

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И
СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ С ЛФК И ВК



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ
БОЛЯХ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ.

ИБС является основной проблемой в клинике внутренних болезней, а в материалах ВОЗ характеризуется как эпидемия XX века. ИБС значительно «помолодела», что связано с потерей трудоспособности наиболее перспективных групп населения.

В связи с тем, что главным проявлением стенокардии является болевой синдром, необходимо овладеть дифференциальной диагностикой и уметь своевременно назначить дифференцированное лечение, освоить принципы дифференциальной диагностики при коронарогенных болях в области сердца.

«Боль в области сердца» - субъективный симптом многочисленной группы заболеваний. В эту группу входят как заболевания сердца, так и экстракардиальные процессы. Следует проводить дифференциальную диагностику «сердечных» и «внесердечных» кардиалгий.

КАРДИАЛГИИ - боли в области сердца, отличающиеся по своим признакам от стенокардии; характеризуются колющими, жгучими, ноющими, реже давящими болевыми ощущениями в области сердца; они могут иррадиировать по всей левой половине грудной клетки, левой руке и левой лопатке; они бывают мимолетными (молниеносный "прокол"), непродолжительными (минуты, часы) и очень долгими (дни, недели, месяцы). Как правило, кардиалгии не прекращаются от приема нитратов. Наличие кардиалгии не исключает существования у некоторых больных атеросклероза коронарных артерий сердца и может иногда перемежаться или сочетаться с истинными приступами стенокардии.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

I. Вызванные заболеваниями сердечно-сосудистой системы - кардиальные.

а. Коронарогенные (стенокардия, ИМ, ревматический коронарит).

б. Некоронарогенные (клапанные пороки, перикардиты, опухоли перикарда, миокардиты, кардиомиопатии, миокардиодистрофии, ревмокардит, ПМК, ТЭЛА, неспецифический аортаартериит, сифилитический аортит, расслаивающая аневризма аорты).

II. Экстракардиальные.

а. при заболеваниях органов дыхания средостения (пневмонии, плевриты, пневмоторакс, рак легкого, плеврит, медиастенит, опухоли средостения).

б. при заболеваниях органов ЖКТ (эзофагит, ГЭРБ, спазм, опухоль или дивертикул пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ЯБ, ЖКБ).

с. при заболеваниях опорно-двигательного аппарата (травмы грудной клетки, невралгия, опоясывающий лишай, миозит, синдром Титце (перихондрит), остеохондроз шейного или грудного отдела позвоночника, остеоартроз или артрит плечевого сустава, метастазы в кости позвоночника и ребра, мышечные синдромы (передней, малой грудной мышцы и т.д), туберкулезный спондилит).

d. при психовегетативных расстройствах (НЦД, кардионеврозы, синдром кардиофобии).

e. при заболеваниях молочной железы -маститы, мастопатии, рак молочной железы.

По субъективным характеристикам можно выделить следующие основные типы кардиалгии:

1. боли за грудиной, колющие, давящие, возникают при нагрузке или в покое, иррадиируют в левую руку, под лопатку, продолжаются до 10-15 минут, купируются приемом валидола, нитроглицерина.

2. боли за грудиной, чрезвычайно интенсивные, длительные (более 30-40 мин.), жгучие, давящие с широкой иррадиацией, не снимающиеся валидолом и нитроглицерином.

3. боли в области сердца (верхушечный толчок), колющие кратковременные (секунды, минуты) не связанные с физической нагрузкой.

4. боли в области сердца, длительные (часы, сутки), иногда постоянные, ноющие, давящие, не связанные с физической нагрузкой.

5. боли в левой половине грудной клетки (в подмышечной, межлопаточной областях) внезапные, резкие, интенсивные.

6. боли в левой половине грудной клетки, ноющие, интенсивные, появляющиеся или усиливающиеся при движениях.

7. боли в левой половине грудной клетки проявляющиеся или усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле.

Хорошее знание особенностей болей коронарогенного и некоронарогенного происхождения, тщательное и полное клиническое обследование в большинстве случаев позволяют правильно распознать их.

Диагностика

На первом этапе обследования в группу с коронарным сердечно-болевым синдромом (ИБС) могут быть включены лица:

1. с типичным болевым синдромом - стенокардией в сочетании с характерными изменениями ЭКГ или без них.

