

ОЦЕНКА НЕКАРДИОГЕННОЙ БОЛИ В ГРУДИ

В.И. Дорофеев, Д.Н. Монашенко, Д.А. Свиридо, А.А. Савельев

СПб ГБУЗ "Городская больница № 26", г. Санкт-Петербург, Россия

Резюме. В представленном обзоре современной литературы систематизирована и обобщена информация о дифференциально-диагностических подходах к тактике ведения пациентов с синдромом боли в грудной клетке некардиогенного характера. Данные пациенты имеют разнообразный набор нозологических форм, что требует от врача применения широкого спектра дополнительных обследований. В целом, врачи должны исключить болезни сердца у больных, которые обращаются с болью в грудной клетке. Если боль в груди считается некардиогенной, то эмпирическое лечение желудочно-кишечных причин и соответствующая оценка психогенных причин боли в груди имеют важное значение для симптоматологии пациентов. В частности, врачи первичного звена должны рассматривать в качестве возможной причины торакалгии – помимо кардиальных причин – возможные психические расстройства, нарушение моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта, проблемы с грудным отделом позвоночника. Следует выяснить причину торакалгии всеми доступными диагностическими средствами и назначить соответствующую адекватную этиотропную терапию, чтобы наиболее эффективно облегчить симптомы пациента и сократить расходы здравоохранения.

Ключевые слова: торакалгия, синдром боли в грудной клетке, ишемическая болезнь сердца, моторика пищевода, психические расстройства, висцеральная боль.

Введение

В силу особенностей топографо-анатомических взаимоотношений органов и нейрососудистых образований грудной клетки торакалгия может быть обусловлена наличием широчайшего спектра патологических состояний, в том числе представляющих опасность для жизни. Наиболее распространенными из них являются: заболевания сердечно-сосудистой системы (различные формы ишемической болезни сердца, перикардиты, ревматические поражения сердца, расслаивающая аневризма аорты и др.), бронхолегочной системы (плевриты, плевропневмонии, пневмо- и гемоторакс, эмфизема средостения и др.); патология опорно-двигательной системы (травмы; состояния после торакальных оперативных вмешательств; остеопороз; сколиозы; гиперкифозы и кифосколиозы грудного отдела позвоночника; болезнь Шейермана-Мау; дисфункции позвоночного двигательного сегмента, ребер, грудины, мышц, связок и фасций грудной клетки, диафрагмы и функционально связанных с ней областей, в частности манубриостернальный синдром и ксифоидальгия; отраженные феномены ТТ и зон другой локализации); гастроэнтерологические заболевания (эзофагиты; перфорация пищевода; дивертикулы пищевода; кардиоспазм); почечная колика; невриномы и иные опухоли преимущественно торакальной и цервикальной локализации (рак пищевода; мезотелиома плев-

ры; метастазы медиастинальной локализации и т.д.); болезни системы кроветворения (лимфогранулематоз); инфекционные заболевания (герпетические поражения; эпидемическая миалгия или борнхольмская болезнь, средиземноморская лихорадка; актиномикоз плевры и т.д.), соматоформные расстройства и ряд других состояний [1; 2; 3; 4].

Известно, что торакалгия является трудным синдромом для пациентов и врачей. Распространенность боли в груди весьма характерное явление для пациентов в практике первичной медицинской помощи, и по данным литературы встречаемость колеблется от 7% до 11% пациентов [5; 6; 7]. До 25% от общей численности населения испытывает некоторую форму торакалгии в течение своей жизни [8]. По данным Vonotto L распространенность хронической торакалгии составляет 25,4 на 100 опрошенных [9]. По данным Подчуфарова Е.В. основными причинами болей в грудной клетке являются заболевания сердца – 31%, желудочно-кишечного тракта – 42%, скелетно-мышечные нарушения – 28%, а также органические невроты и панические атаки [10].

Тем не менее, не всякая боль в груди является кардиогенной. По оценкам Richter JE с соавт. 400000 пациентов ежегодно впервые испытывают некардиогенную боль в груди [11]. Кардиогенные боли присутствуют только от 11% до 34% случаев в амбулаторной популяции [12]. Несмотря на то, что взрослые часто находятся

в центре внимания анализа торакалгии, пациенты подросткового возраста также испытывают боли в грудной клетке. Так по оценкам врачей 650000 посещений в год отмечено у пациентов подросткового возраста с жалобой на боли в груди [13]. Внимание к пациентам с некардиогенной болью в грудной клетке очень важно, потому что эти пациенты тяжело переносят болевой синдром; примерно 50% из этих пациентов не могут отвлечься от своей боли [14].

Цель исследования: оценить наиболее частые причины и симптомы некардиогенной торакалгии.

Материалы и методы

По данным различных исследований [10; 15; 16], по частоте встречаемости основными причинами торакалгии, являются:

1. Сердечно-сосудистые заболевания сердца, в том числе патология коронарных артерий – 26-57,4%.
2. Патология желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – 1,9-42% случаев.
3. Патологические состояния скелетно-мышечной системы – в 7-39% случаев.
4. Психические расстройства (чаще панические атаки) – 8-17%.
5. Патология дыхательной системы – 5-20%.
6. Другие причины – 11-16,7%.

Некардиогенная боль в груди может иметь различные характеристики. Например, боль может быть локализованной или распространяться по всей передней грудной стенке, или пациент может чувствовать, что боль исходит глубоко изнутри грудной полости; боль может иррадиировать в места, типичные для кардиогенных болей; боль может продолжаться всего несколько минут или может длиться часами [17]. Как показано в этом исследовании, большая часть болей в груди являются некардиогенными и психогенные причины с желудочно-кишечными расстройствами находятся в центре внимания врача первичной медицинской помощи после исключения коронарной патологии.

Желудочно-кишечные причины. Как показывают данные литературы, одной из важных причин торакалгии являются желудочно-кишечные расстройства. Как показано в исследовании Benjamin S.B. с соавт. по крайней мере, 100000 пациентов в США испытывают некоторую форму боли в груди из-за проблем с пищеводом [18]. Однако, оценка пациентов с подозрением на некардиогенные боли в груди при исследовании только патологии пищевода

является спорным подходом, поскольку боль в груди и расстройство функции пищевода могут быть не связанными. Отсутствие четкой корреляции между торакалгией и патологией пищевода можно объяснить ограниченным воздействием лекарственной терапии, избирательно направленной против боли в груди при подозрении на патологию пищевода, и по мимо всего прочего, проведение данного обследования не может быть экономически выгодным [19]. Тем не менее, при подозрении на патологию пищевода, было предположено, что боль в груди может быть связана вместо дисфункции пищевода, возникающим вследствие пищевого конфликта, диффузным спазмом пищевода и ахалазией [20]. Однако, эти последние причины заболевания диагностируются на основе связанных между собой симптомов дисфагии и регургитации пищи, а не исследования пищевода.

