



Клинические проявления синдрома боли в грудной клетке у детей

Катилов А. В., Дмитриева Е. Ю, Марчук А. В.

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Синдром боли в грудной клетке у детей является частой причиной обращения за медицинской помощью к врачам различных специальностей. Знание основных нозологических форм, сопровождающихся болью в грудной клетке, позволяет упростить алгоритм дифференциальной диагностики этого синдрома. Боли в грудной клетке могут быть обусловлены различными патологическими состояниями, связанными как с органами самой грудной клетки, так и с патологией других органов и систем (отраженные боли). В целом, боль в грудной клетке у детей редко связана с угрожающей жизни патологией, но, тем не менее, является важным симптомом большого количества заболеваний детского возраста [1, 2, 3]. Следует учитывать, что на практике дети называют болью в грудной клетке не только собственно боль, но и практически любое чувство дискомфорта в области груди, давление и даже удущье. Боль может длиться несколько секунд или не проходить дни и недели, может появляться часто или редко, иметь выраженную или умеренную интенсивность. По данным литературы, основными причинами болей в грудной клетке у взрослых являются: 1) заболевания сердца, в том числе патология коронарных артерий (в 31 % случаев); 2) заболевания ЖКТ (в 42 % случаев); 3) скелетно-мышечные нарушения (в 28 % случаев); 4) органические неврозы и панические атаки [4, 5]. Традиционно в отечественной литературе все боли в грудной клетке в зависимости от причинного фактора подразделяют на сердечные и внесердечные. Однако в педиатрической практике подобное разделение не оправдывает себя в связи с редкостью наличия у детей ишемического механизма в возникновении болевого синдрома. В отличие от головной боли и боли в животе, дети в состоянии довольно четко указать на локализацию боли в грудной клетке. С целью упрощения алгоритма дифференциальной диагностики боли в грудной клетке, с нашей точки зрения, удобно разделить этот синдром на следующие составляющие:

- боль в области сердца;
- боль в спине;
- боль в других отделах грудной клетки.

Боль в области сердца. В отличие от взрослых, характерной особенностью детского возраста является то, что боль в области сердца достаточно редко является следствием непосредственно поражения сердца. В первую очередь это связано с патогенезом возникновения “сердечной боли”. Основной причиной кардиальной боли принято считать кратковременную или длительную ишемию миокарда, достаточно редко имеющую место при большинстве заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей. Сердечная боль чаще имеет сжимающий или давящий характер, локализуется за грудиной и может иррадиировать в левую руку, шею, нижнюю челюсть или эпигастральную область. Сердечная боль не изменяет своей интенсивности при глубоком вдохе или выдохе, не зависит от перемены положения или движений, может сопровождаться нарушением ритмичности пульса, падением или повышением артериального давления и, как правило, длится короткий промежуток времени (до 15–20 минут). Ишемическая сердечная боль провоцируется физической нагрузкой, переохлаждением, обильным приемом пищи, эмоциональным стрессом, проходит в покое. Таким образом, истинная сердечная боль ишемического генеза, столь характерная для стенокардии и инфаркта миокарда у взрослых, не является актуальной в детской популяции.

Крайне редко, но все же инфаркт миокарда описывается и у детей. Если у взрослых основная причина инфаркта миокарда заключается в атеросклеротическом поражении коронарных артерий, то у детей наиболее частыми причинами инфаркта миокарда являются воспалительные заболевания коронарных артерий и врожденные аномалии развития коронарных артерий. Атеросклероз коронарных артерий у детей практически не встречается, за

исключением случаев семейной гиперлипидемии. Клиническая картина инфаркта миокарда у детей сходна с таковой у взрослых [1, 4, 14]. Наиболее частым заболеванием сердца, встречаемым у детей, является миокардит.

Миокардит может возникать на фоне многих инфекций и в большинстве случаев имеет вирусную этиологию. Аутоиммунные, токсические и другие виды миокардитов встречаются реже. У детей с миокардитом возможны жалобы на боль в грудной клетке, но отмечаются они достаточно редко и, как правило, имеют кратковременный и не интенсивный характер. Характер болей при миокардите напрямую связан с объемом и глубиной поражения миокарда, клинически значимая боль в области сердца наблюдается при обширных миокардитах. На первый план выступают жалобы на повышенную утомляемость, слабость, одышку и сердцебиение. При клиническом обследовании определяются бледность или цианоз, слабый пульс, похолодание конечностей, расширение границ относительной сердечной тупости, тахикардия, повышение температуры тела субфебрильного характера, возможны отеки и гепатомегалия. В любом случае тяжесть состояния обуславливается степенью сердечной недостаточности. Длительные боли в области сердца не являются характерными для миокардитов у детей. Изменения на ЭКГ выявляются у большинства пациентов с миокардитом, даже при отсутствии симптомов заболевания. Диагностическими ЭКГ-признаками являются: синусовая тахикардия, патологические изменения зубца Т и сегмента ST, снижение вольтажа зубцов, нарушения ритма и проводимости. Боль в грудной клетке – наиболее распространенная жалоба при перикардите.