2. с типичными изменениями ЭКГ (ишемия, рубец) при атипичном или безболевым клиническим течением. Достоверность диагноза может быть подтверждена записью ЭКГ во время приступа боли, мониторным наблюдением ЭКГ (в течении 6-12-24 часов). Большинству больных этой группы назначают лечения и берут их на диспансерный учет.

В группу с неясным сердечно-болевым синдромом включают лиц:

1. с нетипичным болевым синдромом при неизменной ЭКГ.

2. с эквивалентами болевого синдрома (одышкой, аритмией).

3. с "неспецифическими" изменениями ЭКГ покоя (высокими или отрицательными зубцами Т) при отсутствии жалоб.

Второй этап обследования включает в себя нагрузочные пробы. Лучше всего отвечают поставленной цели - ранней диагностике ИБС - дозированные физические нагрузки на велоэргометре, тредмиле или ступенчатая проба; фармакологические пробы (прием калия, индерала); ортостатическая проба. Нагрузочные пробы являются одним из объективных и достоверных критериев эффективности лечения и с этой целью нередко используются у больных с ИБС.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ БОЛЯХ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ.

Пневмоторакс

Внезапная боль в левой половине грудной клетки, одышка в покое, во время кашля или при физическом напряжении, тахикардия. Характерно отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании, перкуторно - тимпанический звук.

Рентгенография - воздух в плевральной полости, нет динамических изменений на ЭКГ, нормальная активность аминотрансфераз в сыворотке крови.

Плеврит

Вынужденное положение на больном боку, движения скованы, боли колющего характера. Дыхание поверхностное, углубление дыхания усиливает боль. Подвижность грудной клетки ограничена, особенно на больной стороне, которая отстает при дыхании. Аускультативно шум трения плевры. На пораженной стороне ограничивается подвижность диафрагмы.

Боль в груди появляется за 2-5 дней до появления шума трения плевры. Если сухой плеврит бывает фазой экссудативного плеврита, шум трения плевры и боль в груди исчезают после появления экссудата.

Кардиалгии вертеброгенного и мышечно-фасциального происхождения

Остеохондроз шейных и верхних грудных (DI—DV) позвонков может сопровождаться появлением болей в прекардиальной области в связи с рефлекторным влиянием корешкового болевого синдрома из-за сдавления и/или раздражения соединительных ветвей симпатической нервной цепочки выпавшим межпозвоночным диском или остеофитами. Эти боли чаще всего бывают длительные, постоянные в течение дня, иногда возникают внезапно, довольно интенсивные, стихают постепенно в течение часа и более, локализуются в области сердца или за грудиной. Для них характерна связь с движениями позвоночника (сгибание, разгибание, повороты шеи, туловища, запрокидывание головы) и с резкими движениями левой руки. Они усиливаются также в положении больного лёжа в мягкой постели, при «неудобном» положении головы во время сна и после ночи, при кашле, чихании, натуживании и др. В таких случаях нитроглицерин не даёт эффекта: боли прекращаются или уменьшаются лишь после приёма анальгетиков, постановки горчичников, массажа шейно-грудного отдела позвоночника, после физиотерапевтических мероприятий.

При дифференциальной диагностике кардиалгии следует учитывать характер неврологических расстройств, обусловленных остеоохондрозом.

Нередко первым симптомом шейного остеохондроза является цервикалгия, проявляющаяся постоянной или приступообразной болью в области шеи, довольно интенсивной, усиливающейся при повороте головы и сопровождающейся болезненным хрустом. Приступообразность боли является важным признаком синдрома позвоночного нерва (синонимы — синдром позвоночной артерии, задний шейный симпатический синдром, шейная мигрень, синдром Барре-Льеу), возникающего вследствие раздражения или компрессии симпатического нервного сплетения позвоночной артерии остеофитами унковертебральных сочленений или подвывихом шейных позвонков при наличии врождённого блока нижних шейных позвонков. Боль в шее преимущественно односторонняя, распространяется на затылочную и теменно-височную области, на лоб, сопровождается головокружениями, вегетативными, слуховыми, вестибулярными и зрительными симптомами. Определённое значение имеет выявление местной болезненности остистых отростков шейных позвонков при надавливании или поколачивании (триггерная зона). При этом боли могут быть вызваны или усилены надавливанием на голову вертикально сверху вниз или вытягиванием одной руки больного с одновременным поворотом его головы в противоположную сторону.

