**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Терапии**

Реферат

на тему:

**«Боль в груди при нетипичных заболеваниях»**

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Боль в груди при неврологических заболеваниях
2. Боль в грудной клетке при заболеваниях пищевода
3. Боль в грудной клетке при гинекологических заболеваниях

Литература

**1. Боль в груди при неврологических заболеваниях**

Причиной боли в груди, связанной с неврологическими заболеваниями, могут быть поражения шейных и грудных нервных корешков, обусловленные заболеваниями позвоночника, артрозами позвоночно-реберных или поперечно-реберных суставов, анкилозирующим спондилитом, опухолями грудного отдела спинного мозга, остеопорозом позвоночника, опоясывающим лишаем.

*МЕЖРЕБЕРНАЯ НЕВРАЛГИЯ*

Следует иметь в виду, что диагноз «межреберная невралгия» носит только синдромологический характер, ибо причиной опоясывающей боли на уровне грудной клетки служат различные заболевания грудного отдела позвоночника (болезнь Бехтерева, первичные или метастатические опухоли, спондилит, остеохондроз, гормональная спондилопатия) либо опухоли грудного отдела спинного мозга.

Боль постоянного или приступообразного характера по ходу межреберных промежутков, усиливающаяся при кашле, чиханье, глубоком вдохе, движении туловища. При обследовании отмечаются болезненность паравертебральных точек, гипер – или гипалгезия по ходу соответствующего нервного корешка.

*ОПОЯСЫВАЮЩИЙ ЛИШАЙ*

В основе заболевания лежит поражение нейротропным вирусом (идентичным вирусу ветряной оспы), спинального ганглия и заднего корешка.

Вслед за общим недомоганием и небольшой лихорадкой появляется резкая боль по ходу 1 – 2 корешков и соответствующих им межреберных нервов. Отмечается гиперемия кожи. В последующие дни образуются пузырьковые высыпания. В пораженных зонах иногда выявляется гипо – или аналгезия.

*ГРУДНОЙ КОРЕШКОВЫЙ СИНДРОМ*

Как правило, причини он воспалительные или неопластические поражения позвоночника. Дискогенная компрессия грудных корешков встречается чрезвычайно редко. Причиной опоясывающей боли на уровне грудной клетки может служить аневризма нисходящего отдела аорты. Объективные признаки идентичны таковым межреберной невралгии, которая в подавляющем большинстве случаев является эквивалентом грудного радикулита.

Одно – и двусторонняя опоясывающая боль, иррадирующая из грудного отдела позвоночника в переднюю грудную или брюшную стенку; боль усиливается при кашле, чиханье, движениях туловища, наклоне головы вперед (симптом Нерп), поколачивания позвоночника.

Значительные трудности в распознании природы остро возникшего грудного радикулита возникают в неврологической стадии опоясывающего лишая, когда кожные проявления еще отсутствуют. При дифференциальном диагнозе с болью, обусловленной заболеваниями внутренних органов (плевра, сердце, желчный пузырь), существенную помощь может оказать обнаружение симптома Нери или усиление боли при повышении ликворного давления с помощью приема Квекенштедта (сдавление шеи).

*КАРДИАЛГИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ*

Боль в области сердца обычно носит затяжной (на протяжении многих часов, дней) колющий характер, не снимается приемом анальгетиков. У больных обнаруживаются и другие признаки невроза и вегетативной дистонии, вегетативная и эмоциональная лабильность, головокружения, боли в различных частях тела, склонность к обморокам.

*СИНДРОМ ШЕЙНОЙ СТЕНОКАРДИИ*

Обусловливается поражением шейных корешков и шейного отдела симпатической нервной системы при остеохондрозе шейного отдела позвоночника.

В отличие от истинной стенокардии загрудинная боль усиливается при поворотах головы и движениях руки. Болезненна пальпация паравертебтальных точек в шейном отделе. Боль не усугубляется при ходьбе и не купируется приемом нитратов. Нередко обнаруживаются другие симптомы шейного вертеброгенного синдрома, изменения в рефлекторной и чувствительной сфере, напряжение мышц, вынужденное положение головы. Дискогенная компрессия седьмого шейного корешка, иннервирующего переднюю грудную мышцу, нередко наряду с оолью в шее и руке сопровождается болью в прекордиальной области. Поскольку мышцы лопаточной области также иннервируются шейными корешками, иррадиация боли в лопатку служит типичным проявлением шейного остеохондроза.

