

**А.В. Катилів**, к.м.н., кафедра педіатрії №1, **Д.В. Дмитрієв**, кафедра хірургії з курсом анестезіології, **Е.Ю. Дмитрієва**, кафедра рентгенології, **А.В. Мазулов**, Вінницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

# Синдром болю в грудній клітці у дітей

**Синдром болю в грудній клітці у дітей** є частим причиною звернення за медичною допомогою до лікарів різних спеціальностей. Знання основних нозологічних форм, супроводжуваних болем в грудній клітці, дозволяє упростити алгоритм диференціальної діагностики цього синдрому.

Болю в грудній клітці можуть бути обумовлені різними патологічними станами як органів самої грудної клітки, так і інших органів і систем (отражені болю). В цілому біль в грудній клітці у дітей рідко пов'язаний з загрозливою життю патологією, тем не менше вона є важливим симптомом великого числа захворювань дитячого віку. Слід врахувати, що на практиці діти називають біль в грудній клітці не тільки власне біль, а й практично будь-яке відчуття дискомфорту в області грудей, тиск і навіть удусь. Біль може тривати декілька секунд або не проходити дні і тижні, з'являтися часто або рідко, мати виражену або помірну інтенсивність. По даним літератури, основними причинами болю в грудній клітці у дорослих є захворювання серця, в тому числі патологія коронарних артерій (31% випадків); захворювання шлунково-кишкового тракту (ЖКТ) (42% випадків); скелетно-м'язові порушення (28% випадків); органічні невротичні і паничні атаки. Традиційно в вітчизняній літературі всі болю в грудній клітці в залежності від причинного фактора поділяють на серцеві і несерцеві. Однак в педіатричній практиці подібне розділення не виправдовує себе в зв'язку з рідкістю наявності у дітей ішемічного механізму в виникненні болювого синдрому. В відміння від головної болю і болю в животі діти в стані досить чітко вказують на локалізацію болю в грудній клітці. С метою спрощення алгоритму диференціальної діагностики болю в грудній клітці з нашої точки зору зручно розділити цей синдром на наступні складові:

- біль в області серця;
- біль в спині;
- біль в інших відділах грудної клітки.

## Біль в області серця

В відміння від дорослих у пацієнтів дитячого віку біль в області серця достатньо рідко є наслідком безпосереднього ураження серця. В першу чергу це пов'язано з патогенезом виникнення серцевої болю. Основною причиною кардіальної болю прийнято вважати тимчасову або тривалу ішемію міокарда, достатньо рідко зустрічається при більшості захворювань серцево-судинної системи у дітей. Серцева біль частіше має стискаючий або тиснучий характер, локалізується за грудиною і може іррадіювати в ліву руку, шию, нижню щелесть або епігастральну область. Серцева біль не змінює своєї інтенсивності при глибокому вдиху або видиху, не залежить від положення тіла або рухів, може супроводжуватися порушенням ритмічності пульсу, падінням або підвищенням артеріального тиску і, як правило, триває короткий проміжок часу (до 15-20 хвилин). Ішемічна серцева біль провокується фізичною навантаженням, переохолодженням, обильним прийомом їжі, емоційним стресом, проходить в спокій. Таким чином, істинна серцева біль ішемічного генезу, столь характерна для стенокардії і інфаркту міокарда у дорослих, не є актуальною в дитячій популяції.

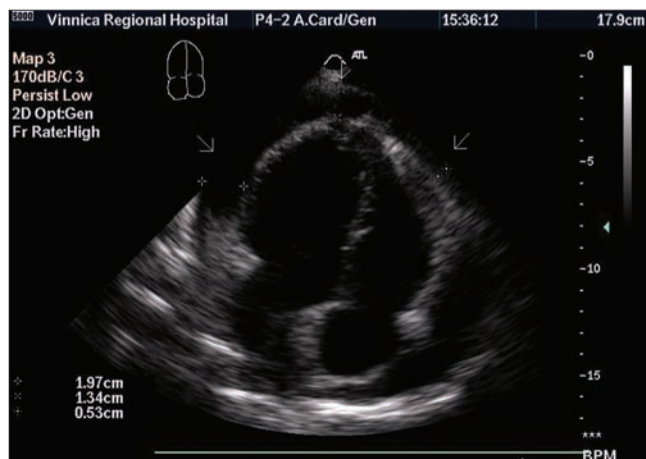
Інфаркт міокарда (ІМ) дуже рідко, але все ж зустрічається і у дітей. Якщо у дорослих основною причиною ІМ є атеросклеротичне ураження коронарних артерій, то у дітей найбільш частими його причинами є запальні захворювання і вроджені аномалії коронарних артерій. Атеросклероз коронарних артерій у дітей практично не зустрічається, за винятком випадків сімейної гіперліпідемії. Клінічна картина ІМ у дітей схожа з такою у дорослих. Найбільш частим захворюванням серця у дітей є міокардит.

