

SCI-CONF.COM.UA

SCIENCE AND INNOVATION OF MODERN WORLD



**PROCEEDINGS OF IV INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
DECEMBER 21-23, 2022**

**LONDON
2022**

SCIENCE AND INNOVATION OF MODERN WORLD

Proceedings of IV International Scientific and Practical Conference

London, United Kingdom

21-23 December 2022

London, United Kingdom

2022

UDC 001.1

The 4th International scientific and practical conference “Science and innovation of modern world” (December 21-23, 2022) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2022. 753 p.

ISBN 978-92-9472-194-5

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Science and innovation of modern world. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference. Cognum Publishing House. London, United Kingdom. 2022. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/iv-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-science-and-innovation-of-modern-world-21-23-12-2022-london-velikobritaniya-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: london@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2022 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2022 Cognum Publishing House ®

©2022 Authors of the articles

12.	Каньовська Л. В., Докійчук Н. Ф.	85
	СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ КРОНА	
13.	Каньовська Л. В., Дутка Д. А., Краснопортко Ю. О.	91
	ПНЕВМОНІЇ: ЛІКУВАННЯ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ У IV ГРУПИ ХВОРИХ	
14.	Карнаух Е. В., Шокало І. В., Шальнова О. І., Коробко Е. Ю.	96
	СИТУАТИВНА ТРИВОЖНІСТЬ СТУДЕНТСТВА ЯК ПРОЯВ ПСИХО-СОЦІАЛЬНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В РЕАЛІЯХ СЬОГОДЕННЯ УКРАЇНИ	
15.	Костенко С. Б., Гнєушева О. О.	107
	АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ КАРІОЗНИХ ТА НЕКАРІОЗНИХ ПАТОЛОГІЙ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	
16.	Марченко А. С., Нгуєн Хаї Данг, Дяденко А. В.	114
	СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ АТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ПІД ЧАС ВІЙНИ	
17.	Марченко А. С., Радєвіч Є. В.	117
	РОЛЬ НУТРИТИВНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ В ПАЛІАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ	
18.	Марченко А. С., Долик А. А., Яхно Я. А.	122
	ОБІЗНАНІСТЬ І НЕПРАВИЛЬНЕ СПРИЙНЯТТЯ ХОСПІСНОЇ ТА ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ	
19.	Михайличенко Б. В., Біляков А. М., Личман Т. В.	125
	ОСОБЛИВОСТІ ІДЕНТИФІКАЦІЇ НЕВІДОМИХ ЗАГИБЛИХ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВИХ ДІЙ В УКРАЇНІ	
20.	Нечипуренко О. М.	130
	КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПОВТОРНІ ЕПІЗОДИ ГОСТРИХ РЕСПІРАТОРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ПОРУШЕННЯМ ПОСТАВИ	
21.	Печеряга С. В., Плиська Т. І.	138
	ВЕДЕННЯ СЕЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	
22.	Приймак С. Г., Клещук А. А.	144
	ЧАСТОТА ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ ГЕСТАЦІЙНОГО ДІАБЕТУ	
23.	Свириденко В. В., Гайдаманчук П. С.	147
	ВІДНОВЛЕННЯ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ЛЮДИНИ ЗА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ	
24.	Тимошина О. В., Єременко А. В., Юрченко А. О., Конюшевська А. А.	158
	ПОЛОГОВІ ТРАВМИ. ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ	
25.	Шумко Г. І., Швець О. В.	162
	ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА БОЛЮ У ГРУДНІЙ КЛІТЦІ	

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ТА ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА БОЛЮ У ГРУДНІЙ КЛІТЦІ

Шумко Галина Іванівна,

к.мед.н., доцент кафедри

внутрішньої медицини,

клінічної фармакології та професійних хвороб

Швець Орест Васильович,

Студент

Буковинський державний медичний університет

Чернівці, Україна

Анотація. Біль у грудній клітці – це універсальний симптом для широкого спектра захворювань внутрішніх органів, нервової і кровоносної системи, а також патології опорно-рухового апарату. Встановлено, що до 40 % людей будь-коли відчували біль в грудях впродовж життя. Останніми роками до лікарів звертаються від 25 до 40 % пацієнтів з болем в грудній клітці. Серед них 25 % – це ургентні госпіталізації, 5 - 10 % – звернення до відділень невідкладної допомоги, 1 % – звернення до сімейних лікарів.

У грудній клітці знаходяться життєво важливі органи, тому біль даної локалізації часто є основним симптомом ряду загрозливих життю людини захворювань, що обумовлює необхідність диференційної діагностики небезпечних станів, а також своєчасну та адекватну їх корекцію. Найбільш небезпечні для життя причини пов'язані з серцево судинною та дихальною системами.

Ключові слова: кардіалгія, міокардит, інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, нейроциркуляторна дистонія, пневмоторакс.

Больовий синдром у грудній клітці може бути зумовлений різними причинами та захворюваннями. Оскільки прогностично найважливішими причинами виникнення болю в грудній клітці є захворювання серцево судинної

системи, першочергово слід проводити диференційну діагностику саме серед них.