Перикардит представляет собой воспаление соединительнотканной оболочки сердца, сопровождающееся отложением фибрина на листках перикарда и выпотом в полость перикарда экссудата и чаще является осложнением различных заболеваний внутренних органов. Боль при перикардите локализуется за грудиной, носит однообразный характер и описывается как острая. Боль усиливается при глубоком дыхании или кашле, в положении больного лежа, поворотах туловища. Как правило, боль при перикардите не связана с физической нагрузкой. Возможна иррадиация боли в шею, область живота. У пациентов могут наблюдаться цианоз, одышка, лихорадка, выраженная слабость, адинамия, артериальная гипотония. Появление дополнительных симптомов зависит от протекания основного заболевания. В диагностике перикардита помогает наличие шума трения перикарда, который отмечается у более чем 50 % пациентов. Шум может быть кратковременным и менять свою интенсивность, иногда на протяжении суток, что связано с характером экссудата и его количеством. Он не проводится и лучше выслушивается вдоль нижней части левого края грудины и на верхушке. Шум трения перикарда усиливается при наклоне туловища вперед, не имеет связи с фазами дыхания и занимает обе фазы сердечного цикла (систолю и диастолю). На ЭКГ определяются типичные признаки острого перикардита: подъем сегмента ST и депрессия PQ; аритмии и нарушения проводимости, в отличие от миокардитов, отмечаются редко.

Наиболее информативным методом в диагностике перикардитов является двухмерная эхокардиография (ЭхоКГ), позволяющая выявить не только выпот, но и его распределение, приблизительный объем и влияние на гемодинамику. К ЭхоКГ-признакам экссудативного перикардита относятся наличие жидкости (эхо-негативного пространства) между листками перикарда, которая визуализируется на уровне желудочков, а при большом количестве – и на уровне предсердий (рис. 1).

Боли в сердце для большинства врожденных пороков сердца (ВПС) не характерны. При объективном исследовании на первый план выступают снижение толерантности к физическим нагрузкам, одышка, обмороки, цианоз или бледность кожных покровов, отеки и др. В частности, при ВПС боли в сердце могут отмечаться при стенозе аорты, аномальном отхождении левой коронарной артерии от легочной артерии, транспозиции магистральных сосудов и других “синих” пороках. Боли при ВПС, как правило, возникают при физической нагрузке или после неё, имеют ноющий характер и гипоксический генез. Они не имеют ишемического (коронарогенного) происхождения, а обусловлены либо хронической гипоксией миокарда при “синих” пороках, либо несоответствием коронарного кровотока потребностям гипертрофированного миокарда при систолической перегрузке. Но чаще многие ВПС длительное время протекают бессимптомно.

Загрудинные боли могут иметь место в случае двойной дуги аорты, при которой происходит сдавление пищевода и трахеи. Эти боли сопровождаются приступами удушья или цианоза, осиплостью голоса и часто связаны с актом глотания.

В целом следует учитывать, что при сердечной патологии у детей боль не носит характер моносимптома, а обязательно сочетается с симптомами сердечной недостаточности. Таким образом, к основным особенностям истинных болей сердечного генеза у детей относятся следующие:

- боли возникают при физической нагрузке или непосредственно после неё;
- не зависят от положения тела;
- не связаны с фазами дыхания и кашлем;
- сочетаются с одышкой, цианозом или бледностью кожи, сердцебиением.

Боль при заболеваниях органов дыхания. Следует отметить, что болевой синдром при заболеваниях легких у детей встречается не часто и не является ведущим клиническим синдромом. К более специфичным симптомам относят кашель, выделение мокроты, одышку, кровохарканье, цианоз, повышение температуры тела и признаки интоксикации.

