

## ГРУДНОЙ ОСТЕОХОНДРОЗ В АСПЕКТЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ И КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Горина А.Ю., Соболев Е.А., Морозов А.М.

Тверской государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии,  
Тверь

**Ключевые слова:** остеохондроз, боль, кардиалгия

**Резюме:** с жалобами на боль в грудной клетке обращаются от 7% до 11% больных. В зависимости от источника, выделяют боли, обусловленные следующими патологиями: сердца – коронарогенные и некоронарогенные. В ходе настоящего исследования был проведен анализ актуальной отечественной и иностранной литературы по проблеме грудного остеохондроза.

**Resume:** from 7% to 11% of patients complain of chest pain. Depending on the source, pain caused by the following pathologies is distinguished: hearts - coronary and non-coronary. In the course of this study, an analysis of the current domestic and foreign literature on the problem of thoracic osteochondrosis was carried out.

**Актуальность.** Боль в грудной клетке наблюдается у лиц юношеского и пожилого возраста, женщин и мужчин, людей с недостаточным, нормальным и избыточным весом, с нормальной осанкой и лиц, страдающих деформациями позвоночника. Скорость и точность диагностики необходимы в исследовании данных пациентов [9].

С жалобами на боль в грудной клетке обращаются от 7% до 11% больных. В зависимости от источника, выделяют боли, обусловленные следующими патологиями: сердца – коронарогенные и некоронарогенные; крупных сосудов (аорты, легочных артерий); позвоночника (грудной остеохондроз); органов брюшной полости и диафрагмы и др. Дифференциальная диагностика грудных болей обширна и сложна. При исследовании в первую очередь необходимо исключить острые, угрожающие жизни болезни (ишемическая болезнь сердца, острый коронарный синдром, пневмоторакс) [9].

В практике врача встречается явление полиморбидности, когда у пациента есть несколько хронических заболеваний, вызванных одной причиной либо развивающихся независимо друг от друга. Диагностика в таких случаях затрудняется экранирующим заболеванием, на которое направлена вся лечебно-диагностическая деятельность, пока «спрятанная» болезнь не даст о себе знать после осложнения. До 50% пациентов, имеющих несердечную грудную боль, имеют заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта. Проявление данного симптома также служит результатом нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата [2].

**Цель:** оценить современное состояние проблемы течения грудного остеохондроза в аспекте дифференциальной диагностики кардиологических и хирургических заболеваний.

**Задачи:** 1. Провести анализ отечественной и зарубежной литературы по поводу грудного остеохондроза; 2. Изучить течения остеохондроза в аспекте диагностики кардиологических и хирургических заболеваний.

**Материалы и методы.** В ходе настоящего исследования был проведен анализ актуальной отечественной и иностранной литературы по проблеме грудного остеохондроза в аспекте дифференциальной диагностики кардиологических и хирургических заболеваний

**Результаты и их обсуждение.** Между шейно-грудным отделом позвоночника и сердцем существуют тесные нервно-рефлекторные связи, важнейшими частями которых являются шейные и верхнегрудные узлы симпатической нервной системы. Патологические изменения в данных отделах влекут за собой изменение метаболических процессов миокарда. У пациентов при этом формируются коронарный, рефлекторный и проекционный компоненты затяжного болевого синдрома. Часто диагностируется коронарная недостаточность [4].

Самой частой причиной обращения к кардиологу является вертеброгенная кардиалгия. Больные предъявляют жалобы на постоянные боли в левой половине передней стенки грудной клетки, усиливающиеся при резких поворотах головы и туловища, сильном кашле и подъеме тяжестей, при лежании на левом боку. Применение нитратов не дает облегчения болей, что исключает кардиогенную причину болей в грудной клетке.

Патогенез вертебральных синдромов хорошо изучен. Боль в данном случае обусловлена дегенеративно-дистрофическими поражениями позвоночника, в частности грудного отдела (остеохондроз). Через межпозвонковые ганглии, от которых идут как висцеральные, так и соматические нервы, идет афферентация в гипоталамус. При эфферентной импульсации, сигнал поступает в симпатические отделы боковых рогов спинного мозга, а оттуда через передние корешки выходит на соответствующие внутриорганные узлы [3].