Эмпирическое лечение желудочно-кишечных связанных некардиогенных болей в груди омепразолом может быть более эффективным, чем инвазивное исследование пищевода. В сравнении применения омепразола до инвазивного обследования с использованием его в самом начале лечебной стратегии инвазивного обследования, применение омепразола привело к улучшению результатов; 84% пациентов принимающих омепразол не имели симптомов заболевания после 1 года по сравнению с 73% до 74% пациентов, перенесших инвазивные методы. Кроме того, применение омепразола привело к улучшению на 11% диагностической точности и снижению количества инвазивных тестирований на 43%, уступая в среднем экономию в \$ 454 на одного пациента по сравнению с одной только инвазивной стратегией [21]. Дальнейшее изучение в этой области является важным из-за высокой частоты симптомов и возможности значительной экономии средств, которые могут быть связаны с применением эмпирического лечения ингибиторами протонной помпы (ИПП).

Психогенные причины. По данным современной литературы некардиогенная боль в грудной клетке имеет значительный психологический компонент. Наиболее часто это тревожно-ипохондрические и фобические расстройства, при этом возможно развитие панических атак. Существуют следующие основные критерии для определения психогенной боли:

- преобладание множественной и пролонгированной боли;
- независимо от отсутствия или наличия органической причины боли жалобы больного

намного превышают те, которые возможны для данной органической находки.

Кроме этого имеются дополнительные факторы:

- существование временной связи между психогенной проблемой и развитием или нарастанием болевого синдрома;
- наличие боли предоставляет пациенту возможность избежать нежелательной деятельности;
- боль дает пациенту право получить определенную социальную поддержку, которая не может быть достигнута другим путем.

По данным Klinkman M.S. с соавт., от 6% до 8% пациентов признаны врачами первичного звена, как имеющие психосоциальную составляющую [22], которая может быть не диагностирована в 83% случаев [6]. По отчетным данным отделений неотложной помощи, врачей первичного звена и психиатров США боль в груди соотносится с паническим расстройством [23; 24; 25]. Однако, достоверных данных о распространенности пациентов с некардиогенной торакалгией и ее психогенными причинами, в настоящее время неизвестно; небольшие исследования показали, что от 22% до 62% пациентов с психогенными причинами имеют первоначальные проявления торакалгии [26; 27]. Этот недостаток исследований усугубляется сообщениями, о том, что, панические состояния редко признаются у пациентов с торакалгией при оказании первичной помощи, что приводит к увеличению объема диагностики, увеличению использования препаратов, и повышению риска ятрогенного вреда этим пациентам [12]. Эти результаты отражают трудности в диагностике врачом психиатрических расстройств [28; 29]. Очевидно, что это область, которая требует внимания, как врачей первичной медицинской помощи, с предоставлением дополнительных обязанностей по оказанию помощи и касается расходов, что, например, по-прежнему в центре внимания в системе здравоохранения США. Однако, что более важно, подобранная терапия для пациентов с некардиогенной торакалгией приводит к значительно более высоким результатам, как с частотой и интенсивностью боли значительно уменьшается [30].

Начальная оценка рецидивирующей боли в груди. При обследовании пациента с болью в груди, начальный диагностический этап направлен на исключение угрожающих жизни причин, таких как острый коронарный синдром или легочная эмболия [31].

Ишемическая болезнь сердца является ведущей причиной смерти в Соединенных Шта-

тах, и приблизительно 25% всех случаев смерти в Соединенных Штатах вызваны симптомами ИБС. Оценка пациентов с повторяющейся болью в груди всегда начинается с исключения заболеваний сердца. Однако, дифференцировать кардиогенные и некардиогенные боли в груди не всегда возможно только на основании клинических данных. Кроме того, ИБС и многие некардиогенные причины боли в груди обычно сосуществуют.

Например, Davies с соавт. [32] сообщают о том, что некоторые клинические симптомы были полезны в дифференцировке эзофагеальных причин стенокардии, как боль в груди, но они так же отметили, что у не менее 50% пациентов с ангиозной болью были выявлены один или более симптомов эзофагеальной боли [32]. Таким образом, подозрение на симптоматику ИБС всегда должно быть высоким, и наличие ИБС должно быть подтверждено или исключено.

Степень настороженности кардиального обследования главным образом определяется скоростью развития событий, приводящих к смерти в случае кардиогенных болей, возрастом пациента, семейным анамнезом и другими факторами риска болезни сердца, такими как артериальная гипертензия, гиперлипидемия, сахарный диабет, курение. Различные методы используются для диагностики ишемии миокарда, в том числе, осуществление электрокардиографии и эхокардиографии, различные формы стресс-ЭхоКГ, стресс-ЭКГ, сцинтиграфии миокарда и коронарной ангиографии. Выбор соответствующих диагностических методик в значительной степени зависит от диагностического подозрения на ИБС, способности пациента к участию в исследованиях, наличие диагностических тестов, опыта врача и его предпочтений.

Заинтересованность в обеспечении более точных диагнозов и более экономически эффективного распределения ресурсов диагностики, заставляет сосредоточить внимание врачей на повышении точности деления пациентов на группы риска [33]. Эти стратегии нередко включают в себя 6- или 8-часовые периоды наблюдений во время, которых контролируются ферменты повреждения миокарда и электрокардиограммы, а также выполняются неинвазивные методы диагностики ишемии миокарда у пациентов с низким риском патологии коронарных артерий.

Сложность выполнения дифференциальной диагностики боли в грудной клетки у данной группы пациентов заключается в затруднительности тщательно собрать анамнез заболевания.

Так, например, снижение памяти у пожилых и наличие других заболеваний (помимо ИБС) может затруднить выявление стенокардии, которая в этом возрасте зачастую протекает атипично. Исходя из этого, у пожилых пациентов выполнение неинвазивных тестов имеет большое значение [34].

