**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Терапии**

Реферат

на тему:

**«Боль в груди при поражении сердца»**

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Тромбоэмболия легочной артерии
2. Расслаивающая аневризма аорты
3. Острый перикардит

Литература

**Введение**

Этот симптом наиболее часто встречается при сердечнососудисгых заболеваниях, заболеваниях органов дыхания, реже при болезнях костномышечного аппарата, нервной системы, органов пищеварения. Чаще всего боль в груди бывает обусловлена ухудшением или нарушением коронарного кровообращения (стенокардией или инфарктом миокарда). Боль может быть и некоронарного происхождения: в связи с обменными нарушениями в миокарде, при отравлениях свинцом, окисью углерода, бензином и другими химическими веществами, она может быть также инфекционно-аллергического генеза и сопровождать дисгормональные процессы. Боль в области сердца возникает при перикардитах преимущественно туберкулезной и ревматической природы, поражениях перикарда при уремии, инфаркте миокарда и метастазах злокачественных опухолей, а также при распространении на перикард воспалительных процессов, исходящих из легких и плевры. К опасным для жизни состояниям, сопровождающимся кардиалгией, относятся расслаивающая аневризма аорты и тромбоэмболия легочной артерии.

Причиной боли в груди могут быть заболевания органов дыхания пневмоторакс, пневмония, плеврит, рак легкого, медиастинит. Боль в груди возникает при лимфогранулематозе, травме грудной клетки, меж реберной невралгии и спондилезе шейного и грудного отделов позвоночника, а также при солярите, опоясывающем лишае и миозите. Боль может возникать при наличии дивертикула или опухоли пищевода, воспалительных процессов в диафрагме, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Боль в груди может иррадиировать из брюшной полости. Как видно из простого перечисления возможных причин возникновения боли в груди, их дифференциальная диагностика представляет значительные трудности.

**1. Тромбоэмболия легочной артерии**

Развивается у больных с клапанными пороками сердца, в послеоперационном периоде при расширении общего режима и физическом напряжении (чаще после операции на желчных путях и в малом тазу), а также у больных с тромбофлебитами или флетботромбозами любой локализации. Тромбоэмболия легочной артерии может осложнять течение инфаркта миокарда.

Характерная особенность заболевания – внезапное появление или нарастание одышки, цианоза, тахикардии. При обследовании больных отмечается набухание шейных вен и увеличение размеров печени. Боль в груди при тромбоэмболии легочной артерии встречается не более чем у 50% больных, нередко развивается коллапс. В некоторых случаях появляется кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови, определяются признаки плевропневмонии. Развитие инфаркта легких приводит к притуплению перку торного звука, появлению ослабленного дыхания, влажных хрипов, а также шума трения плевры. При обследовании определяются акцент и расщепление II тона над легочной артерией, систолический шум, пресистолический ритм галопа, нарушения ритма сердечной деятельности – экстрасистолия, пароксизмы мерцания предсердий.

Электрокардиографическими признаками эмболии легочной артерии являются временное отклонение электрической оси сердца или преходящая блокада правой ножки пучка Гиса, глубокий зубец S в I отведении, выраженный зубец QIII и отрицательный зубец Т во II отведении, преходящее появление высоких «пульмональных» зубцов Р во II и III отведениях. При рентгенографии грудной клетки обнаруживаются высокое стояние диафрагмы, расширение корня легкого, участки затемнения легочного поля, выбухание легочной артерии, наличие выпота в плевральной полости. Возникают лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ, повышение активности в крови лактатдегидрогеназы, креатинфосфокиназы.

Дифференциальная диагностика. Внезапное появление или нарастание сердечной недостаточности, коллапс, повышение температуры, лейкоцитоз, боль в груди, изменения ЭКГ: преходящая блокада правой ножки предсердно-желудочкового пучка, глубокий зубец S и снижение сегмента ST в I отведении, выраженный зубец QIII, отрицательный зубец TIII, отрицательный или двухфазный зубец II – все это может стимулировать инфаркт миокарда. Отличительным признаком тромбоэмболии легочной артерии является увеличенный зубец SI. При инфарктах миокарда задней стенки этот зубец не выражен либо выражен незначительно. Кроме того, при эмболии легочной артерии в отличие от инфаркта миокарда задней стенки во II стандартном отведении ЭКГ в большинстве случаев не наблюдается характерного для инфаркта миокарда патологически измененного зубца Q. Из других дифференциально-диагностических признаков имеют значение различия в активности некоторых ферментов крови, в частности изоферментов лактатдегидрогеназы (увеличивается активность либо сердечного, либо легочного изофермента) и креатинфосфокиназы.