Міокардит може виникати на фоні багатьох інфекцій і в більшості випадків має вірусну етіологію. Аутоімунні, токсичні і інші види міокардитів зустрічаються рідко. У дітей з міокардитом можливі скарги на біль в грудній клітці, але відзначаються вони достатньо рідко і, як правило, мають

тимчасовий і не інтенсивний характер, котрий безпосередньо пов'язаний з обсягом і глибиною ураження міокарда. Клінічно значимий біль в області серця спостерігається при обширних міокардитах. На перший план виступають скарги на підвищену втомлюваність, слабкість, одышку і серцебиття. При клінічному обстеженні визначаються блідість або ціаноз, слабкий пульс, похолодіння кінцівок, розширення меж відносної серцевої тупости, тахікардія, підвищення температури тіла субфебрильного характеру; можливі набутки і гепатомегалія. В будь-якому випадку тяжкість стану обумовлюється ступенем серцевої недостатності. Довготривалий біль в області серця не є характерним для міокардитів у дітей. Зміни на електрокардіограмі (ЕКГ) виявляються у більшості пацієнтів з міокардитом навіть при відсутності симптомів захворювання; діагностичними ЕКГ-ознаками є синусова тахікардія, патологічні зміни зубця Т і сегмента ST, зниження вольтажу зубців, порушення ритму і провідності.

Біль в грудній клітці – найбільш поширений скарга при перикардиті. Останній характеризується запаленням серцевої оболонки, супроводжується накопиченням фібріну в листках перикарда і випотом в порожнину перикарда ексудату, і частіше є ускладненням різних захворювань внутрішніх органів. Біль при перикардиті локалізується за грудиною, носить однорідний характер і описується як гострий. Біль посилюється при глибокому диханні або кашлі, в положенні лежачи, при поворотах туловища. Як правило, біль при перикардиті не пов'язаний з фізичною навантаженням. Можлива іррадіація болю в шию, область живота. У пацієнтів можуть спостерігатися ціаноз, одышка, лихоманка, виражена слабкість, адинамія, артеріальна гіпотензія. Поява додаткових симптомів залежить від течії основного захворювання. В діагностиці перикардиту допомагає наявність шуму тріння перикарда, котрий відзначається більш ніж у 50% пацієнтів. Шум може бути тимчасовим і змінювати свою інтенсивність протягом доби, що пов'язано з характером ексудату і його кількістю. Шум не проводиться і краще вислушується вздовж нижньої частини лівої грудної клітки і на верхівці, посилюється при нахилі туловища вперед, не пов'язаний з фазами дихання і займає обидві фази серцевого циклу (систолу і діастолу). На ЕКГ визначаються типові ознаки гострого перикардиту: підйом сегмента ST і депресія PQ; аритмія і порушення провідності в відміння від міокардитів відзначаються рідко.

