данные	Баллы
Симптомы тромбоза глубоких вен (например, объективно подтвержденная отечность голени или боль при пальпации вен голени)	3
Нет альтернативного более вероятного диагноза, объясняющего имеющуюся симптоматику	3
Частота сердечного ритма более 100 уд./мин	1,5
Иммобилизация (постельный режим с выходом только в ванную комнату сроком три дня подряд и более) или хирургическое вмешательство, выполненное не ранее 4 нед. назад	1,5
Прежде объективно диагностированный тромбоз глубоких вен или ТЭЛА	1,5
Кровохарканье	1
Онкологические заболевания (пациенты, получающие лечение; пациенты, получавшие лечение, но закончившие его не ранее 6 мес. назад; пациенты, получающие паллиативное лечение)	1

Интерпретация: менее двух баллов — низкий риск наличия ТЭЛА (вероятность ТЭЛА 1–28%); 2–6 баллов — средний риск (вероятность наличия ТЭЛА 28–40%); более 6 баллов — высокий риск (вероятность ТЭЛА соответствует 38–91%) [1].

Для подтверждения диагноза рекомендуется использовать компьютерную томографию легочных артерий (чувствительность более 95%) [12]. Исследование также позволяет верифицировать альтернативный диагноз в том случае, если ТЭЛА исключена. Вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких применяется реже, так как может использоваться в случаях, когда при рентгенологическом исследовании не

обнаружено никаких отклонений и при условии отсутствия сопутствующей сердечно-легочной патологии, тогда отрицательный результат свидетельствует об отсутствии ТЭЛА [12].

Заболевание может протекать бессимптомно. По данным исследования с количеством наблюдений 387 человек, в 34% случаев пациенты не предъявляли жалоб. При атипичной симптоматике пациентов беспокоят следующие нарушения: боли в животе, боли в спине, лихорадка, кашель, сердцебиения и синкопальные состояния. Заболевание может проявляться развитием первого пароксизма фибрилляции предсердий [8].

Наиболее частым проявлением ТЭЛА является внезапное развитие диспноэ (80–92%), плевритная боль в груди развивается в 44% случаев, а ощущение давления за грудиной возникает в 16% случаев [8].

Перикардит, миокардит, тампонада сердца. При перикардите боль может носить плевритный характер: усиливаться при кашле, глубоком дыхании, что связано с вовлечением плевры в воспалительный процесс. Часто при перикардите боль меняется с изменением позы: усиливается в положении лежа на левом боку и уменьшается в положении сидя с наклоном вперед и в положении на правом боку. Боль может быть пульсирующей с локализацией в области сердца и левого плеча; характерна иррадиация в боковые отделы грудной клетки, левую/правую руки, шею. Боли развиваются постепенно в течение нескольких часов, не так внезапно как при стенокардии, длительность болевых эпизодов варьирует. Развитие перикардита может сопровождаться синкопальными и пресинкопальными состояниями, а также диспноэ.

В пользу перикардита свидетельствуют анамнестические указания на следующие состояния: аутоиммунные заболевания, инфекционные заболевания, острый инфаркт миокарда, уремия, микседема, травма, операции на открытом сердце, онкологические заболевания, радиотерапия, прием препаратов (прокаионамид, гидралазин). При осмотре выявляют повышение температуры тела, тахикардию; при аускультации сердца может выслушиваться шум трения перикарда. Для развития тампонады сердца характерны следующие объективные признаки: выраженная гипотензия, тахикардия, дилатация яремных вен, при аускультации тоны сердца приглушены, снижение пульсового давления, парадоксальный пульс.

На рентгенограмме при наличии выпота в полость перикарда можно выявить расширение тени сердца. По результатам эхокардиографии также можно обнаружить выпот в полость перикарда. На ЭКГ выявляют элевацию сегмента ST седловидной формы и депрессию сегмента PR практически во всех отведениях, за исключением отведения aVR, где регистрируется депрессия сегмента ST, и смещение PR выше изолинии (в 10–20% случаев изменений нет), при тампонаде регистрируют снижение амплитуды зубца R и электрическую альтернацию желудочкового комплекса. При миокардите выявляют различные нарушения ритма и проводимости, а также некоторые инфарктоподобные изменения.

Пневмоторакс. Заболеваемость, по статистике Великобритании, 24 случая на 100 тыс. населения в год для мужчин и для женщин — 9,8 случая на 100 тыс. населения в год [13].