Некоторые исследования показывают, что пациенты с некардиогенной болью в груди имеют благоприятный прогноз в отношении проблемы смертности, но при этом у торакалгии продолжает сохраняться высокая заболеваемость [35; 36; 37]. В одном важном исследовании Ockene I.S. с соавт [38; 39] изучили пациентов с торакалгией и нормальными коронарными ангиограммами. Авторы сообщают, что боль у пациентов была несердечной природы и что поэтому их повседневная жизнедеятельность не должна быть ограничена из-за данного болевого синдрома.

Хотя нормальная коронарография является обнадеживающим для врачей фактором, этот результат четко оставляет желать лучшего с точки зрения пациента. Создание положительного диагноза имеет решающее значение для улучшения качества жизни пациента и снижения потребления ресурсов здравоохранения на больных с некардиогенной торакалгией.

Расстройства моторики пищевода. Несмотря на то, что нарушения моторики пищевода исторически являются важным фактором в диагностике некардиальной торакалгии [40; 41] более поздние исследования свидетельствуют о том, что данная патология гораздо реже участвует в этиологии торакалгии [42]. Первоначальные наблюдения указывали на то, что нарушения моторики пищевода и его спазм вызывают боль в результате высокой амплитуды мышечных сокращений и возможно сопутствующей ишемии пищевода [40].

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Большое количество доказательных исследований показывает значительную роль ГЭРБ в некардиогенной торакалгии.

Сводный анализ исследований, использующих одновременно мониторинг пищевода рН и моторной функции пищевода, определили нарушения моторики только у 12% пациентов, в то время как патологическое воздействие кислоты на пищевод было зафиксировано в 29% случаев [43]. Эти данные согласуются с дополнительными сообщениями, в которых документированы аномальные степени воздействия кислоты на пищевод у пациентов с некардиогенной торакалгией, с превалированием от 25% до 60% [44; 45; 46; 47; 48].

Ахалазия, возможно одно из расстройств моторики пищевода, которое выявляется с повышенной частотой только у пациентов с дисфагией. Эти наблюдения позволяют предположить, что в отсутствие других симптомов пищевода, в частности, дисфагии, расстройства моторики пищевода являются редкостью в этиологии некардиогенной торакалгии [49; 43].

Патологическая висцеральная боль. Пациенты с болью в груди неопределенного происхождения могут иметь пониженный порог висцеральной чувствительности, или патологическую висцеральную боль. В этом состоянии, боль может не возникать в конкретном органе, ее может вызвать любой стимул, возбуждающий болевые нервные окончания в диффузных областях внутренних органов. К таким стимулам относят ишемию, химическое раздражение поверхностей внутренних органов, спазм гладких мышц и перерастяжение полых органов, натяжение соединительной ткани вокруг или внутри органов, она может ощущаться лишь как хроническая, жгучая, мучительная боль [50; 51].

Психические расстройства. Психические расстройства довольно часто диагностируются у пациентов с некардиогенными болями в груди. Так при оценке 229 пациентов в отделении неотложной помощи большой городской больницы США, Yingling K.W. с соавт. [52] выявил панические расстройства у 17,5% пациентов и депрессию – у 23,1%. Аналогичные показатели распространенности этих расстройств также сообщили и другие исследователи [53; 54]. Важно отметить, что пациенты с выявленными паническими расстройствами или депрессией, с высокой вероятностью будут неоднократно обращаться за неотложной помощью, при этом использование дорогостоящих медицинских ресурсов значительно больше по сравнению с пациентами, имеющими симптомы патологии коронарных артерий [52]. При этом, выявление психических расстройств, связанных с некардиогенной торакалгией имеет, безусловно, важное значение как для решения проблемы лечения данных пациентов, так и для эффективного использования медицинских ресурсов.

Ревматологические нарушения. Ревматологические расстройства могут также способствовать развитию некардиогенной торакалгии. По данным Wise С.М. с соавт. различные синдромы грудной стенки, в том числе хондрит реберный, отмечаются приблизительно у 15% пациентов, хотя боль при пальпации грудной клетки не всегда выявляется у данных больных [55].

Хондрит реберный или синдром Титце считается малоизвестным заболеванием, хотя данные литературы свидетельствуют о том, что он наблюдается нередко. С ним в первую очередь встречаются хирурги, травматологи, ортопеды [56; 57]. Тем не менее, принимая во внимание особенности клинических проявлений синдрома, врачи общей практики должны помнить о нем при проведении дифференциальной диагностики. При этом основной причиной обращения пациентов за медицинской помощью является болевой синдром, связанный с повреждением богатой нервными окончаниями надхрящницы [58; 59]. Симптомы заболевания могут развиваться остро или постепенно [60; 61; 62]. По мнению М. Harkonen [63], боли чаще возникают внезапно. Как правило, они довольно интенсивные, колющие или жгучие, иррадируют по ходу ребер, в лопатку, верхнюю конечность на стороне поражения [64; 65; 66]. Кроме того, фибромиалгии или фиброз отмечались у 30% пациентов с некардиогенной торакалгией [67].

Фибромиалгия встречается преимущественно у женщин. Для нее характерна диффузная и симметричная боль в туловище и конечностях. Отмечаются болезненные зоны, легкая пальпация которых вызывает усиление боли. При фибромиалгии надавливание на болезненные точки не вызывает мышечного напряжения и иррадиации боли в другие области. Болевые зоны обычно локализуются в затылочной области, шее, межлопаточной области, пояснице, ягодицах, на внутренней поверхности коленных суставов. У больных с фибромиалгией часто наблюдаются астения, депрессия, нарушения сна, головная боль напряжения и болевые синдромы другой локализации [68].

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) – это хронический болевой синдром, при котором в различных областях тела возникает локальная или сегментарная боль. При МФБС мышца страдает первично, а не вследствие морфологического или функционального поражения позвоночника. В патологический процесс может вовлекаться любая мышца или группа мышц. МФБС возникает вследствие острого чрезмерного растяжения мышцы при выполнении неподготовленного движения, длительном пребывании в неудобном положении (нефизиологическая поза), воздействии высокой или (чаще) низкой температуры [69; 70; 71; 72].

Диагностика мышечно-фасциального синдрома основана на обнаружении болезненности и уплотнений при пальпации мышц, выявлении

триггерных точек, связи боли с напряжением определенных групп мышц. При этом характерно появление или усиление боли при сокращении мышечных групп, движении рук и туловища. Интенсивность болевого синдрома может варьироваться от ощущения дискомфорта до сильнейшей боли [73; 74].