Реже приходится дифференцировать тромбоэмболию легочной артерии и развившийся инфаркт легкого от пневмонии. При тромбоэмболии легочной артерии обычно обнаруживается источник тромбоэмболии, полезны данные рентгенологического исследования Часто описываемое как патогномоничный признак затемнение клиновидной формы встречается довольно редко, но такие признаки, как деформация обоих корней легких или одного из них, обеднение легочного сосудистого рисунка, вплоть до его полного исчезновения, высокое стояние диафрагмы на стороне поражения легкого, появление дисковидных ателектазов позволяют установить наличие тромбоэмбо лип легких.

Неотложная помощь. Лечение ост рой сердечной недостаточности мочегонные препараты – лазикс внутривенно 4–8 мл 1% раствора, при выраженной одышке – внутривенно 1 мл 2% раствора промедола Оксигенотерапия Эуфиллин по 10 мл 2,4% раствора внутривенно Сердечные гликозиды внутривенно 1 мл 0,025% раствора дигоксина или 0,5 мл 0,05% раствора строфантина, или 1 мл 0,06% раствора коргликона в 20 мл 40% раствора глюкозы. При снижении АД показано введение 2–4 мл кордиа мина подкожно, внутривенно. При болевом синдроме рекомендуется введение 2 мл 50% раствора анальгина с 1 мл 2,5% раствора пипольфена внутривенно, 1 мл таламонала или 1–2 мл 0,25% раствора дроперидола в 20 мл 40% раствора глюкозы внутривенно.

Необходимо незамедлительно (при отсутствии противопоказаний) начать введение фиоринолитических средств и антикоагулянтов прямого действия.

Вводят 80000–100000 ЕД фибронолизина в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно капельно с добавлением в этот раствор 15000 ЕД гепарина Вместо фибринолизина возможно введение до 1500000–2000000 ЕД/сут стрептокиназы (препарат вводят внутривенно капельно длительно) либо стрептодеказы в дозе 3000000–6000000 ФЕ, разведенной в 20–40 мл изотонического раствора натрия хлорида, которую вводят струйно внутривенно медленно (вначале 300000 ФЕ, через полчаса оставшуюся дозу).

Появление кровохарканья при тромбоэмболии легочной артерии не является противопоказанием к назначению гепарина или фибринолитических препаратов.

Госпитализация обязательная в отделение интенсивной терапии. Если болевой синдром при эмболии легочной артерии сочетается с коллапсом, то внутривенно вводят симпатомиметики – норадреналин (1–2 мл 0,2% раствора разводят в 0,5 л 5% раствора глюкозы и вводят со скоростью 5–7 мл в 1 мин, измеряя каждые 2–5 мин артериальное давление) или мезатон (0,5–1 мл раствора медленно), кортикостероиды (60–90 мг преднизолона или 100–150 мг гидрокортизона).

**2. Расслаивающая аневризма аорты**

Обычно обусловлена атеросклеротическим процессом (редко дегенеративным – при синдроме Марфана) в аорте. Расслаивающая аневризма аорты чаще развивается у больных с артериальной гипертонией, преимущественно у мужчин, а также при сифилитическом поражении аорты.

При поражении грудного отдела аорты характерна резчайшая боль за грудиной, в области спины или эпигастрия, а при расслаивании аневризмы брюшного отдела аорты появляется боль в животе и поясничной области. Нередко наступает потеря сознания. В большинстве случаев развивается коллапс, но иногда редкого падения АД не наблюдается. В некоторых случаях клиническая картина при расслаивающей аневризме грудного отдела аорты имеет сходство с клинической картиной инфаркта миокарда, а при расслаивании брюшного отдела аорты – с картиной почечной колики. Начало боли при расслаивании аневризмы аорты обычно острое, внезапное, тогда как при острой коронарной недостаточности боль может нарастать постепенно. Большое значение имеет локализация боли: при расслаивающей аневризме аорты боль редко иррадиирует в руки, и локализация боли может меняться с постепенным движением боли по спине, вдоль позвоночника по ходу расслоения аорты; постепенно болевые ощущения могут распространяться в нижние отделы живота и малый таз.

При истинной почечной колике обычно характерны дизурические явления и другие симптомы. Доказательством наличия расслаивающей аневризмы служит и появление вслед за болью симптомов, связанных с распространением расслоения аорты в области отхождения магистрального сосуда или нескольких сосудов (асимметрия пульса на верхних и нижних конечностях, гемипарез, параплегия или инсульт, боль в поясничной области, гематурия, отек мошонки).