К факторам риска развития спонтанного пневмоторакса относят: курение, молодой возраст, высокий рост [13]. Хронические обструктивные заболевания легких, астма, фиброз легких, пневмония, рак легкого, муковисцидоз, туберкулез, поражение легких у больных с ВИЧ-инфекцией являются факторами риска развития вторичного пневмоторакса [13]. Причиной напряженного пневмоторакса чаще всего бывает травма.

Заболевание проявляется внезапным началом колющих, резких болей, ощущением стеснения по боковым поверхностям грудной клетки. Появление болей часто сопровождается одышкой, кашлем.

При осмотре выявляют: цианоз, гипотензию, тахикардию, тахипноэ, одностороннее снижение амплитуды экскурсий грудной клетки, ослабленное дыхание, тимпанический тон при перкуссии со стороны поражения, расширение шейных вен. В дыхании могут участвовать дополнительные мышцы. Смещение органов средостения относительно средней линии в сторону, противоположную пораженной части легкого, является характерным признаком напряженного пневмоторакса; в наиболее тяжелых случаях наблюдаются признаки шока.

Диагностика базируется на данных рентгенологического исследования легких (чувствительность 80%). При отсутствии достаточных данных для подтверждения или опровержения диагноза показано проведение компьютерной томографии.

Разрыв пищевода. Боль в груди, обычно после рвоты. При осмотре выявляют гипотензию, тахикардию, выраженную потливость, лихорадку, подкожную эмфизему, болезненность при пальпации живота в эпигастральной области.

На рентгенограмме грудной клетки можно выявить пневмоторакс, скопление воздуха в средостении (пневмомедиастинум), жидкость в плевральной полости, уровень жидкости в средостении.

Наличие симптоматики ОКС, расслаивающей аневризмы аорты, тампонады сердца, пневмоторакса, ТЭЛА и разрыва пищевода является поводом для госпитализации. Пациенты с болью в груди, характерной для перечисленных заболеваний, должны быть госпитализированы экстренно, если от времени последнего болевого эпизода не прошло 48 ч [14]. Если давность анамнеза превышает 48 ч, но не достигает 2 нед, пациента следует обследовать в день об-

ращения. Обследование может проводиться в стационаре или в амбулаторных условиях при наличии необходимого диагностического оборудования (схема) и условий для наблюдения и оказания помощи (приложение).

В том случае, если давность анамнеза последнего эпизода болей в груди находится в диапа-

зоне от двух недель до двух месяцев, пациента необходимо обследовать в течение трех дней в поликлинике или в стационаре. В ситуации, когда неизвестно, сколько времени прошло от момента развития болей в груди до момента осмотра, необходимо провести обследование в день обращения [14].

1. Регистрация ЭКГ и оценка изменений ЭКГ в динамике, тропониновый тест в динамике (при обращении и через 12 ч от начала текущего или последнего по времени начала развития болевого эпизода). При обнаружении отклонений, характерных для ОКС, пациента необходимо госпитализировать
2. Рентгенография грудной клетки при подозрении на отек легких, пневмонию, пневмоторакс, спонтанный или травматический перелом ребер, рак легких. При наличии отклонений следует решить вопрос о целесообразности госпитализации
3. Компьютерная томография для исключения ТЭЛА и расслаивающей аневризмы аорты. При подтверждении диагноза пациента следует лечить в стационаре

Схема. Основные методы обследования пациента с жалобами на боль в груди при длительности анамнеза не более двух месяцев

Дополнительные данные. Дополнительные данные, повышающие вероятность того, что боль в груди обусловлена развитием ОКС: ИБС в анамнезе, пожилой возраст, мужской пол и другие факторы риска развития ИБС [14] (сахарный диабет, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, курение, ожирение, гиподинамия, инсульт, признаки атеросклероза, неблагоприятный семейный анамнез). При атипичном течении подозрение на ОКС должно возникать при наличии следующих симптомов: выраженная потливость, необъяснимая сильная слабость, беспричинные тошнота или рвота, а также одышка и головокружение. Атипичные формы течения ИБС характерны для женщин, пожилых людей и больных диабетом, а также для лиц с сердечной недостаточностью и с сопутствующей сердечно-легочной патологией [15].

В настоящее время не рекомендуется использовать нитраты и антациды в диагностических целях при ведении пациентов с подозрением на острый коронарный синдром [8]. Нитраты не используют, так как при остром инфаркте, в отличие от стенокардии напряжения, в основе патогенеза заболевания лежит образование тромба, поэтому отсутствие эффекта от назначения препарата не исключает ишемический генез болей. С другой стороны, хороший эффект от приема нитроглицерина возможен при ОКС и препарат применяют в лечебных целях. Важно отметить, что боль в груди может быть купирована приемом нитроглицерина при эзофагоспазме. Антациды использовать не следует, так как наличие терапевтического эффекта от приема препарата не исключает ОКС, в частности в связи с тем, что больной может иметь оба заболевания.

