

Нетипичная причина боли в грудной клетке у пожилого мужчины

72-летний мужчина поступил в отделение неотложной терапии с жалобами на боль в грудной клетке, возникшую 5 дней назад, которая иррадирует в левую руку. В анамнезе – ишемическая болезнь сердца, 8 лет назад проводилось аортокоронарное шунтирование. Среди сопутствующих заболеваний – сахарный диабет 2 типа, гиперхолестеринемия, хроническая болезнь почек, оперативное вмешательство по поводу рака прямой кишки.

В лабораторных анализах существенных изменений не выявлено, маркеры некроза сердечной мышцы не обнаружены (уровень тропонина в сыворотке крови $< 0,04$ мкг/л). На электрокардиограмме инверсия зубца Т в отведении aVL, элевация сегмента ST в отведении V1 и депрессия сегмента ST в передних и боковых отведениях. Компьютерная томография грудной клетки показала наличие незначительной лимфаденопатии медиастинальных лимфатических узлов. Для исключения ишемической природы симптомов пациенту был проведен тест с физической нагрузкой, показавший минимальные изменения сегмента ST. При осмотре кожных покровов на передней грудной стенке обнаружена сыпь (рис.).



Рис. Фотография передней грудной стенки пациента

Вопросы:

1. Какие четыре жизнеугрожающие состояния необходимо исключить в первую очередь?
2. Какая причина появления боли в грудной клетке у данного пациента?

Ответы на стр. 59.

им: А.А. Богомолова, Вячеслава Григорьевича Передерия и Сергея Михайловича Ткача – не могут не порадовать: менее чем за год ими был создан учебник в 3 томах, количество страниц в котором превышает 3 тысячи! Помимо огромного объема современной информации, представленной авторами, к несомненным достоинствам нового учебника следует отнести живой стиль изложения, тщательный подобранный иллюстрационный материал, простоту и доступность его подачи. Все это делает новый учебник действительно незаменимым как для тех, кто только приступает к изучению азов внутренней медицины, так и для высококвалифицированных врачей и преподавателей медицинских вузов. Сами авторы учебника «Основы внутренней медицины» за многие годы научной, клинической и преподавательской деятельности стали учителями для тысяч студентов и врачей, работавших с ними в клинике, слушавших их лекции и выступления, читавших их блестящие книги, многочисленные монографии и статьи. И вот сегодня у украинских студентов-медиков и практикующих врачей есть возможность с удовольствием и пользой прочесть их новый фундаментальный труд, сделав его авторов своими постоянными «виртуальными наставниками и помощниками» в учебе и последующей клинической работе. Ведь, как часто повторяет студентам профессор Передерий, в процессе обучения

в полном соответствии с утвержденной Министерством здравоохранения Украины новой учебной программой по этой дисциплине для студентов 4, 5, 6-х курсов высших медицинских учебных заведений. В первом томе представлены основы внутренней медицины (актуальность, этиология и патогенез, клинические проявления, диагностические критерии и дифференциальный диагноз, лечение и профилактика) по пульмонологии, гастроэнтерологии, гематологии и эндокринологии, во втором томе – по кардиологии, ревматологии, нефрологии. Во втором томе также изложены некоторые общие вопросы внутренней медицины: основы доказательной медицины и клинической эпидемиологии, первичная и вторичная профилактика внутренних болезней, диагностика и лечение больных пожилого возраста, медицинские последствия ожирения. Третий том руководства «Основы внутренней медицины» наиболее интересен – в нем подробно разбираются принципы дифференциальной диагностики и ведения больных с основными синдромами в клинике внутренней медицины, а также острые и неотложные состояния в терапевтической практике. Таким образом, новый учебник вполне может стать не только настольной книгой для студентов и молодых специалистов, но и настоящей энциклопедией по внутренней медицине для всех врачей-интернистов.