Учитывая отсутствие болевых рецепторов в легочной ткани, пневмонии не сопровождаются синдромом боли в грудной клетке, за исключением случаев вторичного вовлечения париетальной плевры в воспалительный процесс. Подобная ситуация возникает исключительно при долевых пневмониях (крупозная пневмония), когда отмечается соприкосновение большой площади плотной легочной ткани и болевых рецепторов плевры. Боль но-

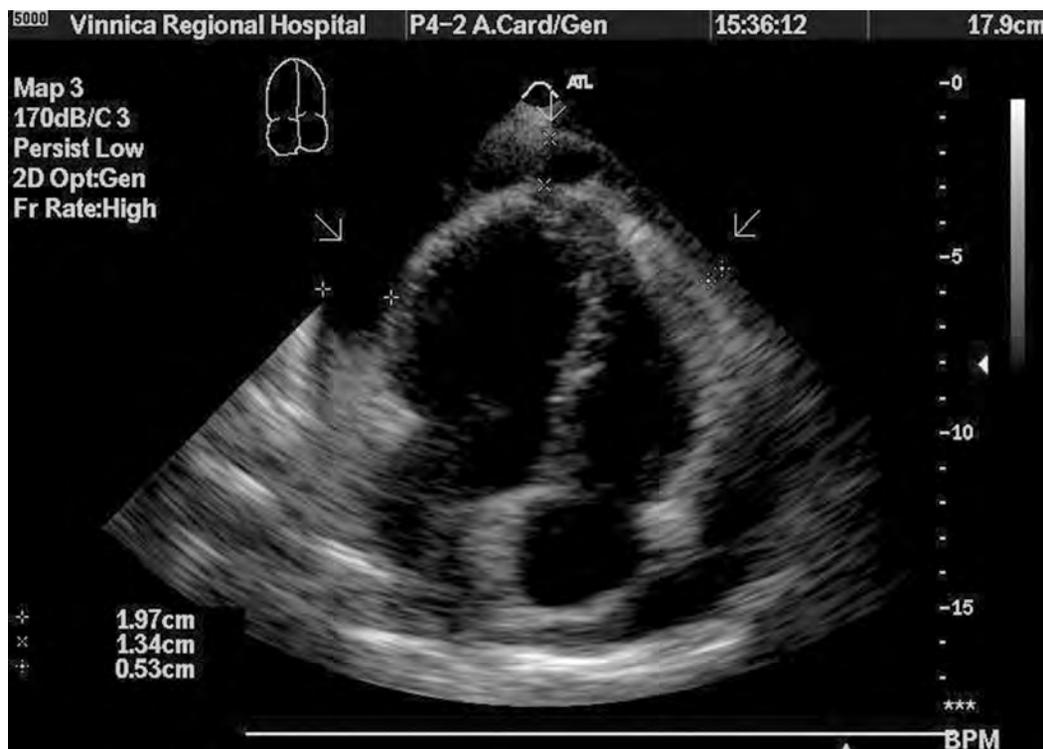


Рис. 1. Перикардит. Стрелками указана жидкость, окружающая желудочки

сит колющий характер и усиливается при глубоком вдохе и кашле, может иррадиировать в область живота. По данным литературы, болевой синдром при долевой пневмонии отмечается в 96 % случаев. При сегментарных пневмониях боль отмечается значительно реже и, как правило, наблюдается при вовлечении в патологический процесс сегментов нижних долей легких. Очаговые пневмонии протекают без болевого синдрома в связи с незначительным объемом поражения при данной форме заболевания и отсутствия контакта с рецепторами плевры.

Боль в грудной клетке при абсцессах легких у детей наблюдается не часто и возникает в случае расположения очага поражения субкортикально. Боль интенсивная, резко усиливается при кашле, глубоком дыхании и в горизонтальном положении. Возможно усиление боли при давлении на ребро или межреберье, соответствующее проекции абсцесса. Характерно усиление боли перед прорывом абсцесса в бронх, что сопровождается гиперпиретической лихорадкой.

Несмотря на распространенность туберкулеза у детей, болевой синдром при современном клиническом течении этого заболевания практически не встречается и носит казуистический характер.

Таким образом, общим положением для большинства воспалительных заболеваний легких является то, что боль возникает только в случае вовлечения в патологический процесс париетального листка плевры. В связи с этим, наличие синдрома боли в грудной клетке у детей в сочетании с лихорадкой, в отличие от взрослых, требует исключения в первую очередь плеврита. В большинстве случаев у детей

плевриты являются парапневмоническими, т. е. возникают одновременно с пневмонией и достаточно редко – через короткий промежуток времени вслед за острым периодом пневмонии (метапневмонические). Болевой синдром является обязательным симптомом сухих (фибринозных) плевритов, его механизм обусловлен трением воспаленных листков плевры. При разделении листков плевры экссудатом плевральная боль исчезает; в связи с этим для экссудативных плевритов боль не характерна.