Кардиалгия может возникать и при межрёберной невралгии — опоясывающей боли, распространяющейся строго по одному–двум межреберьям вследствие сдавления спинальных верхнегрудных корешков. Межрёберная невралгия может быть обусловлена травмой, переломом рёбер, сдавлением межребёрного нерва различной этиологии (метастазы злокачественной опухоли, миеломная болезнь, туберкулёзный спондилит и др.). Она может предшествовать развитию опоясывающего лишая или быть его следствием, спустя много месяцев и даже лет после исчезновения кожных высыпаний (постгерпетическая межрёберная невралгия).

Диагноз межребёрной невралгии устанавливается на основании наличия лёгкой гипостезии соответствующего межреберья, усиления боли при наклоне туловища в больную сторону, при надавливании в точках Валле.

Мышечно-фасциальные болевые синдромы могут быть одним из проявлений остеохондроза или иметь другой генез (травма, растяжение, напряжение мышц и т.д.). Наибольшие трудности при дифференциальной диагностике мышечно-фасциальных синдромов и боли кардиального происхождения возникают при следующих вариантах синдромов: плече-лопаточном периартрите, лопаточно-рёберном синдроме, межлопаточном болевом синдроме, синдроме большой и малой грудной мышц, при синдроме передней лестничной мышцы (синдром Нафцигера). Диагностика их основана на обнаружении локальной болезненности и уплотнений соответствующих мышц, при выявлении триггерных точек, чёткой связи боли с напряжением той или иной группы мышц, на результатах оценки их функции, на наличии факта уменьшения болей при натирании различными мазями, после блокад, мануальной терапии и др.

При пальпации прекардиальной области можно выявить болезненность, припухлость и утолщение хрящей II–IV рёбер (чаще слева) в местах прикрепления их к груди (синдром Титце). Боль возникает вследствие воспаления рёберных хрящей (хондрит) после вирусных инфекций, микротравмы. Она поверхностная, непостоянная, различной интенсивности, локализуется преимущественно слева у края грудины, иррадирует в руку, плечо, шею, усиливается при резких поворотах туловища, глубоком вдохе, чихании. При данной патологии иногда поражается грудино-ключичное сочленение, проявляющееся приступами острой боли над верхней частью грудины. Эта боль обычно бывает длительная (несколько месяцев). Со временем она исчезает, но утолщение рёберных хрящей может сохраняться в течение многих месяцев и даже лет. В таких случаях на рентгенограмме может выявляться очаговый остеопороз рёбер и грудины.

Во всех вероятных случаях вертеброгенной кардиалгии необходимо провести рентгенографию позвоночника. Рентгенологическими признаками остеохондроза являются выпрямление шейного лордоза, сужение межпозвонковой щели, субхондральный склероз, спондилоартроз, в том числе унковертебрального сочленения, спондилолистез, краевые остеофиты, грыжи Шморля.

ЭКГ при остеохондрозе позвоночника обычно без ишемических изменений, если нет сочетания с ИБС. Часто на ней регистрируются нарушения фазы реполяризации желудочков (смещение сегмента ST книзу, отрицательные несимметричные зубцы T), которая при проведении пробы с хлоридом калия и/или бета-адреноблокаторами временно нормализуется. ЭКГ-пробы с физической нагрузкой, в частности, велоэргометрическая не выявляют ишемии миокарда.

Кардиалгии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и диафрагмы

Боли в области сердца могут возникать при многих желудочно-кишечных заболеваниях, но чаще всего при патологии пищевода, желудка и желчного пузыря.

Болевые ощущения, обусловленные патологией пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, эзофагит, ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рак и др.), очень сходны со стенокардитическими, поскольку обычно локализуются за грудиной и носят приступообразный характер. Они жгучие, нередко достаточно сильные, особенно при диафрагмальной грыже, иррадируют в шею, межлопаточную область, часто купируются нитроглицерином. Однако эти боли отличаются отсутствием связи с физической нагрузкой, возникают, как правило, во время еды и при прохождении пищи по пищеводу, сочетаются с дисфагией, изжогой, отрыжкой, усиливаются в горизонтальном положении больного и ослабевают — в вертикальном. Они уменьшаются или вовсе исчезают после приёма антацидов, например, соды, что не характерно для стенокардии.