По вопросам приобретения учебника «Основы внутренней медицины» обращайтесь по адресу: г. Киев, бульвар Тараса Шевченко, 17.
Тел. (044) 235-62-35, 235-92-06

исследование придаточных пазух носа при АР покажет отек и пристеночное утолщение; при вазомоторном рините пазухи не изменены, так как набухшие кавернозные тела расположены только в полости носа. Результаты скринингового тестирования на аллергию позволяют даже в условиях ЛОР-кабинета с большой вероятностью подтвердить или исключить АР, однако необходимое дообследование для установления конкретных причин АР должен провести врач-аллерголог. Рекомендации невропатолога при вазомоторном рините будут, конечно, нелишними, однако грамотный оториноларинголог сможет и сам назначить адекватное лечение.

— Каковы особенности течения и терапии АР и заболеваний околоносовых пазух у детей?

С.П. — Примерно с 3–6 лет дети начинают массово страдать аллергическими заболеваниями дыхательных путей. Чаще всего проблема начинается с ринита, позже к нему присоединяется БА, реже наоборот. Симптомы атопического дерматита, если они были, постепенно отступают, и начинают прогрессировать респираторные расстройства.

Дети имеют несколько иные симптомы АР в отличие от взрослых. Прежде всего, они трут нос, могут при этом «салютовать» ладошкой, корчат разные рожицы, двигают носом и губами. За счет этих движений у них появляется поперечная складка на кончике носа. Могут быть отеки под глазами, открытый рот, складчатость носогубных складок, ночной храп, энурез и т. п. Все эти явления происходят за счет нарушения носового дыхания. При АР воспалительный процесс затрагивает не только полость носа, решетчатые клетки и недоразвитые остальные пазухи, но и носоглотку. У детей активно работают глоточная и трубные миндалины. В случае присоединения бактериального воспаления развивается клиника хронического аденоидита, которая чаще всего доминирует. К сожалению, очень трудно дифференцировать характер воспаления — аллергическое или бактериальное. Врач должен провести все необходимые аллергопробы, включая оценку эозинофилии, определение уровня общего IgE, исключение глистных инвазий. Наш опыт показывает, что в несколько раз чаще выявляется аллергическое воспаление.

Подходы к лечению бактериального и аллергического воспаления совершенно разные. На практике можно использовать ТКС (с минимальной биодоступностью) ex juvantibus. Если после 2–3-недельного курса такой терапии есть положительная динамика, следует искать аллергию, в том числе на пищевые аллергены.

Дети хорошо отвечают на специфическую иммунотерапию (СИТ), для них были разработаны лечебные драже с аллергенами для сублингвальной терапии. Пациенты этой возрастной группы должны быть под пристальным вниманием как отоларинголога, так и аллерголога, потому что раннее выявление АР и адекватная терапия могут предотвратить переход процесса в БА, инвалидность и т. д.

— Вы уже затрагивали вопрос о взаимосвязи АР и БА, который в последнее время активно дискутируется. Выполняются ли в нашей стране рекомендации ARIA, предложенные ВОЗ, и как часто в реальной клинической практике пациенты с АР обследуются на наличие БА?

С.П. — Проблема взаимосвязи АР и БА, конечно же, существует. Это единый процесс с несколькими отличными путями реализации ответа на заболевания. На практике очень сложно провести обследование на наличие бронхообструкции. Необходимы определенные знания, опыт, наличие спирографа, специалиста-пульмонолога. Собственно, поэтому Украина занимает одно из последних мест по выявляемости БА

в Европе и лидирует по смертности от этого заболевания. Поздно диагностируем, неправильно лечим, используем преимущественно антибиотики и салбутамол, в результате имеем нередкие случаи смерти от БА в молодом возрасте.

— Как долго с целью противорецидивного лечения можно использовать антигистаминные препараты у пациентов с сезонным АР и каким представителям этого класса следует отдавать предпочтение?

Б.П. — Антигистаминные препараты, а затем ТКС сделали революцию в лечении многих аллергических заболеваний. Однако нужно сказать, что с отменой антигистаминных средств исчезают и их эффекты. Поэтому этот класс препаратов приходится назначать длительно и использовать время их работы для поиска и, по возможности, устранения причин аллергических заболеваний.