Неотложная помощь при неврологических заболеваниях. При межреберной невралгии, грудном корешковом синдроме и шейной стенокардии назначают иммобилизацию (покой на жесткой постели), анальгетики: ацетилсалициловая кислота по 0,5–1 г., амидопирин по 0,25–0,5 г, анальгин по 0,5 г внутрь или 1 мл 50% раствора внутримышечно, индометацин по 0,025 г., ибупрофен по 0,2–0,4 г, вольтарен по 0,025 г., реопирин по 1 таблетке внутрь и (или) 5 мл внутримышечно, баралгин по 1 таблетке внутрь и (или) 5 мл внутримышечно. Указанные средства назначают порознь либо в различных комбинациях. Применяют местнораздражающие средства (горчичники, перцовый пластырь, обезболивающие растирания).

При опоясывающем лишае назначают анальгетики, антигистаминные препараты – димедрол по 0,05 г. внутрь и (или) 1 мл 1% раствора внутримышечно, пипольфен по 0,025 г. внутрь или 1 мл 2,5% раствора внутримышечно, супрастин по 0,025 г. внутрь и (или) 1 мл 2% раствора внутримышечно, тавегил по 0,001 г., смазызание кожных высыпаний 1% раствором бриллиантового зеленого.

При кардиологическом неврозе назначают внутрь беллоид; тазепам по 0,01 г., элениум по 0,01 г., седуксен по 0,005 г.

Госпитализация показана при подозрении на опухоль позвоночника или спинного мозга.

**2. Боль в груди при заболеваниях пищевода**

Боль в груди при заболеваниях пищевода обычно локализуется за грудиной, иррадиирует в спину, вправо и влево от грудины, связана с приемом пищи и сопровождается нарушением глотания. Чаще боль обусловлена повреждением пищевода (перфорация, ожоги концентрированными растворами едких щелочей или крепких кислот), нервно-мышечными заболеваниями (ахалазия кардии, эзофагоспазм, дивертикул), опухолями, воспалительно-пептическими изменениями (эзофагит, пептическая язва пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, пептические стриктуры и др.).

*ПЕРФОРАЦИЯ ПИЩЕВОДА, РАЗРЫВ ПИЩЕВОДА*

Причинами перфорации пищевода могут быть проглоченное инородное тело, пулевые и осколочные ранения шеи и грудной клетки. Разрывы и перфорация пищевода могут возникнуть при заболеваниях пищевода и средостения, особенно при опухолях, перипроцессах, язвах, химических ожогах, аневризме аорты. Предполагают к спонтанному разрыву пищевода чаще всего переедание, алкогольное опьянение и рвота.

Иногда он может произойти при сильном физическом напряжении, внезапном повышении внутрибрюшного давления, внешней травме, во время эпилептического припадка. Однако в ряде случаев связать спонтанный разрыв пищевода с каким-либо известным фактором не удается.

Обычно первым признаком перфорации пищевода является резкая боль за грудиной, имеющая тенденцию к нарастанию, усиливающаяся при кашле, глотании, глубоком вдохе. При спонтанном разрыве пищевода нестерпимая боль возникает чаще всего во время рвоты, локализуется у мечевидного отростка, иррадиирует в подложечную область, спину, левое плечо. Быстро возникают подкожная эмфизема (над ключицей и на шее), иногда кровавая рвота. При инструментальной перфорации (эндоскопия, бужирование пищевода) подкожная эмфизема может появиться через несколько часов после проведения процедуры, особенно при небольших размерах повреждения. Поздними признаками перфорации пищевода, свидетельствующими о развитии воспалительного процесса в средостении, служат повышение температуры тела, одышка и тахикардия, лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, быстрое ухудшение состояния больного, нарастание токсемии и шока, развитие гидропневмоторакса.

Данные клинического и электрокардиографического исследования позволяют исключить острый инфаркт миокарда. Диагноз подтверждается рентгенологическим исследованием, которое позволяет выявить воздух в средостении или подкожную эмфизему, а при сообщении пищевода с плевральной полостью (чаще левой) – гидро – или гидропневмоторакс.

Неотложная помощь включает обезболивающие средства (введение подкожно или внутривенно 2 мл 2% раствора промедола или 1–2 мл 2% раствора пантопона, а также анальгезирующей смеси внутривенно – 2 мл 50% раствора анальгина, 1 мл 2,5% раствора дипразина), перевод больного на парентеральное питание. При высокой температуре и других признаках острого медиастинита и задержке с госпитализацией необходимо назначение антибиотиков широкого спектра действия (внутримышечно).

Госпитализация при перфорации пищевода срочная в хирургическое отделение.

*ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА*

Чаще всего в пищеводе задерживаются мясные, рыбьи и птичьи кости, булавки, монеты, пуговицы, иголки, скрепки, реже куски дерева, стекла, зубные протезы, гвозди, значки и другие предметы.

Причины попадания инородных тел в пищевод различны: небрежность в процессе приготовления пищи, когда в пищевые продукты могут попадать инородные предметы; поспешная еда, невнимательность во время еды, недостаточное пережевывание пищи; привычка работников некоторых профессий (сапожники, портные, плотники) во время работы держать во рту иголки, гвозди. Встречается и преднамеренное заглатывание инородных предметов психически больными людьми.