В ряде случаев можно использовать клиническое правило принятия решения Роуана для

определения претестовой вероятности наличия у больного инфаркта миокарда [1]. Учитывают следующие факторы:

- 1) возраст старше 60 лет;
- 2) мужской пол;
- 3) боль в груди, описанная как чувство давления;
- 4) боль, иррадиирующая в руки, плечи, шею, челюсть;
- 5) профузный пот;
- 6) инфаркт или стенокардия в анамнезе.

При отсутствии перечисленных факторов вероятность развития инфаркта не превышает 0,6%; при наличии одного фактора вероятность составляет 3,4%; при двух факторах — 4,8; при трех факторах — 12, при четырех факторах — 26% [1].

Заболевания, сопряженные с риском развития угрожающих жизни осложнений

Желчнокаменная болезнь. Заболевание проявляется тупыми ноющими постоянными или схваткообразными болями в эпигастральной области и/или в правом подреберье (иррадиация может быть в правое плечо); вздутие, тяжесть, тошнота, чувство переполнения в подложечной области; горечь во рту, при остром течении показана госпитализация.

Панкреатит. Длительные интенсивные опоясывающие боли, тошнота, рвота. К факторам риска развития заболевания относят желчнокаменную болезнь, прием алкоголя, гипертриглицеридемию, гиперкальциемию, почечную недостаточность, травматическое повреждение, включая оперативное лечение, а также прием ряда лекарственных препаратов (азатиоприн, эстрогены, тиазиды, фуросемид, сульфаниламиды, глюкокортикоиды, вальпроевая кислота); инфекционные заболевания (вирусные, бактери-

альные и паразитарные инфекции), системные заболевания (саркоидоз, системная красная волчанка, полиартериит). При остром течении показана госпитализация.

Плеврит, пневмония. Боль при плеврите и при пневмонии развивается вследствие вовлечения плевры в воспалительный процесс. Обычно интенсивность болей нарастает постепенно в течение минут или нескольких часов. Постепенное начало развития болей в течение дней или недель, возможно, является следствием туберкулеза или рака легких. При вовлечении плевры в воспалительный процесс боль чаще носит острый, колющий характер, но может сменяться тупыми болями; болевые ощущения обычно ло-

кализованы в проекции пораженной доли легкого, усиливаются при кашле, глубоком дыхании, движении. Боль часто сопровождается кашлем, одышкой, лихорадкой, слабостью, утомляемостью, повышенным потоотделением.

При осмотре выявляют: притупление перкуторного тона, бронхиальное дыхание, хрипы, усиление голосового дрожания [16]. Объективные признаки могут отсутствовать.

В сомнительных случаях при атипичной симптоматике можно воспользоваться диагностическим правилом Диера (табл. 2) для определения претестовой вероятности пневмонии у больных с остро появившимся кашлем на основании некоторых клинических данных [1].

Таблица 2

Клиническое правило Диера при оценке вероятности пневмонии у больного с острым кашлем

Признаки	Баллы
Насморк	Минус 2
Боль в горле	Минус 1
Потливость ночью	1
Миалгия	1
Кашель с мокротой в течение всего дня	1
ЧДД более 25 в 1 мин	2
Температура тела выше 37,8 °С	2

Вероятность пневмонии рассчитывают следующим образом. При сумме баллов минус 3 — вероятность пневмонии составляет 0,0%; минус 2 балла — 0,7; минус 1 балл — 1,6; 0 баллов — 2,2; 1 балл — 8,8; 2 балла — 10,3; 3 балла — 25; 4 балла и более — 29,4% [2].

Диагноз пневмония подтверждают данными рентгенографии легких.

- Показания к госпитализации при пневмонии:
- пожилой возраст (старше 60 лет);
 - пульс свыше 90 в 1 мин;
 - температура тела 38 °С и выше;
 - наличие сопутствующих заболеваний;
 - повышение частоты дыханий (свыше 30 в 1 мин);
 - спутанность сознания;
 - низкое АД (менее 90/60 мм рт. ст.);
 - гипоксемия;
 - дыхательная недостаточность;
 - лейкоцитоз/лейкопения;
 - билатеральные или прогрессирующие изменения на рентгенограмме легких;
 - сепсис;
 - отсутствие лихорадки (плохой прогноз у пожилых);
 - длительный постельный режим;
 - проживание в доме престарелых;
 - беременность.