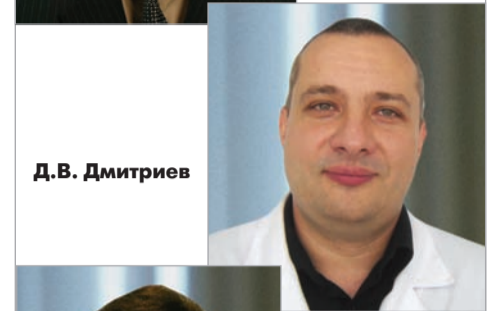
Найбільш інформативним методом в діагностиці перикардиту є двохмерна ехокардіографія (ЕхоКГ), що дозволяє виявити не тільки випот, а й його розподіл, приблизний обсяг і вплив на гемодинаміку. К ЕхоКГ-ознакам ексудативного перикардиту належить наявність вільної (негативної) області між листками перикарда, котра візуалізується на рівні шлунків,



**Рис. 1.** Перикардит. Стрілки вказують на рідину, котра оточує шлунки



**А.В. Катилів**



**Д.В. Дмитрієв**



**Е.Ю. Дмитрієва**

при великій кількості – і на рівні передсердь (рис. 1).

Біль в серці для більшості вроджених пороків серця (ВПС) не характерна. При об'єктивному дослідженні на перший план виступають зниження толерантності до фізичних навантажень, одышка, обморочки, ціаноз або блідість шкірних покривів, набутки і др. В частині, при ВПС біль в серці може відзначатися при стенозі аорти, аномальному відході лівої коронарної артерії від легочної артерії, транспозиції магістральних судин і інших «синіх» пороках. Біль при ВПС, як правило, виникає при фізичній навантаженні або після нього, має ноючий характер і гіпоксичний генез. Вона носить неішемічний характер і обумовлена або хронічною гіпоксією міокарда, або несумісним коронарним кровообігом при систолічній перевантаженні. Але частіше ВПС тривале час протікає безсимптомно.

Загрудинний біль може мати місце при наявності подвійної дуги аорти внаслідок здавлення їжі і трахеї. Цей біль супроводжується приступами удусь або ціанозом, осиплістю голосу і часто пов'язаний з актом глотання.

В цілому слід врахувати, що при серцевій патології у дітей біль не носить характер моносимптому, а обов'язково поєднується з симптомами серцевої недостатності. Таким чином, основними особливостями істинної болю серцевого генезу у дітей є:

- виникнення при фізичній навантаженні або невіддалено після нього;
- відсутність зв'язку з положенням тіла;
- відсутність зв'язку з фазами дихання і кашлем;
- поєднання болювого синдрому з одышкою, ціанозом або блідістю шкіри, серцебиттям.

## Біль при захворюваннях органів дихання

Слід відзначити, що болювий синдром при захворюваннях легких у дітей зустрічається нечасто і не є ведучим клінічним ознакою. К більш специфічним симптомам належать кашель, виділення мокрот, одышку, кровохаркання, ціаноз, підвищення температури тіла і ознаки інтоксикації.

Враховуючи відсутність болювих рецепторів в легочній тканині, пневмонії не супроводжуються болем в грудній клітці за винятком випадків вторинного вовлечення парієтальної плевири в запальний процес. Подібна ситуація виникає виключно при долевих пневмоніях (крупозна пневмонія), коли відзначається контактування великої площини щільної легочної тканини з болювими рецепторами плевири. Біль носить колючий характер і посилюється при глибокому вдиху і кашлі, може іррадіювати в область живота. По даним літератури, болювий синдром при долевої пневмонії відзначається в 96% випадків. При сегментарних пневмоніях біль відзначається значно рідше і, як правило, спостерігається при вовлеченні в патологічний процес сегментів нижніх долей легких. Очагові пневмонії протікають без болювого синдрому



в связи с незначительным объемом поражения при данной форме заболевания и отсутствием контакта с рецепторами плевры.

Боль в грудной клетке при абсцессах легких у детей наблюдается нечасто и возникает в случае расположения очага поражения субкортикально. Боль интенсивная, резко усиливается при кашле, глубоком дыхании и в горизонтальном положении тела. 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, то есть возникают одновременно с пневмонией, и достаточно редко развиваются 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 руки, обусловленная раздражением плечевого сплетения или поражением пристеночной плевры верхних отделов легких. Иррадиация боли в живот или шею, а также боль при глотании могут наблюдаться при диафрагмальном плеврите.