Вертеброгенные боли. Существует устоявшееся мнение о наличии несколько упрощенного подхода к интерпретации боли в грудной клетке у пожилых пациентов, имеющих подтвержденные рентгенологические изменения в грудном отделе позвоночника. Следует отметить, что категоричное мнение о спондилогенном характере таких болей может вести к неправильной диагностике атипичного течения ишемической болезни сердца [75].

Фасеточный синдром. Синдром характеризуется поражением дугоотростчатых (фасеточных) суставов. Данное патологическое состояние часто возникает при резких неподготовленных движениях, связанных с вращением туловища, подъеме и ношении тяжестей (особенно спереди), работе с поднятыми над головой руками, длительном фиксированном положении. Патогенез синдрома связан с перегрузкой дугоотростчатых суставов и их блокированием при повышении нагрузки на сустав и его связочный аппарат. Интенсивность боли, связанной с фасеточным синдромом, может варьировать от легкого дискомфорта до высокой, приводя к обездвиженности в грудном отделе позвоночника. Боль, как правило, локализуется в межлопаточной области, усиливается при разгибании и уменьшается при сгибании позвоночника и может распространяться на переднюю поверхность грудной клетки. Ниже и выше уровня блокирования сустава нередко определяется рефлекторный спазм мышцы, выпрямляющей позвоночник. Боль провоцируется при глубокой пальпации или перкуссии соответствующего дугоотростчатого сустава [76; 69; 77; 78; 72].

Сколиоз грудного отдела позвоночника – это осевая деформация позвоночника, часто изначально выявляемая у пациентов в подростковом возрасте, которая возникает вследствие неправильных позных нагрузок или при асимметрии длины ног. Подобный сколиоз не сопровождается деформацией позвонков, нивелируется в положении лежа и хорошо поддается ортопедической коррекции. Сколиоз может являться следствием системной мезенхимальной дисплазии и сопровождается деформацией позвонков с частым поражением ребер. Боль

носит неспецифический скелетно-мышечный характер и связана с неравномерной нагрузкой на связочно-суставные и мышечные структуры [79].

Диффузный идиопатический скелетный гиперостоз (болезнь Форестье) – это заболевание с преимущественным поражением позвоночника, относительно часто встречающееся у лиц среднего и пожилого возраста, в основном у мужчин. Его ведущими симптомами являются боль легкой и умеренной интенсивности и чувство скованности в грудном и поясничном отделах позвоночника. При физикальном обследовании в ряде случаев определяются усиление грудного кифоза, незначительное ограничение объема движений в грудном отделе позвоночника и экскурсии грудной клетки. При этом часто выявляется локальная болезненность при пальпации грудного и поясничного отделов позвоночника. Для диагностики диффузного идиопатического скелетного гиперостоза, кроме наличия клинических симптомов, необходимы данные рентгенографии позвоночника, которая выявляет гиперостоз, наиболее выраженный в грудном отделе и проявляющийся линейной оссификацией по передней поверхности четырех и более смежных позвонков с сохранением рентгенологического просвета между костными отложениями и телами позвонков и относительной сохранностью высоты межпозвоночного промежутка. Также характерно формирование остеофитов между телами соседних позвонков, смыкающихся в виде мостиков [79].

Артропатия реберно-поперечных и реберно-позвоночных суставов. Это синдром, характеризующийся поражением реберно-поперечных и реберно-позвоночных суставов (при деформирующем остеоартрозе, на фоне интенсивного кашля, приводящего к растяжению и подвывихам) сопровождается локализованной болезненностью по задней поверхности грудной клетки. Боль при этом тупая, мозжащая, иногда глубокая с ощущением жжения, усиливается при форсированном дыхании, кашле, нередко иррадирует по ходу межреберного промежутка и по передней поверхности грудной клетки, при сдавлении грудной клетки, пальпации в проекции реберно-поперечных и реберно-позвоночных суставов, на 2-3 см кнаружи от остистых отростков [69; 76; 78].

Скрининг психических расстройств. Как известно, при оценке торакалгии первым шагом является исключение сердечной патологии, а после исключения сердечной и другой торакальной патологии, пациенты должны быть обследованы на наличие панических расстройств.

Ряд авторов на основании проведенных ими практических исследований рекомендуют обследовать пациентов с некардиогенной торакалгией при выявленном паническом расстройстве при помощи различных опросников и анкет [80] и на основе критериев, из Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам, 4-е издание (DSM-IV) [81].

Пациентам с подтверждением наличия панического расстройства должны быть незамедлительно начаты лечебные мероприятия или они должны быть направлены для оказания медицинской помощи. Поскольку наличие панических расстройств или депрессии сильно влияет на оказание неотложной помощи, своевременных диагностика и начало эффективной терапии имеют решающее значение в достижении удовлетворительных клинических и экономических результатов [82].

Скрининг и оценка расстройств пищевода. Пациенты с экстракардиальной боли в груди также должны быть обследованы на наличие расстройств пищевода. Несмотря на существование множества различных методик диагностики патологии пищевода, они зачастую являются громоздкими, особенно при использовании их в частной медицинской практике или неотложной помощи [83] по крайней мере, врачи, оценивающие пациентов с торакалгией должны оценить присутствующие срыгивание, изжогу, дисфагию и боль в эпигастральной области. Хотя эти симптомы часто присутствуют у пациентов с торакалгией, вызванной расстройствами пищевода, примерно 11% пациентов нет других симптомов патологии пищевода [84]. Таким образом, отсутствие других симптомов патологии пищевода не должно препятствовать дальнейшей диагностике.

Эндоскопия верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ФГДС). Стратегии диагностики подозреваемой патологии пищевода при некардиогенной торакалгии продолжают развиваться. Пациенты с торакалгией и дисфагией или другими «тревожными симптомами» (например, потеря веса, полная или скрытое кровотечение, анемия) гарантированно быстро получают анатомическую оценку патологического процесса при выполнении ФГДС и других исследований согласно клиническим показаниям. Полезность ФГДС и рентгенографии в качестве первой линии диагностических методов у пациентов с некардиогенной торакалгией весьма ограничена, так как оба теста нечувствительны для диагностики ГЭРБ (гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни) и большинство пациентов с торакалгией и ГЭРБ не имеют эзофагита [85].