Рефлюксные кардиалгии при диафрагмальной грыже, гастродуоденальных язвах, хроническом холецистите, особенно калькулёзном, при панкреатите и других патологиях во многом аналогичны вышеперечисленным. Боли при них также сочетаются с диспепсическими симптомами, локализуются в подложечной области и в области нижней трети грудины. Они усиливаются при физикальном исследовании подложечной и/или эпигастральной области, связаны с приёмом пищи, часто облегчаются после рвоты. Их ритмичность зависит от вида и характера желудочно-кишечной патологии.

В анамнезе больных в межприступном периоде, как правило, имеются указания на наличие симптомов диспепсии или желудочно-кишечного заболевания.

При данной патологии на ЭКГ обычно нет признаков ишемии миокарда. Решающими методами диагностики служат рентгенологический и эндоскопический, позволяющие обнаруживать часто прямые признаки патологии желудочно-кишечного тракта и диафрагмы, что в дальнейшем подтверждается и результатами дифференцированной терапии.

Сочетанный кардиалгический синдром и окончательный достоверный диагноз конкретного заболевания можно установить на основании проанализированного анамнеза, результатов оценки болевого синдрома, данных физикального исследования, ЭКГ, других инструментальных исследований и, несомненно, обычных лабораторных, а при необходимости — и специальных инструментальных исследований.

При кардиалгическом синдроме, обусловленном как коронарогенными, так и некоронарогенными причинами, в процессе дифференциальной диагностики необходимо выделить заболевания, представляющие собой острые неотложные состояния, требующие немедленного врачебного вмешательства и экстренной госпитализации, а также заболевания, не угрожающие жизни больного.

К неотложным состояниям, требующим экстренной диагностики и терапии, относятся приступ стенокардии, острый коронарный синдром, расслаивающая аневризма грудного отдела аорты, тромбоэмболия лёгочной артерии, спонтанный пневмоторокс и др.

Дисгормональные кардиопатии проявляются выраженными кардиалгиями, но независимо от них могут появляться и некоторые нарушения деятельности сердца, регистрируемые в виде желудочковых экстрасистол, отрицательного зубца Т чаще в отведениях V1 -V4, реже-и в остальных грудных отведениях ЭКГ, легкого смещения вниз сегмента S T в тех же отведениях (признак необязательный), преходящих блокад ножек пучка Гиса. В этих случаях следует говорить уже не о кардиалгии (хотя она обычно имеет место), а о кардиопатии (миокардиопатии). Патогенез болевого синдрома и нарушений деятельности сердца при дисгормональных состояниях остается недостаточно выясненным. Дисгормональные кардиопатии могут возникать при тиреотоксикозе (см.) и других эндокринных заболеваниях.

Наиболее выражены эти изменения при климаксе, когда очень часто возникает климактерическая кардиалгия, реже климактерическая кардиопатия. Синдром возникает на фоне вегетативных нарушений, характерных для климакса, иногда за несколько лет до прекращения менструаций, реже -через несколько лет после наступления аменореи. Больные жалуются на чувство тяжести, стеснения за грудиной, чаще слева от нее, режущую, жгучую, прокалывающую боль в области верхушечного толчка. Боль может быть кратковременной, продолжительной (часы, недели, месяцы), иногда возникает в ночное время, имитируя стенокардию покоя. Нередки жалобы на нехватку воздуха: при этом речь идет не об истинной одышке, а о чувстве неудовлетворенности вдохом, крылья носа не расширяются, вспомогательные мышцы (объективный признак одышки) в дыхании не участвуют.

Боль, как правило, не провоцируется физическим напряжением, постельный режим частоту и интенсивность приступов не сокращает, нитраты боли не прекращают или приводят к их ослаблению через длительный промежуток времени (при стенокардии-через несколько минут!), чаще нитраты вызывают лишь сильную головную боль. Нередки жалобы на приступы потери сознания, однако в тех случаях, когда врачу удается наблюдать эти эпизоды, речь идет практически об истерическом припадке с мелкими клиническими судорогами. Возможны и обмороки. Обычно боль сопровождается "приливами", потоотделением, парестезиями; больные раздражительны, эмоционально лабильны, настроение снижено. Иногда предъявляются жалобы на сильные головные боли, сердцебиение, чувство остановки сердца, спазмы в горле, головокружения. При осмотре выявляется небольшая тахикардия, возможна сосудистая дистония. Приступ заканчивается ощущением резкой слабости, профузным потоотделением, полиурией. Кардиалгия может сопровождаться страхом смерти.