Оценка локализации и интенсивности боли часто бывает достаточной в клинической практике. Интенсивность боли является тем параметром, который чаще всего оценивается в клинических исследованиях с помощью таких показателей, как визуальная аналоговая шкала, числовая рейтинговая шкала, вербальная рейтинговая шкала и пересмотренная шкала с лицами для определения боли. Консенсусные группы рекомендуют использовать числовую рейтинговую шкалу для клинических исследований. Комплексная оценка, охватывающая биомедицинскую, психосоциальную и поведенческую сферы жизни человека, может способствовать систематизации знаний медицинского персонала и сделать методы оценки боли менее субъективными, что непосредственно повлияет на понимание природы болевого синдрома и на качество выработки дальнейшей тактики лечения [5].

Самая распространенная причина смертности в современном мире - сердечно-сосудистые заболевания. Люди, страдающие ССЗ или подвергающиеся высокому риску таких заболеваний (в связи с наличием одного или нескольких факторов риска, таких как повышенное кровяное давление, диабет, гиперлипидемия, или уже развившегося заболевания), нуждаются в раннем выявлении и оказании помощи путем консультирования и, при необходимости, приема лекарственных средств [8].

Вертеброгенная кардиалгия проявляется стенокардией – болями в области сердца при физических нагрузках; синусной аритмией; брадикардией; тахикардией (компенсаторная); предсердной экстрасистолией; сердечной астмой – нехватка кисло-

рода в состоянии покоя даже при наличии тахикардии; синдромом ИБС при физических нагрузках; сердечной недостаточностью при низких нагрузках; спазмами коронарных артерий. Данные симптомы наблюдаются у пациентов, особенностью которых было слабое или полное отсутствие поражений коронарных артерий атерогенного характера при наличии сильных проявлений остеохондроза в области шейно-грудного отдела [1].

При дифференцировании боли используют следующие параметры: локализация и глубина, интенсивность, характер, условия возникновения и прекращения, длительность, сопутствующие симптомы, иррадиация, давность боли. Различия в проявлении данных параметров позволяют выявить причину возникновения болевых симптомов.

Общее правило для развития боли – функциональная нагрузка на больной орган. Для сердца – это усиление работы при физических нагрузках, психическом напряжении, гипервентиляция (при стенокардии), при воздействии холодом. Боли пораженных органов ЖКТ возникают при глотании (заболевание пищевода), натошак или лежа (язвенная болезнь, ГЭРБ), после обильного питья, приема пищи (в особенности жареной, острой, соленой). При поражении опорно-двигательного аппарата боли возникают при выполнении физической нагрузки и сопровождаются чувством онемения, слабости, иррадиации в область сердца и грудины.

Первыми клиническими симптомами миокардита могут быть повышение температуры тела, общая слабость, быстрая утомляемость, миалгии. Боли, присущие для миокардита, имеют колющий или давящий, длительный (почти постоянный) характер. Проявляются в левой половине груди или прекардиальной области. Интенсивность меняется при физической нагрузке, не зависит от времени суток и психоэмоциональной нагрузки. Прием нитратов не купирует боль. В сочетании с перикардитом наблюдается усиление боли при вдохе, при глотании, смене положения тела, иррадирует в левую половину тела. В большинстве случаев через 3-5 дней после начала ОРВИ, на фоне которой развивается миокардит, больные отмечают усиление ощущения сердцебиения, перебоев в работе сердца, одышку при физической нагрузке и в состоянии покоя [10].

При язвенной болезни ЖКТ у больного наблюдаются многочасовые циклические боли в эпигастрии или области сердца, сопровождающиеся изжогой, тошнотой или рвотой с кислым содержимым. Возникают после приема пищи в течении 30 минут или 2-3 часов, купируются антацидами, холинолитиками или при вызове искусственной рвоты. При сборе анамнеза выявляются непереносимость острых или кислых продуктов, изжога. Подтверждение диагноза при рентгенологическом исследовании (выявление синдрома «ниши») или при фиброгастроскопии (язвенный дефект слизистой желудка) [9].