В зависимости от места поражения плевры, плевриты протекают с болью различной локализации. При поражении париетальной плевры боль, как правило, локализуется в нижних и боковых отделах грудной клетки. Отмечается ее усиление при глубоком вдохе и кашле. При апикальном плеврите возможна боль в области лопатки, плеча или в руке и обусловлена раздражением плечевого сплетения или поражением пристеночной плевры верхних отделов легких. Иррадиация боли в живот или шею, а также боль при глотании может наблюдаться при диафрагмальном плеврите.

При диагностике парапневмонического плеврита ориентируются на наличие характерного болевого синдрома, лихорадки, признаков интоксикации, шума трения плевры. Длительность болевого синдрома при фибринозном плеврите у детей редко длится более 3–4 дней. Исчезновение боли обусловлено либо исчезновением фибринозного плеврита, либо переходом плеврита в экссудативную фазу. Длительные боли в грудной клетке не характерны для инфекционных плевритов у детей.

При рентгенологическом исследовании специфические изменения при сухом плеврите в основном отсут-



Рис. 2. Сухой плеврит. Стрелкой указана “плевральная полоска”

ствуют, реже наблюдается узкая “плевральная полоска” на периферии грудной клетки у внутренней поверхности ребер за счет наличия фибринозных наложений на плевре (рис. 2).

Ранним рентгенологическим признаком экссудативного плеврита незначительного объема является тупой реберно-диафрагмальный угол, что клинически сопровождается исчезновением боли в грудной клетке. Изменения при сухом плеврите по данным УЗД чаще всего отсутствуют. В зоне интереса (область максимальной боли в грудной клетке, рентгенологических признаков сухого плеврита) можно визуализировать локальное утолщение листков плевры, повышение их эхогенности, неровность внутренней поверхности.

Одним из заболеваний, сопровождающихся болью в грудной клетке, является спонтанный пневмоторакс. Механизм боли при данном заболевании обусловлен раздражением париетальной плевры в результате спонтанного разрыва субплеврально расположенных булл и коллабированием легочной ткани. Клинически заболевание проявляется внезапно возникающей острой болью в груди различной интенсивности. Боль при пневмотораксе в обязательном порядке сочетается с тахикардией, в то время как одышка и ограничение экскурсии грудной клетки на стороне поражения напрямую зависят от степени коллапса легкого.

Болевой синдром редко сохраняется более 1–2 суток. При объективном обследовании определяется тимпанит на стороне поражения и ослабленное везикулярное дыхание. Диагноз спонтанного пневмоторакса подтверждается рентгенографией органов грудной клетки, при которой выявляют свободный воздух в плевральной полости на стороне поражения, отсутствие легочного рисунка по периферии и появление четкой границы между висцеральным и париетальным листками плевры (рис. 3).

По данным литературы, боль в грудной клетке у взрослых сопровождается опухолевое поражение легких и средостения – от 50 до 88 % случаев. У детей распространенность онкопатологии грудной клетки на порядок ниже.



Рис. 3. Пневмоторакс

Боль при опухолях связана с вовлечением в процесс париетальной плевры, диафрагмы, трахеи и гортани, смещением органов средостения и растяжением медиастинальной плевры. Наиболее интенсивная боль возникает при сдавлении нервных стволов или прорастанием их опухолью. Характер боли различный: тупая, ноющая, давящая, жгучая, сверлящая, что зависит от локализации и объема опухоли. Часто по ходу нервных волокон боль иррадирует в плечо, шею или живот, также усиливается при кашле и глубоком дыхании. Боль, как правило, носит постоянный и длительный характер, в то время как приступообразная, кратковременная и колющая боль не характерна для опухолей органов грудной клетки. Диагноз подтверждается лучевыми методами диагностики, диагностической бронхоскопией с биопсией легких.

К общим клиническим особенностям болевого синдрома в грудной клетке при заболеваниях органов дыхания у детей относят:

- возникновение или усиление боли при глубоком дыхании или кашле;
- наличие симптомов, характерных для поражения легких (кашель, диспноэ различного вида, шум трения плевры над легкими);
- локализация болевого синдрома чаще ограничена, без тенденции к иррадиации.

Боль при заболеваниях органов брюшной полости. В подавляющем большинстве случаев болевой синдром в грудной клетке, причиной которого являются заболевания желудочно-кишечного тракта, чаще носит отраженный характер. Тем не менее, ряд таких заболеваний, как эзофагит, пороки развития диафрагмы (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и диафрагмальная грыжа) имеют в своей клинической структуре именно боль в грудной клетке, а не в брюшной полости.