Суточная рН-метрия. Суточное мониторирование рН пищевода стало золотым стандартом при оценке воздействия кислоты на пищевод и диагностики ГЭРБ [86]. В дополнение к документированию кислотности пищевода, которая является наиболее надежным параметром для установления диагноза ГЭРБ, мониторинг рН пищевода также позволяет напрямую установить корреляцию эпизодов боли в груди с эпизодами кислотного рефлюкса. Эта корреляция важна, потому что пациенты с общей экспозицией кислотности пищевода в нормальных пределах могут еще испытывать симптомы, связанные с изолированными эпизодами рефлюкса [87; 88]. Несколько недавних исследований показали эффективность эмпирических испытаний высокотемпературных ингибиторов протонной помпы у пациентов с некардиогенной торакалгией [89; 90; 91; 92].

В этих работах, исследователи использовали омепразол в дозах от 40 до 60 мг/день, вводимого в качестве однократной или дробной дозы в течение от 1 до 8 недель. В целях улучшения результатов этих испытаний, Fass R. с соавт. [92] применяли омепразол (40 мг каждое утро и 20 мг ночные) в течение 1 недели 37 пациентам с некардиогенной торакалгией. Все пациенты проходили эндоскопическое исследование и рН мониторинг до лечения, которое было проведено в двойном слепом, плацебо-контролируемом, перекрестном исследовании.

Пациенты были расценены, как страдающие ГЭРБ, при условии, если у них было либо положительное исследование рН пищевода или подтвержденный эндоскопией эзофагит. Из 23 пациентов с ГЭРБ, 18 отреагировали на применение омепразола; только два из 14 ГЭРБ негативных пациентов положительно отреагировали на омепразол. Чувствительность к "тесту омепразолом" была 78,3%, а специфичность – 85,7%. Анализ экономических решений был выполнен в течение 1 года при сравнении теста омепразолом с обычной оценкой при подозрении на ГЭРБ. Эмпирическое омепразола показал, чтобы сэкономить \$ 573 в среднем на одного пациента и на 59% привело к снижению числа диагностических процедур. Проблема щелочных рефлюксов не решена с точки зрения фармакотерапии.

Перфузионный тест кислотности пищевода. В связи с тем, что ГЭРБ является наиболее распространенной формой расстройств пищевода,

которая может вызывать некардиогенную торакалгию, изначальные усилия по ее диагностике должны быть выполнены в обязательном порядке [93; 94; 92; 87; 95].

Манометрически пищевода. Расстройства моторики пищевода редко являются причиной боли в грудной клетке при отсутствии дисфагии или других симптомов расстройств пищевода; поэтому, манометрия пищевода мало используется в качестве первого шага в диагностике некардиогенной торакалгии [96; 97]. Тем не менее, манометрия пищевода может быть использована в случаях некардиогенной торакалгии, когда необходимо точно локализовать нижний сфинктер пищевода, чтобы облегчить точное размещение рН зонда для дальнейшей оценки ГЭРБ.

Результаты и обсуждение

Некоторые пациенты без каких-либо очевидных причин, без признаков психических расстройств, ГЭРБ, или нарушения моторики пищевода имеют постоянные боли в груди. В таких случаях, из-за высокой распространенности психических расстройств у пациентов с некардиогенной торакалгией, в ходе обследования многие врачи эмпирически применяли психоактивные препараты, которые нашли широкое применение при лечении хронических болевых синдромов [98] Тразодон и Имипрамин оба показали, что они могут быть эффективными в этой ситуации, и привели к улучшению в 50% случаев по выраженности симптомов в сравнении с применением placebo [99; 98].

Сложность дифференциальной диагностики при наличии торакалгии обусловлена не только спектром нозологических форм, способных манифестировать болью в грудной клетке, но и часто – сочетанной взаимоотягощающей патологией [100; 101], что требует строгого соблюдения алгоритма обследования пациентов с данной патологией на всех этапах оказания медицинской помощи.

Выводы

Некардиогенная торакалгия является общей и экономически значимой проблемой. После исключения болезней сердца, должно быть выполнено тщательное обследование, чтобы определить наличие нарушения другой патологии органов грудной полости. При отсутствии положительных результатов клинико-инструментально-лабораторного обследования, пациенты должны быть обследованы и пролечены от панических или депрессивных расстройств, в случае их диагностики.

Кроме того, высокая распространенность расстройств пищевода, особенно ГЭРБ, а также заслуживают их поиска и изучения. В отсутствие других симптомов расстройств пищевода, эмпирическое применение омепразола является разумным и экономически выгодным.

Лица, которые не прошли тестирование ингибиторами протонной помпы должны быть подвергнуты мониторингу pH пищевода для того чтобы определить воздействие кислоты на пищевод и оценить связанные с этим случаи рефлюкса. При отсутствии рефлюкса в качестве очевидной причины, необходимо стационарное или амбулаторное выполнение манометрии пищевода, чтобы исключить нарушения его перистальтики. В идеале, провокационные испытания должны быть выполнены одновременно, поскольку это помогает врачу поставить правильный диагноз и выявить пациентов с патологическими висцеральными болями.

Пациенты, у которых торакалгия не имеет очевидных причин, должны получить пробу тразодона или имипрамина.

В дифференциальной диагностике причин острой боли в грудной клетке необходимо учитывать сочетанную патологию, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

Изложенный диагностический подход, акцентирует внимание на выявлении наиболее распространенных и излечимых причинах некардиогенной торакалгии, в том числе панических расстройствах и патологическом висцеральном болевом синдроме.

В условиях ургентной службы, при поступлении пациента с острой торакалгией, необходимо проведение диагностического поиска по следующим нозологиям:

- острый инфаркт миокарда;
- расслаивающая аневризма аорты и разрыв аневризмы аорты;
- тромбоэмболия легочной артерии;
- спонтанный пневмоторакс и эмфизема средостения, эмпиема плевры;
- перфорация пищевода;
- перикардит и миокардит;
- травматическое поражение позвоночника и грудной клетки.

При построении алгоритма диагностической концепции в отношении пациента с торакалгией на любом этапе его обращения пациента, первоочередным должно являться исключение кардиальной природы болей и, прежде всего, острых состояний.

В целом, врачи должны исключить болезни сердца у больных, которые обращаются с болью в грудной клетке. Если боль в груди считается некардиогенной, то эмпирическое лечение желудочно-кишечных причин и соответствующая оценка психогенных причин боли в груди имеют важное значение для симптоматологии пациентов. В частности, врачи первичного звена должны рассматривать в качестве возможной причины торакалгии панические расстройства и состояния и следует ввести соответствующую познавательную терапию, чтобы наиболее эффективно облегчить симптомы пациента и сократить расходы здравоохранения.