При диагностике парапневмонического плеврита ориентируются на наличие характерного болевого синдрома, лихорадки, признаков интоксикации, шума трения плевры. Болевой синдром при фибринозном плеврите у детей редко длится более 3-4 дней. Исчезновение боли обусловлено исчезновением фибринозного плеврита или 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 отсутствуют, реже наблюдается узкая плевральная полоска на периферии грудной клетки у внутренней поверхности ребер за счет наличия фибринозных наложений на плевре (рис. 2).



Рис. 2. Сухой междолевой плеврит. Стрелкой указана плевральная полоска

Ранним рентгенологическим признаком развития экссудативного плеврита незначительного объема является тупой реберно-диафрагмальный угол, что клинически сопровождается исчезновением боли в грудной клетке. Изменения при сухом плеврите по данным ультразвукового исследования чаще всего отсутствуют. В «зоне интереса» (область максимальной боли в грудной клетке, рентгенологические признаки 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 данной патологии обусловлен раздражением париетальной плевры в результате спонтанного разрыва субплеврально расположенных булл и коллабированием легочной ткани легкого. 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 сут. При объективном обследовании определяются 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).



Рис. 3. Пневмоторакс

По данным литературы, боль в грудной клетке у взрослых сопровождается опухолевое поражение легких и средостения (от 50% до 88% случаев). У детей распространенность онкопатологии органов грудной клетки на порядок ниже. 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 прорастании их опухолью. Характер боли различный (тулая, ноющая, давящая, жгучая, сверлящая) и 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, 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);
- преимущественно ограниченную, без тенденции к иррадиации, локализацию боли.

#### Боль при заболеваниях органов брюшной полости

В подавляющем большинстве случаев болевого синдрома в грудной клетке, причиной которого являются заболевания ЖКТ, носит отраженный характер. Тем не менее такие заболевания, как эзофагит, пороки развития диафрагмы (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и диафрагмальная грыжа), проявляются именно болью в грудной клетке, а не в брюшной полости.

При эзофагите боль ощущается в виде постоянного жжения, локализуется за грудиной и усиливается при глотании, особенно при приеме грубой пищи и горячих напитков. Эзофагит разделяют на острый и хронический. 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 ставят при помощи фиброгастроэзофагоскопии, при которой выявляют гиперемию слизистой оболочки или эрозии пищевода.

Боль при грыже пищеводного отверстия диафрагмы (рис. 4) локализуется в области сердца или нижней части грудины. Интенсивность болевого синдрома напрямую зависит от объема грыжи. Грыжи малых и средних размеров в большинстве случаев не сопровождаются болью и могут быть диагностической находкой при рентгенологическом обследовании органов грудной клетки.



Рис. 4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Боковая проекция

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 исследования.

Одним из заболеваний ЖКТ, сопровождающихся 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 фиброгастроэзофагоскопии 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 установление его причины не представляет трудности. Эндоскопическое и ультразвуковое исследование органов брюшной полости дополняют данные клинического обследования, которые 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 большим комком пищи пищевода, в результате которого 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 ЖКТ у детей относят:

- связь болевого синдрома с приемом пищи;
- наличие дополнительных симптомов, свидетельствующих о поражении ЖКТ (дисфагия, локальные изменения при объективном исследовании органов ЖКТ);

Продолжение на стр. 58.



А.В. Катилів, к.м.н., Д.В. Дмитриев, Е.Ю. Дмитриева, А.В. Мазулов,  
Винницький національний медичний університет ім. Н.І. Пирогова

## Синдром боли в грудной клетке у детей

Продолжение. Начало на стр. 56.

• локализацию боли в большинстве случаев в нижних отделах грудной клетки или за грудиной.

Лечение болевого синдрома при заболеваниях органов брюшной полости предусматривает диетическое питание (диета № 1 или № 5), подавление избыточной желудочной секреции блокаторами H<sub>2</sub>-рецепторов (циметидином, фамотидином) или блокаторами калий-натриевой помпы (омепразолом), снижение активного кислотно-пептического фактора антацидными препаратами и адсорбентами, нормализацию моторной функции метоклопрамидом, стимуляцию регенерации слизистой оболочки с помощью репаративных.