При заглатывании инородного тела в пищевод боль локализуется за грудиной, усиливается при глотании, возникает повышенное слюноотделение. В дальнейшем присоединяются дисфагия, лихорадка, общее состояние ухудшается, появляются симптомы периэзофагита, в последующем может развиться гнойный медиастинит.

Задержка инородного тела в пищеводе угрожает осложнением даже через продолжительный срок – от нескольких месяцев до нескольких лет. Важнейшее значение для диагноза имеет подробный расспрос больного.

Неотложная помощь при инородном теле пищевода может быть ограничена приемом анальгетиков – 1 мл 50% раствора анальгина и др.

Госпитализация срочная в хирургическое отделение.

*ОЖОГИ*

Ожоги пищевода возникают либо при случайном приеме едких веществ, либо при суицидальной попытке. Чаще наблюдается ожог пищевода концентрированными растворами щелочей и кислот, реже фенолом, йодом, сулемой и другими химическими веществами.

Больные испытывают сильную боль за грудиной, в эпигастральной области в полости рта и глотке.

Неотложная помощь. Для купирования боли вводят 1 мл 1% раствора морфина или 2 мл 2% раствора пантопона и 1 мл 1% раствора атропина подкожно или внутривенно. Обязательно промывание желудка через зонд, который сильно смазывают жидким маслом, чтобы не ухудшить состояние слизистой оболочки. Показано обильное питье молока, растительного масла.

Госпитализация срочная, по возможности в специализированные центры по лечению отравлений.

*ПЕПТИЧЕСКИЙ ЭЗОФАГИТ*

Симптомы: боль может возникать и во время глотания слюны, и в период прохождения пищи по пищеводу. Боль обычно локализуется за грудиной или под мечевидным отростком, может иррадиировать в спину, межлопаточное пространство, вверх по пищеводу, в шею, челюсти, левую половину грудной клетки, нередко напоминает коронарную боль, отличаясь от нее отсутствием связи с физической нагрузкой, чаще зависимостью от приема и характера пищи, положения тела больного, а также отсутствием эффекта от нитроглицерина. При пептическом эзофагите может быть боль типа рефлекторной стенокардии с преходящими изменениями на ЭКГ.

*ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ*

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы, когда особенно выражен желудочнопищеводный рефлюкс, боль может имитировать стенокардию. У больных нередко без физического и нервного напряжения, чаще после обильной еды, в горизонтальном положении появляется боль за грудиной, подчас интенсивная, чаще с типичной иррадиацией в левую руку. При больших размерах грыжи боль может иррадиировать в позвоночник. Боль не облегчается нитроглицерином, но становится менее интенсивной в вертикальном положении больного. Приступы боли могут сопровождаться одышкой; ЭКГ, как правило, не изменяется. Однако рефлекторные воздействия с пищевода и грыжевого мешка на сердце могут ухудшить течение сердечно-сосудистых заболеваний, провоцировать приступы стенокардии и различных аритмий. Боль может возникать не только вследствие желудочно-пищеводного рефлюкса, но и при сдавлении грыжевого мешка в диафрагмальном отверстии в момент образования и исчезновения грыжи (при нефиксированных, скользящих грыжах), при спастических сокращениях пищевода (дискинезии) при ущемлении грыжи, инвагинации пищевода, ретроградном пролабировании слизистой оболочки желудка в пищевод и ее ущемлении, пептической язве пищевода.

Наиболее тяжелое осложнение грыжи, обычно параэзофагеальной, – ее ущемление, которое клинически проявляется острой болью в левой половине грудной клетки и эпигастрии, рвотой, дисфагией, тахикардией, часто обморочным состоянием.

Неотложная помощь при боли за грудиной, вызванной воспалительно-пептическими заболеваниями пищевода, включает введение анальгетиков – 1 мл 50% раствора анальгина, 2 мл (10 мг) раствора метоклопрамида (церукала) внутримышечно, оказывающего регулирующее влияние на тонус и двигательную активность пищевода и желудка. В ряде случаев купировать боль можно изменением положения тела больного (высоко приподнять изголовье) или приемом антацидных препаратов (1–2 таблетки викалина, 1 таблетка гастрофарма, 1–2 дозировочные ложки алмагеля на прием).

Госпитализация при подозрении на ущемление параэзофагеальной грыжи срочная в хирургическое отделение стационара. Во всех других случаях больные должны быть направлены на обследование.