Литература

1. Болезни органов дыхания / Под ред. Н.Р. Палеева. – М.: Медицина, 2000. – 728 с.
2. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. – М.: Медицина, 1988. – 592 с.
3. Bonica J.J., Sola A.F. Chest pain caused by other disorders. The management of pain. Bonica J.J. (ed.). London: Lea and Febiger, 1990; 1114-45.
4. Bonomo L., Fabio F., Larici A.R. Non-traumatic thoracic emergencies: acute chest pain: diagnostic strategies // Eur. Radiol. – 2002; 12: 1872-1875.
5. Blacklock SM: The symptom of chest pain in family practice. JFamPract 1977; 4: 429-433.
6. Kroenke K., Mangelsdorff A.D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, therapy, and outcome. AmJMed 1989; 86: 262-266.
7. Kroenke K., Arrington M.E., Mangelsdorff A.D. The prevalence of symptoms in medical outpatients and the adequacy of therapy. Arch Intern Med 1990; 150: 1685-1689.
8. Kroenke K. Symptoms in medical patients: an untended field. AmJMed 1992; 92 (suppl 1A): 3S-6S.
9. Bonomo L., Fabio F., Larici A.R. Non-traumatic thoracic emergencies: acute chest pain: diagnostic strategies. Eur Radiol 2002; 12: 1872-1875.
10. Подчуфарова Е.В. Скелетно-мышечные боли в грудной клетке // Consilium medicum. – 2006. – Т. 8, № 8. – С. 17-21.
11. Richter J.E., O'Conner D.L. Chestpain: it's not cardiac-what's next? PatientCare 1998; 32: 42-51.
12. Katerndahl D.A., Trammell C. Prevalence and recognition of panic states in STARNET patients presenting with chest pain. JFamPract 1997; 45: 54-63.
13. Coleman W.L. Recurrent chest pain in children. Pediatr Clin North Am 1984; 31: 1007-1026.
14. Lavey E.B., Winkel R.A. Continuing disability of patients with chestpain and normal coronary arteriograms. JChronicDis 1979; 32: 191-196.

15. Салато О.В. Острая боль в грудной клетке на догоспитальном этапе // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 105-106.
16. William E., Cayley J.R. Diagnosing the cause of chest pain // Am. Fam. Phys. – 2005. – Vol. 72, № 10. – P. 2012-2021.
17. Blows W.T. Diaphragmatic cramp: a possible cause of noncardiac chest pain and referred mandibular pain. JNeurosciNurs 1999; 31: 187-191.
18. Benjamin S.B., Goff J.S., Hackshaw B.T. Chestpain: cardioresophageal? PatientCare 1987; 21: 116-139.
19. Frobert O., Funch-Jensen P., Bagger J.P. Diagnostic value of esophageal studies in patients with angina-like chestpain and normal coronary angiograms. AnnIntern Med 1996; 124: 959-969.
20. Goyal R.K. Changing focus on unexplained esophageal chest pain [Editorial]. AnnInternMed 1996; 124: 1008-1011.
21. Ofman J.J., Gralnek I.M., Udani J., et al. The cost – effectiveness of the omeprazole test in patients with noncardiac chest pain. AmJMed 1999; 107: 219-227.
22. Klinkman M.S., Stevens D., Gorenflo D.W. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET. Michigan Research Network. JFamPract 1994; 38: 345-352; An exploratory report of chest pain in primary care: a report from Ambulatory Sentinel Practice Network. JAmBoardFamPract 1990; 3: 143-150.
23. Katerndahl D.A. Factors associated with persons with panic attacks seeking medical care. Fam Med 1990; 22: 462-466.
24. Ross C.A., Walker J.R., Norton G.R., Neufeld K. Management of anxiety and panic attacks in immediate care facilities. Gen Hosp Psychiatry 1988; 10: 129-131.
25. Katerndahl D.A., Realini J.P. Where do panic attack sufferers seek care? JFamPract 1995; 40: 237-243.
26. Katon W. Panic disorder and somatization: review of 55 cases. Am J Med 1984; 77: 101-106.
27. Cope R.L. The psychogenic factor in chest pain. TexMed 1969; 65: 78-81.
28. Andersen S.M., Harthorn B.H. The cognition, diagnosis, and treatment of mental disorders by primary care physicians. Med Care 1989; 27: 869-886.
29. Beitman B.D., Kushner M.G., Basha I., et al. Follow-up status of patients with angiographically normal coronary arteries and panic disorder. JAMA 1991; 265: 1545-1549.
30. Van Peski-Oosterbaan A.S., Spinhoven P., van Rood Y., et al. Cognitive-behavioral therapy for noncardiac chest pain: a randomized trial. AmJMed 1999; 106: 424-429.
31. Burt K.W. Summary statistics for acute cardiac ischemia and chest pain visits to United States Eds, 1995-1996. Am J Emergency Med 1999; 17: 552-9.
32. Davies H.A., Jones D.B., Rhodes J., Newcombe R.G. Anginalike esophageal pain: differentiation from cardiac pain by history. JClinGastroenterol 1985; 7: 477-481.
33. Tatum J.L., Jesse R.L., Kontos M.C., et al. Comprehensive strategy for the evaluation and triage of the chest pain patient. AnnEmergMed 1997; 29: 116-125.
34. Лупанов В.П. Диагностика и лечение стенокардии у больных пожилого возраста // Атмосфера. Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 17-22.
35. Ward B.W., Wu W.C., Richter J.E., et al. Long-term follow up of symptomatic status of patients with noncardiac chest pain: is diagnosis of esophageal etiology helpful? AmJGastroenterol 1987; 82: 215-218.
36. Kemp H.G.Jr., Vokonas P.S., Cohn P.F., Gorlin R. The angina syndrome associated with normal coronary arteriograms: report of a six-year experience. AmJMed 1973; 54: 735-742.
37. Waxler E.B., Kimbiris D., Dreifus L.S. The fate of women with normal coronary arteriograms and chest pain resembling angina pectoris. AmJCardiol 1971; 28: 25-32.
38. Ockene I.S., Shay M.J., Alpert J.S., et al. Unexplained chest pain in patients with normal coronary arteriograms: a follow-up study of functional status. NEnglJMed 1980; 303: 1249-1252.
39. Hsia P.C., Maher K.A., Lewis J.H., et al. Utility of upper endoscopy in the evaluation of noncardiac chest pain. GastrointestEndosc 1991; 37: 22-26.
40. Katz P.O., Dalton C.B., Richter J.E., et al. Esophageal testing of patients with noncardiac chest pain or dysphagia: results of three years' experience with 1161 patients. AnnInternMed 1987; 106: 593-597.
41. MacKenzie J., Belch J., Park R., McKillop J. Esophageal ischaemia in motility disorders associated with chest pain. Lancet 1988; 2: 592-595.
42. Kahrilas P.J. Nutcracker esophagus: an idea whose time has gone? AmJGastroenterol 1993; 88: 167-169.
43. Smout A.J., Lam H.G., Breumelhof R. Ambulatory esophageal monitoring in noncardiac chest pain. AmJMed 1992; 92: 74S-80S.
44. Fass R., Fennerty M.B., Ofman J.J., et al. The clinical and economic value of a short course of omeprazole in patients with noncardiac chestpain. Gastroenterology 1998; 115: 42-49.
45. Hewson E.G., Sinclair J.W., Dalton C.B., Richter J.E. Twenty four hours esophageal pH-monitoring: the most useful test for evaluating noncardiac chestpain. AmJMed 1991; 90: 576-583.