Появление изменений на ЭКГ, прежде всего отрицательных зубцов Т, которые могут быть глубокими и симметричными, требует дифференциации с очаговыми поражениями миокарда (ишемия, мелкоочаговый инфаркт). Отличительные электрокардиографические признаки климактерической кардиопатии: отсутствие противоположного направления зубца Т смещению сегмента ST (смещается вниз при отрицательном зубце Т, а при инфаркте миокарда смещается вверх при отрицательном зубце Т); отрицательный зубец Т сохраняется неделями (нередко месяцами и годами), с несоответствующими болевому синдрому колебаниями, вплоть до появления положительного зубца Т (при инфаркте он постепенно нормализуется); при кардиопатии в отличие от инфаркта отрицательный зубец Т становится положительным через час после приема 40 мг индерала (индераловая проба) или 5 г хлорида калия (проба с хлоридом калия). Отвергнуть наличие инфаркта миокарда помогает определение активности ферментов в крови, миоглобина в крови и моче. В отличие от климактерической кардиопатии при ишемии миокарда отрицательный зубец Т сохраняется 1-2 дня.

Нейро-циркуляторная дистония:

Длительно повторяющаяся боль в области сердца с периодическим усилением. Боль при НЦД постепенно усиливается. Волнообразно усиливаясь и ослабевая, она может продолжаться в течение нескольких часов или даже суток. При НЦД отмечается учащенное и поверхностное дыхание, нередко отдельные экстрасистолы. Больной НЦД никогда не бывает полностью здоровым. Боль в сердце нередко сменяется вегетативно-сосудистыми кризами, которые протекают с дрожью, ознобом, повышением АД, часто с полиурией. В межприступном периоде больной жалуется на головную боль, потливость, головокружение, физическую слабость, быструю утомляемость.

Переход больного из горизонтального положения в вертикальное при ИБС с при-знаками стенокардии не сопровождается выраженными изменениями в частоте сердечных сокращения и не вызывает изменений, больного НЦД эта же процедура приводит к учащению пульса более чем на 15 уд. в мин., понижению отрезка ST.

Болевой синдром может сопровождаться тахикардией. Вегетативно-сосудистые кризы в сочетании с резким обострением боли в области сердца - наиболее характерное проявление НЦД.

Опоясывающий лишай

Появляется резкая жгучая боль, длительная, с периодическими усилениями. Иногда она возникает за 7-10 дней до высыпания пузырьков и продолжается в течении нескольких месяцев после их исчезновения. Диагностические трудности возникают при левосторонней локализации опоясывающего лишая и только в начальном периоде болезни до появления характерной сыпи.

Расслаивающая аневризма аорты

Чрезвычайно интенсивные боли в груди, тахикардия, бледность кожи, боль иррадирует вдоль позвоночного столба, волнообразно усиливается и ослабляется. Характерно - быстрое расширение сосудистого пучка над основанием сердца - систолический шум. Рентген и ЭхоКГ определяют двухконтурную тень аорты.

- Боль в грудной клетке при массивной тромбоэмболии легочной артерии очень похожа на болевой синдром при инфаркте миокарда, но одновременно, почти всегда, отмечается выраженная одышка. В случае возникновения инфаркта легкого, через 3-4 дня появляются боли с одной стороны грудной клетки плеврального характера (усиливающиеся при глубоком дыхании и кашле).
- Для ТЭЛА характерно:
 - анамнестические данные в отношении начала заболевания (связь развития ТЭЛА с тяжелыми переломами, осложненными родами, тромбозом глубоких вен нижних конечностей),
 - выраженный цианоз верхней половины туловища,
 - кровохарканье и развитие инфаркта легкого,
 - ЭКГ-признаки – отклонение ЭОС вправо, признаки перегрузки правого предсердия, SI QIII,
 - дефект накопления изотопа на сканограмме легких,
 - невысокое содержание в крови ЛДГ1, отсутствие в крови КФК-МВ, тропонина,
 - наличие участка просветления легочного поля на рентгенограмме легких на стороне поражения.
- Для перикардита характерно:
 - связь боли в области сердца с дыханием, движениями тела, положением больного (усиливается боль в положении лежа на спине и уменьшается при наклоне вперед или в положении лежа на животе),
 - усиление боли в области сердца во время кашля,
 - шум трения перикарда в зоне абсолютной тупости сердца,
 - конкордантное смещение интервала ST кверху от изолинии, отсутствие патологического зубца Q.