*НЕРВНО-МЫШЕЧНЫЕ (АХАЛАЗИЯ КАРДИИ) И ОПУХОЛЕВЫЕ (РАК) ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА*

При этих заболеваниях пищевода нередко возникает спонтанная боль в виде «болевого криза». При ахалазии кардии болевой криз возникает в ранний период болезни, чаще ночью, без непосредственной причины. Боль интенсивная, иррадиирует в спину, вверх по пищеводу, в шею, челюсть, продолжительность ее от нескольких минут до нескольких часов. Криз возникает 1–3 раза в месяц. У некоторых больных ахалазией кардии боль отмечается при попытке проглотить пищу. В этих случаях прохождение пищи через кардию ведет к кратковременной, порой довольно сильной, обычно режущей боли в области мечевидного отростка с распространением вверх за грудину, возникает ощущение переполнения пищевода, затем боль исчезает, и больной продолжает прием пищи.

При раке пищевода болевой криз возникает в далеко зашедших стадиях при прорастании опухоли в окружающие ткани. Боль обычно не связана с глотанием, более выражена в ночное время, локализуется за грудиной или у мечевидного отростка, может иррадиировать в спину, шею, левую половину груди.

Приступы сильной боли в нижнем загрудинном отделе могут быть обусловлены ретроградным иролабированием слизистой оболочки желудка в пищевод.

Если эта боль не связана с едой и не сопровождается дисфагией, ее трудно отличить от стенокардии покоя. Часто повторяющаяся боль за грудиной, напоминающая по локализации и иррадиации боль при стенокардии, может быть вызвана эзофагоспазмом (дискинезией пищевода). У многих больных удается определить связь боли с дисфагией. В ряде случаев эзофагоспазм возникает вне приема пищи, на фоне эмоционального или физического напряжения. Отличить дискинезию пищевода от приступа стенокардии сложно, тем более что прием нитроглицерина вследствие его расслабляющего влияния на гладкую мускулатуру дает положительный эффект в обоих случаях.

При дифференциальной диагностике со стенокардией важное значение имеет электрокардиографическое исследование.

Неотложная помощь при нервно-мышечных и опухолевых заболеваниях пищевода, обусловливающих боль за грудиной, включает анальгетики (1 мл 50% раствора анальгина), а при мучительных болевых кризах – введение 1–2 мл 2% раствора промедола подкожно. В ряде случаев дискинезии пищевода купировать болевой приступ можно приемом одной таблетки или 2–3 капель 1% раствора нитроглицерина или других препаратов нитрогруппы, а также спазмолитиками (1–2 таблетки но-шпы или подкожно 2 мл 2% ее раствора. 0,04 г. папаверина внутрь или 1–2 мл 2% раствора подкожно; 0,04 г. папаверина в капсулах или 2 мл 1,5% раствора внутримышечно) и антихолинергическими средствами (0,25 мг сульфата атропина внутрь или 0,5–1 мл 0,1% раствора подкожно; 0,002 г. метацина внутрь или 1–2 мл 0,1% раствора внутримышечно).

Госпитализации при несомненных диагнозах ахалазии кардии, пролабирования слизистой оболочки пищевода в желудок и эзофагоспазма не требуется.

**3. Боль в груди при гинекологических заболеваниях**

*ЭНДОМЕТРИОЗ* – заболевание, обусловленное занесением частиц слизистой оболочки матки в другие органы и ткани. В сравнительно редких случаях эндометрий заносится гематогенным путем в легкие, где он приживляется и, находясь под влиянием гормонов яичника, претерпевает характерные циклические изменения, синхронные с маточным циклом. При десквамации эндометрия, что по времени совпадает с менструацией, в легочной ткани образуется очаг кровоизлияний с возникновением болевой реакции.

Эндометриоз является относительно редким заболеванием и наблюдается только у женщин детородного возраста.

Боль в грудной клетке появляется периодически и по времени совпадает с началом менструального кровотечения. После окончания менструации боль исчезает. При расположении очага эндометриоза близко к плевре боль носит острый характер. Нарушение целостности легочной ткани может сопровождаться развитием спонтанного пневмоторакса. При сообщении очага с бронхом возникает легочное крповотечение (кровохарканье).

Диагноз основывается на появлении боли в груди, синхронно совпадающей с началом менструального кровотечения. Необходимо обращать внимание на наличие эндометриоза другой локализации (матка, яичники, позадишеечная клетчатка).

Неотложная помощь – обезболивающие средства (анальгин по 0,5 г внутрь несколько раз в день, баралгин по 5 мл внутримышечно повторно). При развитии кровохарканья или возникновении спонтанного пневмоторакса проводят соответствующие лечебные мероприятия.

Госпитализации при неосложненной форме заболевания не требуется. При обильном кровохарканье и спонтанном пневмотораксе – госпитализация в терапевтический стационар. Лечение эндометриоза легких, как и эндометриоза другой экстрагенитальной локализации, проводят с помощью синтетических эстрогенгестагенных (бисекурин, нон-овлон и др.) или гестагенных (норкалут) препаратов. Лечение может проводиться амбулаторно.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год