Боли в эпигастральной области и за грудиной выявляются и при хроническом холецистите в купе с иррадиацией в правую половину грудной клетки, иногда в область поясницы, тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, выявления болевых точек Боаса, Мюсси. Иногда возникает вкус горечи во рту. Присутствуют жалобы на головные боли, быструю утомляемость, вялость. При УЗИ выявляется утолщение стенок и расслоение желчного пузыря. Возникновение болей не связано с физической и психофункциональной нагрузкой. Боли купируются но-шпой, аллохолом.

Инфекционные осложнения области оперативного вмешательства на протяжении многих веков являются одной из центральных проблем в хирургической практике. Развитие инфекционного процесса замедляет процессы регенерации области операционной раны, увеличивает сроки реабилитации пациентов в послеоперационном периоде, время пребывания в стационаре и соответственно материальные затраты на лечение [6, 7].

Выводы: 1. Дифференциальная диагностика болей в грудной клетке является сложной задачей, требующей подхода к данному вопросу с нескольких сторон; 2. Для болей, присущих сердечно-сосудистым заболеваниям, характерна локализация за грудиной; 3. Проявление болевого синдрома в области соска левой молочной железы или иррадиирующие в правую сторону тела очень редко связаны с заболеванием сердца; 4. Боли в эпигастрии и за грудиной, иррадиирующие в правую сторону тела и поясницу, присущи для заболеваний органов ЖКТ. Наблюдаются боли «стенокардического» характера, которые купируются антацидными препаратами и уменьшаются после ходьбы; 5. При шейно-грудном остеохондрозе боли не купируются коронаролитическими средствами, хорошо лечатся анальгетиками и новокаинами блокадами. Имеют интенсивный и продолжительный характер. Проявляются в левой половине грудной клетки, иррадиируют в одноименную сторону.

#### Литература

1. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В, Королев М.П., Андреев Д.Н. и др. // Российский журнал гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2020. №30 (1). С 49 – 70. DOI: 10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70.
2. Дорош Ж.В., Лазебник Л.Б. Болевая форма остеохондроза грудного позвоночника как заболевание, экранирующее обострение хронического холецистита // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2013. №10. С 28-29.
3. Жерлицина Л.И. значение экстракардиальных факторов в генезе атипичной стенокардии у больных ишемической болезнью сердца. Особенности лечебной тактики // COLLOQUIUM-JOURNAL. 2019. № 1-1 (25). С 28 – 35.
4. Ковальчук Л.С., Ковальчук П.Н. Озонотерапия пациентов с ишемической болезнью сердца и сопутствующим остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника // Биорадикалы и антиоксиданты. 2016. №3. С 60-62.
5. Морозов А.М., Жуков С.В., Беляк М.А. О возможности оценивания болевого синдрома при помощи наиболее валидизированных шкал боли (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – Т. 27. – № 2. – С. 62-68. – DOI 10.24411/1609-2163-2020-16663.
6. Морозов А.М., Жуков С.В., Хорак К.И. Профилактика инфекции области хирургического вмешательства // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – С. 198. – DOI 10.17513/spno.30268.
7. Морозов А.М., Сергеев А.Н., Хорак К.И. Современные средства для обработки рук хирурга и операционного поля (обзор литературы) // Дезинфекционное дело. – 2020. – № 4(114). – С. 41-50. – DOI 10.35411/2076-457X-2020-4-41-50.
8. Пиратов Н.А. Антикоагулянты и антиагреганты в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Н. А. Пиратов, М. А. Пахомов, А. М. Морозов // Инновации в медицине и фармации - 2020: материалы дистанционной научно - практической конференции студентов и молодых ученых, Минск, 12 октября 2020 года. – Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2020. – С. 364-369.
9. Петров В.Н., Лапотников В.А. Хронических холецистит // Медицинская сестра. 2011. №2. С 19 – 22.

10. Яковлева Е.В., Баринов А.Н. Диагностика и лечение боли в грудной клетке // Мнение лидера. 2020. №12 (41). С 68 – 78.