При отсутствии перечисленных показаний к госпитализации решение оставить больного дома принимают с учетом возможности организовать уход за больным.

Неотложные состояния у онкологических больных, которые могут сопровождаться болью в груди

Подтвержденный или предварительный диагноз рак легкого. Экстренная госпитализация целесообразна в следующих случаях [17]:

1. Имеются признаки сдавления верхней полой вены: отек и покраснение лица и/или шеи с фиксированной (не зависящей от фаз дыхания) дилатацией яремных вен.

2. Стридор.

Срочная консультация (в ближайшие 2 нед) онколога или пульмонолога показана [17]:

1. При персистирующем кровохаркании всем пациентам в возрасте 40 лет и старше, курящим в настоящее время или курившим в прошлом.

2. При подозрении на рак легкого по результатам рентгенологического исследования (включая выпот в полость плевры и замедленную динамику патологических изменений). Рентгенографию легких для исключения изменений, характерных для онкологического поражения, следует выполнить срочно, если боль в груди длится более 3 нед.

Сдавление спинного мозга. Сдавление спинного мозга на фоне онкологического заболевания с метастазами в позвоночнике развивается у 3–5% больных с онкологическими заболеваниями в анамнезе [18]. Наиболее часто в позвоночник метастазируют рак щитовидной и молочных желез, рак легких, почек и предстательной железы. В этой группе пациентов вероятность сдавления спинного мозга составляет 20%, приблизительно в 20–25% случаев у пациентов со сдавлением спинного мозга метастазами в позвоночнике онкологическое заболевание ранее диагностировано не было [18].

При сдавлении спинного мозга развивается характерная симптоматика: персистирующая боль в спине или в шее, которая обычно носит локальный характер, может распространяться по ходу нервных окончаний, нередко определяется болезненность при пальпации [18]. Боль

может усиливаться при кашле и смехе. Прогностически неблагоприятны следующие симптомы: слабость в ногах или руках, снижение чувствительности, шаткость походки, задержка или недержание мочи, слабость сфинктеров прямой кишки, развитие болей ночью во время сна. Появление признаков сдавления спинного мозга является основанием для экстренной госпитализации. Диагноз подтверждают результатами МРТ; компьютерная томография обладает меньшей чувствительностью, чем МРТ; метастатические изменения в позвоночнике на обычной рентгенограмме можно идентифицировать только при потере костной массы объемом в 50% и более [18].

Приложение

Ключевые положения, имеющие практическое значение при ведении пациента с подозрением на ОКС [19, 20].

1. Зарегистрируйте ЭКГ в состоянии покоя в 12 стандартных отведениях как можно скорее. В случае если планируется госпитализация, отправьте результаты в стационар (если это технически возможно), с тем чтобы электрокардиограмма была доступна сотрудникам стационара до поступления пациента. Регистрация и пересылка ЭКГ не должны задерживать процесс госпитализации
2. Не следует исключать диагноз острый коронарный синдром на основании того, что зарегистрированная ЭКГ не имеет признаков патологических отклонений
3. Не следует назначать терапию кислородом абсолютно всем пациентам с подозрением на ОКС, мониторьте сатурацию кислородом с помощью пульсоксиметрии. Начните мониторинг как можно скорее, в идеале — на догоспитальном этапе: — пациентам с сатурацией кислорода менее 94% следует назначить кислород с целевым уровнем сатурации кислорода 94–98% (если нет риска развития гиперкапнической дыхательной недостаточности); — при лечении пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких (высокий риск гиперкапнической дыхательной недостаточности) целевой показатель сатурации кислорода составляет 88–92% при отсутствии результатов соответствующих анализов газов крови
4. Не следует оценивать симптоматику ОКС по-разному в отдельных этнических группах. Существенного различия в клинических проявлениях ОКС не существует

Неотложные мероприятия при подозрении на ОКС [20, 21]

1. Наблюдайте за пациентом, оценивайте:
 - усиление болевых ощущений и/или другой симптоматики;
 - частоту пульса и уровень АД;
 - ритм сердца;
 - сатурацию кислорода с помощью пульсоксиметрии;
 - ЭКГ в 12 отведениях;
 - эффективность препаратов, назначенных для купирования болей.
2. Назначьте препараты для облегчения боли — нитроглицерин сублингвально; при инфаркте

миокарда рекомендуется морфина сульфат для скорейшего устранения боли. Не рекомендуется назначать нестероидные противовоспалительные препараты.