### Боль в грудной клетке, связанная с неврологической патологией или заболеваниями позвоночника

Болевой синдром в области грудной клетки также может быть обусловлен различными неврологическими заболеваниями, в первую очередь патологией позвоночника, передней грудной стенки и мышц плечевого пояса; кроме того, различают кардиалгию в структуре психовегетативного синдрома. К вертеброгенным торакалгическим синдромам относится поражение грудных корешков при грыже межпозвоночного диска, стенозе позвоночного канала, спондилолистезе и нестабильности позвонков; артропатический синдром при дегенеративном поражении дугоотростчатых и реберно-поперечных суставов. Конечно же, частота встречаемости вышеперечисленных состояний в педиатрии намного ниже, чем во взрослой популяции, однако, по данным литературы, дегенеративные заболевания позвоночника значительно «помолодели». 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 имеет место 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 нед, 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 мышц, 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, нарушение сна). МФБС большой грудной мышцы характеризуется иррадиацией боли по передней поверхности грудной стенки, медиальной поверхности плеча, в области молочной железы.

Боль при МФБС малой грудной мышцы 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 чиханьем. Выявляются двигательные и чувствительные нарушения, соответствующие уровню поражения.

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; усиливается ночью и при движениях в грудном отделе позвоночника. Часто выявляются гиперестезия, гипералгезия и гиперпатия в пораженных сегментах. Для уточнения диагноза необходимо проведение рентгенографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии 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 движении грудной клетки, напоминая боль при плеврите. Как правило, даже при поражении одного нерва выявляется небольшой участок сегментарной гипералгезии или гиперестезии.

### Дифференциальная диагностика болевого синдрома при заболеваниях позвоночника и мышц

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

- довольно постоянная локализация боли;
- безусловная связь боли с напряжением соответствующих мышечных групп и положением туловища;
- малая интенсивность болевых ощущений, отсутствие сопутствующих общих симптомов при хроническом течении или четкая обусловленность начала при острой травме;
- четкие данные пальпации, позволяющие идентифицировать патологию (ограниченная местная болезненность при пальпации соответствующих мышечных групп, мышечный гипертонус);
- уменьшение или исчезновение боли при различных местных воздействиях (массаже, электрофизиопроцедурах, реже — инфильтрации триггерных зон новокаином или гидрокортизоном).

Для синдрома радикулярной боли (в том числе межреберной невралгии) характерно:

- 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 зачастую описывается как психогенная кардиалгия. По данным А.М. Вейна и соавт., 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 ее локализацию. 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 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 характерную 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 препарата.

Основным принципом лечения психогенной кардиалгии является коррекция психической, вегетативной и соматической сфер каждого конкретного 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 (тиоридазин). При расстройствах гипервентиляционного или тетанического характера показаны минеральные корректоры (витамины D<sub>3</sub>, B<sub>6</sub>, препараты кальция, магния). Высокоэффективными признаются методы коррекции дыхательных расстройств (дыхательная гимнастика, физическая культура).

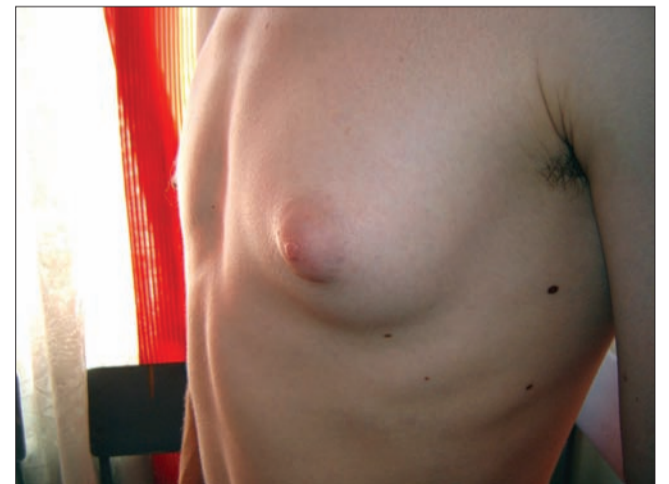


Рис. 6. Увеличение молочной железы (гинекомастия)

Еще одной нередкой причиной болевого синдрома в области грудной клетки может быть увеличение молочной железы (гинекомастия) у подростков обоего пола (рис. 6).

Список литературы находится в редакции.