При эзофагите боль протекает в виде постоянного жжения, локализуется за грудиной и усиливается при глотании, в особенности при приеме грубой пищи и горячих напитков. Эзофагит разделяют на острый и хро-

нический. Наиболее частой причиной острого эзофагита является механическая травматизация. Механизм боли при хроническом эзофагите обусловлен раздражением болевых рецепторов пищевода содержимым желудка за счет гастроэзофагеального рефлюкса. Диагностика основана на типичном болевом синдроме в сочетании с симптомами дисфагии. Окончательный диагноз выставляется при помощи фиброгастроэзофагоскопии, при которой выявляют гиперемия слизистой оболочки или эрозии пищевода.

Боль при грыже пищеводного отверстия диафрагмы локализуется в области сердца или нижней части грудины. Интенсивность болевого синдрома напрямую зависит от объема грыжи. Грыжи малых и средних размеров преимущественно не сопровождаются болью и во многих случаях могут быть диагностической находкой при рентгенологическом обследовании органов грудной клетки.

К характерным особенностям болевого синдрома при данной патологии относят усиление боли после еды и в горизонтальном положении тела. Диагноз подтверждается с помощью рентгенологического и эндоскопического методов исследований.

Одним из заболеваний ЖКТ, которое сопровождается болью в грудной клетке, является ахалазия кардии (идиопатическое расширение пищевода). Боль при этой нозологии локализуется в нижней части грудины, носит непродолжительный характер и четко связана с регургитацией пищи (одновременное сочетание боли с отрыжкой). В диагностике основное значение принадлежит фиброга-

строэзофагоскопии и рентгенконтрастному исследованию верхних отделов ЖКТ (задержка бариевой взвеси, значительное расширение пищевода и веретенообразное сужение его в дистальном отделе).

Боль при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистите и острой хирургической патологии иногда может иррадиировать в левую половину грудной клетки, что создает определенные диагностические трудности, особенно если диагноз основного заболевания еще не установлен. Однако в большинстве случаев синдром боли в грудной клетке при этих заболеваниях не является ведущим и не составляет затруднений в установлении причины болей. Эндоскопическое и ультразвуковое исследование органов брюшной полости дополняют данные клинического обследования и позволяют выявить истинную причину болевых ощущений в грудной клетке.

Не следует забывать, что у детей младшего возраста привычка быстро есть или насильственное кормление могут приводить к раздражению пищевода большим комком пищи, в результате чего происходит раздражение болевых рецепторов или спазм пищевода. В данной ситуации дети жалуются на боль за грудиной при кормлении или непосредственно после него.

К общим клиническим особенностям болевого синдрома в грудной клетке при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта у детей относят:

- связь болевого синдрома с приемом пищи;
- наличие дополнительных симптомов, свидетельствующих о поражении желудочно-кишечного тракта (дисфагия, локальные изменения при объективном исследовании органов ЖКТ);
- локализация боли в большинстве случаев в нижних отделах грудной клетки или за грудиной.

Лечение болевого синдрома при заболеваниях органов брюшной полости предусматривает лечебное питание (диета № 1 или 5), подавление избыточной желудочной секреции блокаторами H_2 -рецепторов (циметидин, фамотидин) или блокаторами калий-натриевой помпы (омепразол), снижение активного кислотно-пептического фактора антацидными препаратами и адсорбентами, нормализацию моторной функции метоклопрамидом, стимуляцию регенерации слизистой оболочки с помощью репаративных (солкосерил, трихопол).

Боль в грудной клетке, связанная с неврологическими заболеваниями или с заболеваниями позвоночника

Болевой синдром в области грудной клетки также обуславливается различными неврологическими заболеваниями. В первую очередь, это болезни позвоночника, передней грудной стенки и мышц плечевого пояса; кроме того, различают кардиалгию в структуре психовегетативного синдрома. К вертеброгенным торакальным синдромам относится поражение грудных корешков при грыже межпозвоночного диска, стенозе позвоночного канала, спондило-



Рис. 4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Боковая проекция

листеze и нестабильности, артропатический синдром при дегенеративном поражении дугоотростчатых и реберно-поперечных суставов. Конечно же, частота встречаемости вышеперечисленных состояний в педиатрии намного ниже, чем во взрослом возрасте, однако, по данным литературы, дегенеративные заболевания позвоночника значительно “омолодились”. Вертеброгенные причины боли в грудном отделе позвоночника также включают относительно редко встречающиеся злокачественные новообразования позвоночника (первичные опухоли и метастазы), воспалительные (спондилоартропатии, в том числе анкилозирующий спондилит) и инфекционные поражения (остеомиелит, эпидуральный абсцесс, туберкулез), а также компрессионные переломы тел позвонков.