3. При отсутствии противопоказаний к аспирину (аллергия) назначьте 300 мг препарата. Если аспирин назначен на догоспитальном этапе, информация об этом должна быть передана в письменном виде врачам стационара.

4. Другие антиагреганты должны назначаться только в стационаре.

5. Кислород следует назначать только по показаниям в соответствии с уровнем сатурации кислорода в крови.

Литература

1. Yelland M., Cayley W. E. Jr., Vach W. An Algorithm for the Diagnosis and Management of Chest Pain in Primary Care // Med. Clin. North. Am. — 2010. — Vol. 94. — № 2. — P. 349–374.
2. Cayley W. E. Jr. Diagnosing the cause of chest pain // Am. Fam. Physician. — 2005. — Vol. 72. — № 10. — P. 2012–2021.
3. Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В., Дубикайтис Т. А. Стратификация ишемического риска при ведении пациентов с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST // Российский семейный врач. — 2012. — Т. 16. — № 4. — С. 19–23.

4. *Brown J. E. Chest Pain. In Marx J., ed. Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice. 8th ed. — Philadelphia, Pa: Saunders, 2013. — 214–222 p.*
5. *Davies C., Bashir Y. Cardiovascular Emergencies. London, GBR: BMJ Books, 2001. — 400 p.*
6. *Longmore M., Wilkinson I., Turmezei T., Cheung C. K. Oxford Handbook of Clinical Medicine. 7th ed. — New York, USA: Oxford University Press, 2007. — 842 p.*
7. *Lee-Chiong T., Gebhart G. F., Matthay R. A. Chest Pain. In Mason R. J., ed. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine: 2-Volume Set. 5th ed. — Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2010. — P. 647–658.*
8. *Mattu A., Goyal D. G. Emergency Medicine: Avoiding the Pitfalls and Improving the Outcomes. 1st ed. // BMJ Books. — 2007. — 128 p.*
9. *Фролова Е. В. Стабильная стенокардия: принципы диагностики и лечения // Российский семейный врач. — 2008. — Т. 12. — № 1. — С. 4–27.*
10. *The Family Practice Handbook edited by Graber M. A., Lanternier M. L. 4th ed. — St. Louis, USA: Mosby, Inc., 1997. — 849 p.*
11. *Braunwald E. Unstable angina. A classification // Circulation. — 1989. — Vol. 80. — P. 410–414.*
12. *BMJ learning. Pulmonary embolism: an update on diagnosis and management. — http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 5003178&locale = en_GB. — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
13. *BMJ learning. Spontaneous pneumothorax: assessment and management. — http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10043183&locale = en_GB. — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
14. *Institute for clinical systems Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis and Treatment of Chest Pain and Acute Coronary Syndrome (ACS). — 2012 // Available from: https://www.icsi.org/_asset/ydv4b3/ACS-Interactive1112b.pdf. — Последнее посещение сайта 26.06.2014 г.*
15. *Рябова Н. И., Фролова Е. В. Острый коронарный синдром в практике семейного врача // Российский семейный врач. — 2009. — Т. 13. — № 3. — С. 51–55.*
16. *Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2-х т. — Т. 1 / Под ред. акад. РАМН И. Н. Денисова, проф. О. М. Лесняк. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 976 с.*
17. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 27. Referral guidelines for suspected cancer. — <http://www.nice.org.uk/cg27>. — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
18. *BMJ learning. Metastatic spinal cord compression — in association with NICE. — http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10032165&locale = en_GB. — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
19. *BMJ learning. Chest pain of recent origin — assessment and diagnosis: in association with NICE. — http://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?moduleId = 10015520&locale = en_GB. — Последнее посещение сайта 06.06.2014 г.*
20. *National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical Guideline 95. Chest pain of recent onset Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. — 2010 // Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg95/resources/guidance-chest-pain-of-recent-onset.pdf>. — Последнее посещение сайта 26.06.2014 г.*
21. *Фролова Е. В., Дубикайтис Т. А. Клинические рекомендации Европейского общества кардиологов по назначению антиагрегантов пациентам с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST // Российский семейный врач. — 2012. — № 4. — С. 46–50.*

Авторы:

Кузнецова Ольга Юрьевна — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Моисеева Ирина Евгеньевна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Дубикайтис Татьяна Александровна — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Адрес для контактов: fammedmapo@yandex.ru