46. Janssen J., Vantrappen G., Ghillebert G. 24-Hour recording of esophageal pressure and pH in patients with noncardiac chest pain: which patients should be investigated and which tests should be used? *Gastroenterology* 1986; 90: 1978-1984.
47. De Caestecker J.S., Blackwell J.N., Brown J., Heading R.C. The oesophagus as a cause of recurrent chest pain: which patients should be investigated and which tests should be used? *Lancet* 1985; 2: 1143-1146.
48. Achem S.R., Lyles W.E., Kolts B.E., et al. Coexistence of reflux in patients with abnormal esophageal motility [Abstract]. *Gastroenterology* 1992; 102: A31.
49. Kahrilas P.J., Clouse R.E., Hogan W.J. American Gastroenterological Association technical review on the clinical use of esophageal manometry. *Gastroenterology* 1994; 107: 1865-1884.
50. Goyal R.K., Sengupta J.N. Neurophysiology of chest pain. *EurJGastroenterolHepatol* 1990; 2: 4-7.
51. Castell D.O. Chest pain of undetermined origin: overview of pathophysiology. *AmJMed* 1992; 92: 2S-4S.
52. Yingling K.W., Wulsin L.R., Arnold L.M., Rouan G.W. Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. *JGenInternMed* 1993; 8: 231-235.
53. Beitman B.D., Basha I., Flaker G., et al. Atypical or nonanginal chest pain: panic disorder or coronary artery disease? *Arch Intern Med* 1987; 147: 1548-1552.
54. Katon W. Panic disorder in the medical setting. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service; Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; National Institute of Mental Health; 1989. DHHS Publication № (ADM) 89 – 1629.
55. Wise C.M., Semble E.L., Dalton C.B. Musculoskeletal chest wall syndromes in patients with noncardiac chest pain: a study of 100 patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1992; 73: 147-149.
56. Епешин А.В., Сардак Г.А., Гупевская Н.В. и др. Случай синдрома Титце. *Врач дело* 1989; 8: 88-89.
57. Flynn K. Musculoskeletal chest wall pain. *Nurse Pract* 1981; 6: 1: 18-23, 27.
58. Дмитриев А.Е., Крюков Б.Н. Синдром Титце. *Хирургия* 1990; 9: 7-10.
59. Кургузов О.П., Соломка Я.А., Кузнецов Н.А. Синдром Титце. *Хирургия* 1991; 9: 161-169.
60. Грейда Б.П. Диагностика и лечение синдрома Титце. *Клин хир* 1980; 12: 46.
61. Епешин А.В., Сардак Г.А., Гупевская Н.В. и др. Случай синдрома Титце. *Врач дело* 1989; 8: 88-89.
62. Landon J., Malpas J.S. Tietze's syndrome. *Ann Reum Dis* 1959; 18: 249-254.
63. Harkonen M. Tietze's syndrome. *Brit Med J* 1977; 2: 1087-1088.
64. Грейда Б.П. Терапевтическое лечение синдрома Титце. *Вестн хир* 1981; 126: 3: 29-31.
65. Дзеранова Л.К., Бухман А.И., Марова Е.И., Мокрышва Н.Г. Синдром Титце (случаи из практики). *МИКС* 2007.
66. Peyton F. Unexpected frequency of idiopathic costochondral pain. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 5: 605-608.
67. Mukerji B., Mukerji V., Alpert M.A., Selukar R. The prevalence of rheumatologic disorders in patients with chest pain and angiographically normal coronary arteries. *Angiology* 1995; 46: 425-430.
68. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-медиа, 2010; 368 с.
69. Подчуфарова Е.В. Боль в грудной клетке. *Трудн. пациент* 2003; 1 (1): 4-9.
70. Wong W.-M., Cheng S., Hui W.-M. et al. Non-cardiac chest pain. *Med progress* 2003; 30: 15-21.
71. Fruth S.J. Differential diagnosis and treatment in a patient with posterior upper thoracic pain. *Phys Ther* 2006; 86 (2): 254-68.
72. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. М.: ГЭОТАР-медиа, 2010; 368 с.
73. Белова А.Н. Миофасциальная боль // Неврологический журнал. 2000. Т. 5. № 5. С. 4-7.
74. Путилина М.В. Некоторые аспекты диагностики и лечения вертеброгенной боли в груди. *Фарматека* № 11 – 2008; с. 1-6.
75. Gatchel R.J., Gardea M.A. Lower back pain: psychosocial issues. Their importance in predicting disability, response to treatment and search for compensation. *Neurologic Clinics* 1999; 17: 149-66.
76. Briggs A.M., Smith A.J., Straker L.M. Thoracic spine pain in the general population: Prevalence, incidence and associated factors in children, adolescents and adults. A systematic review. *BMC Musculoskel Dis* 2009; 10: 77.
77. Fruth S.J. Differential diagnosis and treatment in a patient with posterior upper thoracic pain. *Phys Ther* 2006; 86 (2): 254-68.
78. Stochkendahl M.J., Christensen H.W. et al. Diagnosis and treatment of musculoskeletal chest pain: design of a multi-purpose trial. *BMC Musculoskel Dis* 2008; 9: 40.
79. Bonica J.J., Sola A.F. Chest pain caused by other disorders. The management of pain. Bonica J.J. (ed.). London: Lea and Febiger, 1990; 1114-45.
80. Spitzer R.L., Williams J.B., Kroenke K., et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994; 272: 1749-1756.

81. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
82. *Yingling K.W., Wulsin L.R., Arnold L.M., Rouan G.W.* Estimated prevalences of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain. *JGenInternMed* 1993; 8: 231-235.
83. *Locke G.R., Talley N.J., Weaver A.L., Zinsmeister A.R.* A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease. *MayoClinProc* 1994; 69: 539-547.
84. *Hewson E.G., Sinclair J.W., Dalton C.B., Richter J.E.* Twenty four hour esophageal pH monitoring: the most useful test for evaluating non cardiac chest pain. *AmJMed* 1991; 90: 576-583.
85. *Hsia P.C., Maher K.A., Lewis J.H., et al.* Utility of upper endoscopy in the evaluation of noncardiac chest pain. *Gastrointest Endosc* 1991; 37: 22-26.
86. *Ergun G.A., Kahrilas P.J.* Clinical applications of esophageal manometry and pH monitoring. *AmJGastroenterol* 1996; 91: 1077-1089.
87. *Hewson E.G., Sinclair J.W., Dalton C.B., Richter J.E.* Twenty four hour esophageal pH monitoring: the most useful test for evaluating noncardiac chest pain. *Am J Med* 1991; 90: 576-583.
88. *Schofield P.M., Bennett D.H., Whorwell P.J., et al.* Exertional gastro-oesophageal reflux: a mechanism for symptoms in patients with angina pectoris and normal coronary angiograms. *BrMedJ* 1987; 294: 1459-1461.
89. *Fass R., Fennerty M.B., Ofman J.J., et al.* The clinical and economic value of a short course of omeprazole in patients with noncardiac chest pain. *Gastroenterology* 1998; 115: 42-44.
90. *Achem S.R., Kolts B.E., MacMath T., et al.* Effects of omeprazole versus placebo in treatment of noncardiac chest pain and gastroesophageal reflux. *Dig Dis Sci* 1997; 42: 2138-2145.
91. *Chambers J., Cooke R., Anggiansah A., Owen W.* Effect of omeprazole in patients with chest pain and normal coronary anatomy: initial experience. *Int J Cardiol* 1998; 65: 51-55.
92. *Fass R., Fennerty M.B., Johnson C., et al.* Correlation of ambulatory 24-hour esophageal pH monitoring results with symptom improvement in patients with noncardiac chest pain due to gastroesophageal reflux disease. *JClinGastroenterol* 1999; 28: 36-39.
93. *Kahrilas P.J., Clouse R.E., Hogan W.J.* American Gastroenterological Association technical review on the clinical use of esophageal manometry. *Gastroenterology* 1994; 107: 1865-1884.
94. *Smout A.J., Lam H.G., Breumelhof R.* Ambulatory esophageal monitoring in noncardiac chest pain. *AmJMed* 1992; 92: 74S-80S.
95. *Janssen J., Vantrappen G., Ghillebert G.* 24-Hour recording of esophageal pressure and pH in patients with noncardiac chest pain: which patients should be investigated and which tests should be used? *Gastroenterology* 1986; 90: 1978-1984.
96. *Kahrilas P.J.* Nutcracker esophagus: an idea whose time has gone? *AmJGastroenterol* 1993; 88: 167-169.
97. *Kahrilas P.J., Clouse R.E., Hogan W.J.* American Gastroenterological Association technical review on the clinical use of esophageal manometry. *Gastroenterology* 1994; 107: 1865-1884.
98. *Clouse R.E.* Psychopharmacologic approaches to therapy for chest pain of presumed esophageal origin. *Am J Med* 1992; 92: 106S-113S.
99. *Cannon RO III, Quyyumi A.A., Mincemoyer R., et al.* Imipramine in patients with chest pain despite normal coronary angiograms. *N Engl J Med* 1994; 330: 1411-1417.
100. *Видякина Н.В.* Особенности клинического течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в сочетании с ишемической болезнью сердца: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 24 с.
101. *Таранченко Ю.В., Звенигорская Л.А.* Дифференциальная диагностика загрудинных болей при сочетании гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с ишемической болезнью сердца // *Consilium medicum*. – 2002. – Прил. № 4. – С. 1-3.

Д.Н. Монашенко

Тел.: 8-9219987215

E-mail: d.monashenko@yandex.ru

В.И. Дорофеев, Д.Н. Монашенко, Д.А. Свиридо, А.А. Савельев. Оценка некардиогенной боли в груди // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета*. – 2017. – Т. 9. – № 3. – С. 12-23.

EVALUATION OF NONCARDIAC CHEST PAIN

V.I. Dorofeev, D.N. Monashenko, D.A. Svirido, A.A. Savelev

Saint-Petersburg State Budgetary Municipal hospital №26

Abstract. In the presented review of the current literature a lot of information about different diagnostic approaches for patients management with a syndrome of noncardiac chest pain were systematized and generalized.

These patients have a diverse set of disease that requires the physician applying a wide range of additional surveys. In General, doctors need to exclude heart disease in patients who were treated with chest pain. If chest pain is noncardiac, then empirical treatment for gastro-intestinal reasons and the corresponding assessment of psychogenic causes of chest pain are important for the symptomatology of patients. In particular, primary care physicians should consider - besides the cardiac causes as a possible causes of thoracalgia - possible mental disorders, impaired motility of the upper gastrointestinal tract, problems with the thoracic spine - as a possible causes of thoracalgia. It would be beter to find out the reasons of thoracalgia with all available diagnostic tools and then - choose and assign appropriate adequate etiotropic therapy for most effectively cupping the patient's symptoms and reducing health care costs.

Key words: thoracalgia, syndrome of chest pain, coronary heart disease, motility of the esophagus, mental disorders, visceral pain.

Authors

D.N. Monashenko

Тел.: 8-9219987215

E-mail: d.monashenko@yandex.ru

V.I. Dorofeev, D.N. Monashenko, D.A. Svirido, A.A. Savelev. Evaluation of noncardiac chest pain // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. — 2017. — T. 9. — № 3. — P. 12-23.