Если речь идет об антигистаминных препаратах II и (условно) III поколения, то их можно принимать 2–3 мес без ущерба для здоровья пациентов. Препараты I поколения (димедрол, пипольфен, хлоропирамин) следует применять только для парентерального введения при неотложных состояниях.

— Какие существуют подходы, способствующие снижению риска развития местных и системных осложнений при длительной терапии ТКС?

С.П. — Длительный прием назальных кортикостероидов (короткий курс при АР не используется), конечно, не может не сказаться на состоянии слизистой оболочки полости носа. Описаны случаи развития атрофии, перфорации носовой перегородки, снижения обоняния и других негативных последствий. Для улучшения эффекта от применения топических стероидов их желательно наносить на очищенную слизистую оболочку полости носа. Направлять струю спрея необходимо на латеральную стенку носа, а не на носовую перегородку. Правильное применение лекарственного средства позволяет минимизировать негативное влияние струи аэрозоля, а увлажнение слизистой оболочки способствует сохранению ее защитных свойств.

Для исключения негативного системного действия ТКС необходимо пользоваться хорошими препаратами с минимальной биодоступностью, которые разрешены даже детям с 2–4 лет. При применении низких или средних терапевтических доз их можно использовать весьма длительно (месяцами или даже годами, лучше — делая перерывы).

— Какой является оптимальная схема назначения ТКС у пациентов с интермиттирующим и персистирующим АР? И какова дальнейшая тактика терапии пациентов с АР, которые не отвечают на лечение адекватными дозами ТКС?

Б.П. — Как правило, ТКС назначается 2 раза в день (утром и вечером) по 2 впрыскивания в каждую ноздрю. Через 2–3 нед (ранее ожидать эффекта от лечения не следует), если наступает улучшение, можно уменьшить дозу до 1 впрыскивания в каждую ноздрю и продолжать лечение еще 2–3 нед до наступления ремиссии, постепенно переходя на интермиттирующее лечение (несколько раз в неделю) до отмены препарата. При появлении первых признаков ухудшения состояния (обычно — легкой заложенности носа) следует возвратиться к минимальным дозам ТКС.

Если оригинальные препараты ТКС не дали эффекта в течение 3 нед, рекомендуется провести эндоскопическое исследование носа на предмет выявления анатомических изменений или вообще пересмотреть диагноз.

— Какие негативные последствия имеет терапия сосудосуживающими препаратами и как их можно предотвратить?

С.П. — Проблемы, возникающие при применении местных сосудосуживающих средств, проявляются местными симптомами и общетоксическим действием препаратов. Схожие эффекты на организм оказывают и системные деконгестанты.

Местные симптомы проявляются: — преходящим ощущением жжения, сухости в полости носа и носоглотки; — синдромом «рикошета»; — нарушением вегетативной регуляции сосудов и желез полости носа с развитием назальной гиперреактивности, медикаментозного ринита; — угнетением секреторной функции и микроциркуляции, развитием атрофического ринита.

Отрицательным фактором применения местных сосудосуживающих средств является высушивание слизистой оболочки носа. За счет анемизации сокращается выработка секрета, замедляются движения ресничек мерцательного эпителия, затрудняется самоочищение пазух носа. Это побочное действие часто является причиной развития бактериального процесса в околоносовых пазухах. Серьезной проблемой является развитие медикаментозной зависимости, механизм которой связан с возникновением рефрактерности сосудов слизистой оболочки носа к адrenomimetикам и вторичной назальной вазодилатацией. Клинически медикаментозный ринит характеризуется повторным появлением гиперемии и отека слизистой носа с нарушением носового дыхания и заложенности, несмотря на проводимую терапию. Развитие данного осложнения чаще встречается при использовании препаратов короткого действия.