Рассмотрим наиболее частые патологические состояния, для которых характерна боль в грудной клетке.

Синдром Титце у детей является относительно редким состоянием, характеризующимся наличием неспецифического доброкачественного обратимого болезненного отека в области II (в 60 % случаев) или III реберных хрящей. В 80 % случаев имеется одностороннее поражение, ограничивающееся одним реберным хрящом. Боль обычно хорошо локализована, однако может иррадиировать по всей передней поверхности грудной стенки, а также в надплечье и шею. Покраснение, повышение температуры и другие изменения кожи над областью поражения отсутствуют. Боль обычно регрессирует спонтанно через 2–3 недели, однако нередко беспокоит в течение нескольких месяцев, а резидуальный отек может сохраняться до нескольких лет. Причины его неизвестны, однако у большинства пациентов в анамнезе выявляются предшествующие эпизоды респираторных инфекций, сильного кашля, тяжелой физической нагрузки, а также недостаточное питание.

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) – хронический болевой синдром, при котором в различных областях тела возникает локальная или сегментарная боль. Факторами, способствующими формированию МФБС, являются острое перерастяжение мышцы, наблюдаемое при выполнении “неподготовленного” движения, длительное неправильное положение тела (антифизиологические позы), воздействие высокой или, чаще, низкой температуры, врожденная асимметрия длины ног, тазового кольца, аномалии стопы, нарушения питания или обмена веществ, сопутствующие психологические расстройства (тревога, депрессия, нарушения сна) [15,17].

МФБС большой грудной мышцы характеризуется иррадиацией боли по передней поверхности грудной стенки, медиальной поверхности плеча, в область молочной железы.

МФБС малой грудной мышцы. Боль может напоминать ишемическую боль в миокарде, иррадируя в подключичную область, по медиальной поверхности руки, а также по всей передней поверхности грудной клетки.

Иррадирующая боль в грудной клетке может быть связана с поражением грудного отдела спинного мозга, грудных корешков, межреберных нервов. При опухолевом поражении спинного мозга боль может быть постоянной или рецидивирующей, появляться в покое и уменьшаться

при движении, часто приводит к нарушению сна, заставляя двигаться или спать в вынужденном положении, например, сидя. На фоне постоянных болей часто отмечаются прострелы, провоцирующиеся кашлем или чиханием. Выявляются двигательные и чувствительные нарушения, соответствующие уровню поражения. Кроме того, причинами поражения грудных корешков являются опоясывающий герпес и постгерпетическая невралгия (рис. 5), сахарный диабет, а также переломы грудных позвонков.



Рис. 5. Опоясывающий лишай

Боль в этих случаях, как правило, длительная, интенсивная, локализуется в зоне соответствующего сегмента, носит стягивающий или жгучий характер, часто сопровождается короткими прострелами, может быть ланцинирующей. Боль усиливается ночью и при движениях в грудном отделе позвоночника. Часто выявляются гиперестезия, гипералгезия и гиперпатия в пораженных сегментах. Для уточнения диагноза необходимо проведение рентгенографии, КТ, МРТ грудного отдела позвоночника. При травмах ребер могут поражаться межкостные нервы, что сопровождается острыми поверхностными, жгучими болями в зоне их иннервации. Боль усиливается при вдохе или при движении грудной клетки, напоминая боль при плеврите. Как правило, выявляется небольшой участок сегментарной гипералгезии или гиперестезии, возникающей даже при поражении одного нерва.

Дифференциальная диагностика болевого синдрома при заболеваниях позвоночника и мышц

Особенности течения синдрома мышечно-фасциальной или реберно-позвоночной боли (не висцеральной):

- довольно постоянная локализация боли;
- безусловная связь боли с напряжением соответствующих мышечных групп и положением туловища;
- малая интенсивность болевых ощущений, отсутствие сопутствующих общих симптомов при хро-

ническом течении или четкая обусловленность начала при острой травме;

- четкие данные пальпации, позволяющие идентифицировать патологию: местная болезненность (ограниченная) при пальпации соответствующих мышечных групп, мышечный гипертонус;
- уменьшение или исчезновение боли при различных местных воздействиях (массаж, электрофизиопроцедуры, редко – инфильтрация триггерных зон новокаином или гидрокортизоном).