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ОСНОВА ДЕЙСТВИЙ ПРИ "БОЛЯХ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА"

1. Определить **путем тщательной детализации жалоб характер кардиалгии.**
2. Определить **нозологическую принадлежность "боли в области сердца", сформулировать диагноз основного заболевания, для чего необходимо общеклиническое и специальное обследование больного с последующим их анализом.**
3. **Назначение лечения в соответствии с нозологической формой.**

Графо(структурно) логическая схема дифференциального диагноза заболеваний сердца по «синдромному принципу»

Обследование больного



Основной синдром «кардиалгия», сходный признак ряда заболеваний.



1. Инфаркт миокарда. 2. Стенокардия 3. Миокардит 4. Пороки сердца 5. Сухой перикардит 6. Кардиалгический невроз



Отличительные дифференциально-диагностические особенности (признаки) синдрома «кардиалгия» при различных заболеваниях сердца



1. Боли за грудиной «давящие», крайне интенсивные, с широкой иррадиацией, длительные (более 30-40 мин), не снимаются нитроглицерином, сопровождаются снижением звучности тонов, АД, тахикардией, аритмиями, острой сердечной недостаточностью. ЭКГ – «монофазная» кривая, комплексы «QS», «Qr», «QR», отрицательные зубцы Т. Анализ крови – «резорбционно-некротический синдром (нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренной СОЭ, ферментемия) – ИНФАРКТ МИОКАРДА.

2. Боли за грудиной различной интенсивности, «давящие», «режущие», от нескольких до 30-40 минут, с левосторонней иррадиацией. Тоны сердца, АД не изменено (иногда кратковременное повышение или снижение АД, тахикардия). ЭКГ – высокие остроконечные, низкие, отрицательные Т, депрессия или элевация RST-T. Анализы крови без изменений. Положительный эффект нитроглицерина. - СТЕНОКАРДИЯ

3. Боли в «области сердца», «давящие», «ноющие», без иррадиации, длительные (постоянные), могут сопровождаться сердечной недостаточностью, аритмиями, повышением температуры тела; границы сердца расширены, тоны приглушены, функциональный систолический шум; пульс – часто тахикардия, аритмия, АД – тенденция к снижению; ЭКГ – отрицательные зубцы Т, депрессия RS-T; ЭхоКГ – расширение полостей сердца; анализы крови – нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ; часто положительные «ревматические» пробы (ЦРБ, ДФА и др) - МИОКАРДИТ

4. Боль в «области сердца», в межлопаточном пространстве слева, «тупая», «ноющая», длительная или постоянная, без иррадиации. Расширение границ сердца, характерные органические шумы (систолический или диастолический) в точках проекции клапанов сердца. ЭКГ – отклонение электрической оси влево или вправо, признаки гипертрофии желудочков и предсердий. ЭхоКГ – нарушение кинетики клапанов сердца, сужение отверстий, признаки гипертрофии желудочков и предсердий, расширение полостей сердца. «Rg» - скопия – «митральная» или «аортальная» конфигурация сердца – ПОРОКИ СЕРДЦА

5. Боль в «области сердца» «острая, «колющая», возникает (усиливается) при глубоком дыхании, кашле, не иррадирует. Повышение температуры тела; при аускультации сердца – шум трения перикарда. ЭКГ – отрицательные зубцы Т, конкордантная элевация RS-T. – СУХОЙ ПЕРИКАРДИТ

6. Боль в «области сердца», «перикардальной» и «верхушечной» областях, «колющая», «щемящая», без иррадиации, «тяжесть в области сердца», часто связанные с эмоциональным перенапряжением, обычно сопровождается нерво-вегетативным синдромом («нехватка воздуха», полиурия, «чувство страха смерти» и др). Границы, тоны сердца, АД, пульс – не изменены (в части случаев – тахикардия, экстрасистолия, лабильность АД); ЭКГ – признаки поражения миокарда не отмечаются; анализы крови - без патологии. – КАРДИАЛГИЧЕСКИЙ НЕВРОЗ



Соответствие того или иного варианта синдрома «кардиалгия» клинической картине курируемого больного: 1,2,3,4,5,6