В числе общего действия местных сосудосуживающих средств и системных деконгестантов можно отметить сужение всех кровеносных сосудов и стимулирование центральной нервной системы в виде появления признаков нервозности, раздражительности, беспокойства и бессонницы. Возможные побочные проявления в результате системной вазоконстрикции включают повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокращений, нарушение сердечного ритма, сердцебиение. К заболеваниям, которые могут усугубиться при приеме симпатомиметиков, относятся гипертония, сердечные заболевания, сахарный диабет и гипертиреоз. В свою очередь, стимуляция деконгестантами альфа-адренергических рецепторов может приводить к сокращению мочевого сфинктера, препятствуя оттоку мочи у мужчин, а стимуляция альфа-адренергических рецепторов глаза вызывает слабое расширение зрачка и повышение внутриглазного давления из-за сужения угла передней камеры глазного яблока (при закрытоугольной глаукоме этот эффект минимален).

— Расскажите о применении моноклональных антител против IgE и антилейкотриенов в лечении АР и заболеваний околоносовых пазух.

Б.П. — С моей точки зрения, препараты моноклональных антител против IgE гораздо более показаны при сезонном и круглогодичном АР, нежели при тяжелой БА, как это сегодня рекомендует GINA последнего пересмотра. Есть ряд работ зарубежных авторов, поддерживающих такое мнение, и работы отечественного аллерголога Е.М. Дитятковской, имеющей собственный научный опыт.

С.П. — Украинские оториноларингологи пока не имеют опыта применения этих препаратов, так как они только поступают в продажу. Кроме того, их использование ограничивается достаточно высокой стоимостью.

Подготовила **Ольга Татаренко**

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Нетипичная причина боли в грудной клетке у пожилого мужчины

Ответы. Вопросы на стр. 44.

Ответы:

1. Острый коронарный синдром, эмболия легочной артерии, диссекция аорты, напряженный пневмоторакс.
2. У пациента опоясывающий лишай, возникший в результате реактивации вируса ветряной оспы (VZV).

Обсуждение

Herpes zoster, или опоясывающий лишай, — это заболевание, возникающее в результате реактивации VZV. Первично VZV вызывает ветряную оспу. Полностью освободиться от вируса организму человека не удается, и после исчезновения кожных проявлений ветряной оспы вирус переходит в латентное состояние, продолжая свое существование в нервных ганглиях. Причины реактивации вируса окончательно не известны; предполагается роль снижения клеточно-опосредованного иммунного ответа с возрастом и различных иммунозависимых заболеваний. Опоясывающий лишай — довольно распространенное заболевание, поражающее четвертую часть людей в течение их жизни и приблизительно половину лиц старше 80 лет.

В начале заболевания возможно наличие продромального периода, проявляющегося гриппоподобными симптомами. Затем появляется ощущение жжения и покалывания на участке кожи по ходу пораженного нерва. Степень выраженности боли во время острого эпизода заболевания может варьировать, возникает аллодиния (ощущение выраженной боли при безболезненном в норме воздействии). У большинства пациентов через несколько дней на коже появляется эритематозная сыпь, как правило, расположенная на одной половине тела, не пересекая срединной линии. Вскоре на коже появляются везикулы и образуются корки.

Лечение направлено на снижение тяжести и длительности острой стадии заболевания, а также на уменьшение риска развития осложнений. Применяются анальгетики в комбинации с пероральными противовирусными препаратами, такими как фамцикловир и валацикловир, которые блокируют репликацию вируса. Пероральная противовирусная терапия эффективна только в течение первых 72 ч от момента появления сыпи. Постгерпетическая невралгия осложняет течение 9% случаев заболевания. Факторами, повышающими риск развития данного состояния, являются пожилой возраст и снижение иммунной функции организма на фоне различных заболеваний. Выраженность болевого синдрома и кожных проявлений не ассоциируются с повышенным риском развития постгерпетической невралгии.

В Европе в настоящее время зарегистрированы две живые ослабленные вакцины против VZV. Однако среди Европейских стран только в Германии вакцинация против VZV проводится на государственном уровне, тогда как в США она входит в список рекомендованных вакцин с 1995 г.

Student BMJ 2009; 17: b489

Подготовила **Ольга Татаренко**