Распознаванию заболевания помогает электрокардиографическое исследование, при котором в большинстве случаев не выявляется изменений, типичных для нарушений коронарного кровообращения. Наблюдается также снижение содержания в крови эритроцитов и гемоглобина.

Неотложная помощь. Для купирования боли применяют 1 мл 1% раствора морфина, 1–2 мл 2% раствора промедола, 2 мл 2% раствора пантопона подкожно или внутривенно; внутривенно вводят аналгезирующую смесь, включающую анальгин (2 мл 50% раствора), пипольфен (1 мл 2,5% раствора); назначают ингаляцию смеси закиси азота (50%) через газонаркозный аппарат.

Противопоказано вводить аминазин в связи с опасностью снижения артериального давления и гепарин, усиливающий кровоточивость. При расслаивающей аневризме аорты необходим строгий постельный режим.

Госпитализация – срочная и специальным транспортом в отделения реанимации (при возможности, крупных стационаров, имеющих отклонения сосудистой хирургии); больных переносят на носилках.

**3. Острый перикардит**

Заболевание может быть вызвано инфекционным возбудителем, перикардит может оказаться осложнением хронических заболеваний, включая туберкулез, ревматизм, заболевания почек, приводящих к уремии (асептический перикардит). Иногда перикардит развивается остро у больных пневмонией, а также при инфаркте миокарда.

Обычно больные жалуются на боль в груди и одышку. Чаще всего боль в груди подострая или даже тупая, но иногда бывает интенсивной, как при коронарной недостаточности. Особенностью боли является зависимость от дыхания, движений, перемены положения тела. Боль и одышка у больных перикардитами уменьшаются в положении сидя с наклоненным вперед туловищем. Боль может перемежаться короткими ремиссиями в течение нескольких дней, что нехарактерно для инфаркта миокарда. При перикардите шум трения перикарда довольно грубый, появляется с первых часов болезни одновременно с лихорадкой и изменениями периферической крови, тогда как при инфаркте миокарда этот шум не выслушивается в период максимальной выраженности болевого синдрома в первые часы болезни. Шум трения перикарда при перикардите локализуется в области абсолютной тупости сердца, чаще на ограниченном участке, усиливается в положении сидя или при надавливании на грудную клетку стетоскопом. Частота пульса и артериальное давление при сухом перикардите мало изменяются, если заболевание не сопровождается значительным повышением температуры тела. При сухом перикардите на ЭКГ наблюдается одновременное повышение сегмента ST во всех отведениях. Дискордантность изменений ЭКГ, характерная для нарушений коронарного кровоооращения, отсутствует. Позднее может появиться отрицательный зубец Т, однако, как и повышение сегмента ST, эти изменения зубца Т обнаруживаючся во всех отведениях. При перикардитах не изменяется комплекс QRS, за исключением общего снижения вольтажа зубцов при появлении выпота в области перикарда.

Появление выпота существенно изменяет клиническую картину перикардита, исчезает боль, усиливается одышка, верхушечный толчок перестает прощупываться, межреберные промежутки в области сердечной тупости сглаживаются, площадь сердечной тупости увеличивается во все стороны, исчезает относительная сердечная тупость, тоны сердца резко ослабляются, исчезает шум трения перикарда. Значительный выпот может вызвать застой в системе верхней или нижней полой вены, отмечается набухание венозных стволов на шее, увеличение печени с развитием асцита и небольшой отечностью ног, признаки тампонады сердца. Наличие жидкости в полости перикарда идентифицируется рентгенографическим или эхокардиографическим исследованием.

Неотложная помощь. Для купирования боли вводят внутривенно 2 мл 50% раствора анальгина, 1 мл 2,5 раствора пипольфена либо (или дополнительно) подкожно (или внутривенно) 2 мл 2% раствора промедола или 1–2 мл 2% раствора пантопона. Хороший результат достигается при вдыхании смеси равных объемов закиси азота и кислорода. Необходимо начать лечение противовоспалительными средствами (кортикостероидные препараты, салицилаты и др.). Если тампонада возникает у больных с большим перикардиальным выпотом и сопровождается сердечной недостаточностью, при оказании скорой помощи может потребоваться пункция перикарда (см. Врачебная техника) и медленное удаление 150–200 мл жидкости. Процедуру следует проводить очень осторожно. В случае удаления гноя из полости перикарда в нее затем через иглу вводят 300000 ЕД пенициллина. Терапия сердечными гликозидами в этих случаях малоэффективна.

Госпитализация. При выраженном болевом синдроме показана срочная госпитализация специальным транспортом.

**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