Синдром радикулярной боли (в т.ч. межреберной невралгии):

- острое начало болезни или обострение при хроническом течении;
- преимущественная локализация боли в зоне соответствующего нервного корешка;
- отчетливая связь с движениями позвоночника (при радикулярной боли) или туловища (при невралгии);
- неврологическая симптоматика шейного или грудного радикулита;
- резкая местная болезненность в местах выхода межреберных нервов.

Боль в грудной клетке психогенного характера встречается у детей чаще, чем диагностируется, и локализуется, как правило, в проекции сердца. Поэтому в литературе этот вид боли описывается зачастую как психогенная кардиалгия. По данным А. М. Вейна и соавт. [Вейн А. М. и др. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М: МИА, 1998.], около 80 % взрослых пациентов на амбулаторных приемах страдают именно от психогенной кардиалгии, у детей распространенность психогенной боли не изучена. Обычно боль определяется в зоне верхушки сердца, прекардиальной области или области левого соска и дети четко указывают на локализацию боли. Психогенная боль имеет различную интенсивность, может быть ноющей, колющей или сжимающей, характеризуется волнообразным течением и сохраняется длительный период времени. Нередко возможна иррадиация боли в плечо или руку. Необходимо учитывать, что многие вегетативные расстройства сочетаются с психогенной кардиалгией в связи с общностью их патогенеза. Поэтому наряду с болью в области сердца такие пациенты могут предъявлять жалобы на чувство нехватки воздуха, ком в горле, неудовлетворенность вдохом, сердцебиение. Также возможны парестезии в дистальных отделах конечностей, обмороки, мышечные судороги и дисфункция ЖКТ. Достаточно часто у таких пациентов отмечаются тревожно-фобические расстройства и панические атаки. Наличие кардиалгий на протяжении длительного периода времени при отсутствии нарушения толерантности к физической нагрузке указывает на высокую вероятность их психогенного характера.

К основным характеристикам психогенных кардиалгий относят:

- преобладание множественной и пролонгированной боли;
- множество сопутствующих жалоб;
- несоответствие объективных клинических симптомов общему “тяжелому” состоянию пациента;
- интенсивность болевых ощущений со слов пациента намного превышает такие, что характерны для данной органической патологии;
- существование не прямой связи между провоцирующим психогенным фактором и развитием или усилением болевого синдрома;
- длительное отсутствие эффекта от проводимой терапии или, наоборот, моментальный эффект от принятого препарата.

Основными принципами лечения психогенной кардиалгии является коррекция психической, вегетативной и соматической сфер каждого конкретного синдрома пациента. Для коррекции психических расстройств с успехом применяется психотерапия: гипноз, поведенческая и аутогенная терапия. При преобладании тревожно-фобических расстройств назначают бензодиазепины (клоназепам и др.), антидепрессанты (амитриптилин и др.), нейролептики (сонапакс). При расстройствах гипервентиляционного или тетанического характера показаны минеральные корректоры (витамин D₃, препараты кальция, магне-В₆). Высокоэффективными признаются методы коррекции дыхательных расстройств (дыхательная гимнастика, физическая культура).

Еще одной нередкой причиной болевого синдрома в области грудной клетки может быть увеличение молочной железы (гинекомастия) у подростков обоего пола.

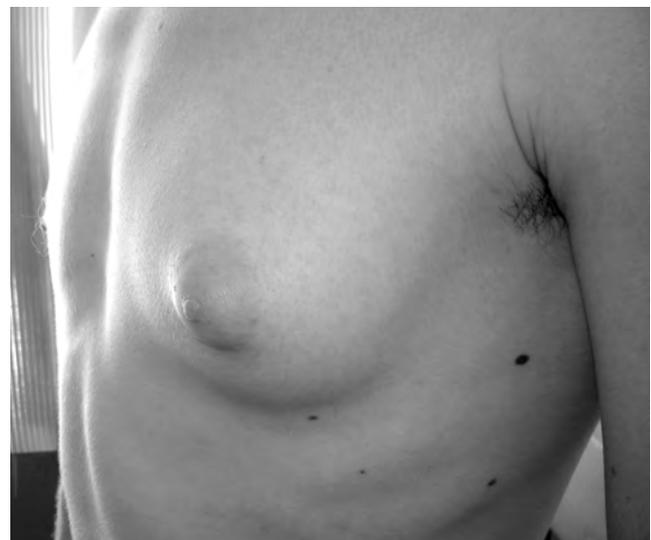


Рис. 6. Увеличение молочной железы (гинекомастия)

Литература

1. Brenner JL, Ringel RE, Berman MA. Cardiologic perspectives of chest pain in childhood: a referral problem? To whom? *Pediatr Clin North Am* 1984;31:1241–58.
2. Fyfe DA, Moodie DS. Chest pain in pediatric patients presenting to a cardiac clinic. *Clin Pediatr (Phila)* 1984;23:321–24.
3. Selbst SM. Chest pain in children. *Pediatrics* 1985; 75:1068–71.
4. Данилов А. Б. Кардиалгии и абдоминалгии. Болевые синдромы в неврологической практике. Под ред. Вейна А. М. – М. : Мед-пресс-информ, 2001. – С. 284–92.
5. Burt KW. Summary statistics for acute cardiac ischemia and chest pain visits to United States Eds, 1995–1996. *Am J Emergency Med* 1999; 17:552–9. 8. Cohn JK, Cohn PF. Chest pain. *Circulation* 2002; 106: 530–1.
6. The American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. text revision (DSM-IV-R). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
7. Kocis KC. Chest pain in pediatrics. *Pediatr Clin North Am* 1999;46:189–203.
8. Tunaoglu FS, Olgunt rk R, Akcabay S et al. Chest pain in children referred to a cardiology clinic. *Pediatr Cardiol* 1995;16:69–72.
9. Smith MS. Psychosomatic symptoms in adolescence. *Med Clin North Am* 1990;7:1121–34.
10. Coleman WL. Recurrent chest pain in children. *Pediatr Clin North Am* 1984;31:1007–26.
11. Anzai AK, Merkin TE. Adolescent chest pain. *Am Fam Physician* 1996;53:1682–88.
12. Selbst SM. Consultation with the specialist. Chest pain in children. *Pediatr Rev* 1997;18:169–73.
13. Woolf PK, Gewitz MH, Berezin S, et al. Noncardiac chest pain in adolescent and children with mitral valve prolapse. *J Adolesc Health* 1991;12:247–50.
14. Alpert MA, Mukerji V, Sabeti M, et al. Mitral valve prolapse, panic disorder, and chest pain. *Med Clin North Am* 1991;75:1119–33.
15. Sabri MR, Ghavanini AA, Haghghat, et al. Chest pain in children and adolescent: epigastric tenderness as a guide to reduce unnecessary work-up. *Pediatr Cardiol* 2003;24:3–5.
16. Selbst SM, Ruddy RM, Clark BJ, et al. Pediatric chest pain: a prospective study. *Pediatrics* 1988;83:319–23.
17. Asnes R, Santulli R, Bemporad J. Psychogenic chest pain in children. *Clin Pediatr* 1981;20:788–91.
18. Царегородцев Л. В. Лечащий врач. Диагностика инфаркта миокарда у детей. – 2004. – №2.

PainMedicine Digest

Досягнення нейромодуляції

Чим довше пацієнт відчуває біль, тим більше він посилюється (поняття відоме як центральна сенсibiлізація). Історично лікарі використовували опіюідні анальгетики з метою лікування хронічного болю – такі препарати, як гідрокодон та оксикодон. На жаль, успішним таке лікування не було.

На сьогодні інтервенційне нехірургічне лікування болю включає аугментативні або абляційні методи.

Абляційна терапія за концепцією схожа на методику створення аберантних провідних шляхів у серці для лікування певних видів аритмій. Аугментативна терапія схожа на дію кардіостимуляторів, що за допомогою електричних імпульсів діють на нервові закінчення. Це є основою нейромодуляції і, що важливіше, стимуляції спинного мозку.

Стимуляція спинного мозку (ССМ) полягає у використанні електродів, вживлених у епідуральний простір для сти-

муляції певних мішеней з метою лікування різноманітних больових відчуттів за допомогою електрики. У ролі методу лікування вона показана для людей, котрі продовжують страждати від болю, незважаючи на попередньо проведене оперативне втручання на хребті, що також носить назву “синдром невдалої операції на хребтовому стовбурі” або “постламінектомічного синдрому”. ССМ також використовується для лікування комплексного регіонарного больового синдрому, невропатологічного захворювання, що може бути результатом значного або незначного ушкодження верхніх або нижніх кінцівок, що створює сукупність симптомів, таких як біль, набряк і гіпералгезія. ССМ також застосовують для лікування інших патологічних процесів.

Враховуючи те, що лікування болю продовжує розвиватися, розвиваються і такі методи, як ССМ.

<http://www.painpathways.org/advances-in-neuromodulation>