Кардіалгії характеризують колючими, пекучими, ниючими, стискаючими та іншого характеру болючими відчуттями в ділянці серця. Вони можуть іррадіювати у ліву половину грудної клітки, ліву руку та ліву лопатку. Біль може швидко минати, бути нетривалим (хвилини, години) або ж досить тривалим (дні, тижні, місяці).

Часто біль у грудях класифікують на: типову стенокардію, атипову стенокардію та некардіальний біль. Біль за грудиною стискаючого характеру, що віддає в нижню щелепу, ліву руку і лопатку; виникає при фізичних навантаженнях, дії стресових чинників чи у стані спокою; триває від кількох хвилин до 15 хвилин; проходить упродовж кількох хвилин після припинення дії провокуючих факторів або прийому нітратів; характерний для типової стенокардії [1, 4].

У разі інфаркту міокарда біль за грудиною іррадіює у ліву половину шиї, нижню щелепу, ліву руку, ліву лопатку, триває більше 15 - 20 хвилин та не усувається прийомом нітрогліцерину. Супроводжується блідістю, холодним потом, нудотою, блюванням, артеріальною гіпотонією, страхом смерті. Діагноз встановлюють на підставі даних електрокардіограми (ЕКГ) та вмісту у крові маркерів пошкодження міокарда (тропонінів Т і І). Ехокардіографічними ознаками при інфаркті є зниження фракції викиду лівого шлуночка, локальні гіпо- та акінези міокарда [3, 5].

Для больового синдрому при міокардитах різного генезу характерний біль за грудиною тупого, ниючого або колючого характеру. Він досить тривалий, не пов'язаний із фізичним навантаженням та не зникає після прийому нітрогліцерину. Диференційно - діагностичне значення має зв'язок захворювання з інфекцією або впливом токсичної речовини з відповідними лабораторними змінами в цей період. На ЕКГ спостерігаються неспецифічні зміни сегмента ST і зубця Т. Характерним є їх поступове формування і зворотна динаміка впродовж декількох днів, на відміну від ішемії, коли нормалізація

графіки ЕКГ спостерігається через 2 - 10 хвилин після початку нападу [2].

При гіпертрофічній кардіоміопатії больові відчуття не настільки пов'язані з фізичним навантаженням, як при ішемічній хворобі серця (ІХС) та можуть зменшуватись у разі холодної погоди. У такого хворого будуть спостерігатися явища серцевої недостатності, а на рентгенограмі та ехокардіографії буде збільшення розмірів серця за рахунок гіпертрофії або дилатації [2, 3].

Больовий синдром при гострому перикардиті зумовлений головним чином запаленням парієтальної плеври. Він зазвичай яскраво виражений при інфекційних перикардитах і має значно нижчу інтенсивність або взагалі відсутній при асептичних. Характерними є локалізація болю за грудиною в нижній її частині, наявність пульсуючого болю в ділянці епігастрію та лівого плеча внаслідок подразнення діафрагмального нерву. Характер болю тупий, монотонний, може тривати годинами й навіть днями. Внаслідок залучення у запальний процес плеври, він може посилюватись при глибокому диханні, ковтанні, кашлі, рухах і в положенні лежачи та зменшуватись в положенні сидючи з нахилом тулуба вперед. При об'єктивному обстеженні хворий знаходиться в положенні з нахиленим вперед тулубом, спостерігається задишка, набухання шийних вен що посилюється на вдосі. При аускультатії чути шум тертя плеври, а іноді й перикарда, тони серця різко ослаблені. На ЕКГ виявляється зниження вольтажу зубців, конкордантний підйом сегмента ST дугою донизу. Диференційно - діагностичне значення мають ознаки основного захворювання, ускладненням якого є перикардит. Слід мати на увазі, що асептичний перикардит може бути ускладненням інфаркту міокарда [3, 4, 6].

Клапанні вади серця також супроводжуються больовими відчуттями в грудній клітці, особливо при аортальному стенозі де біль має характер стенокардитичного (внаслідок зменшення кровонаповнення коронарних судин). Діагноз підтверджують на основі характерних шумів, а також електрокардіографічних, рентгенографічних, ехокардіографічних ознак гіпертрофії відповідних відділів серця та патології клапанного апарату [5].

Біль при розшаровуючій аневризмі аорти виникає внаслідок тиску

утвореної під інтимою гематою на нервові закінчення, що знаходяться в адвентиційному шарі. Він локалізується за грудниною та іррадіює у спину (іноді шию, живіт та ноги). На відміну від тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) та інфаркту міокарда біль не супроводжується серцевою або дихальною недостатністю. Може спостерігатися неоднаковий пульс на каротидних, променевих і стегнових артеріях. Артеріальний тиск часто підвищений і, як і пульс, не однаковий на обох руках. Важливе диференційно - діагностичне значення мають ознаки аортальної недостатності, насамперед при аускультації. Діагноз встановлюють за візуалізації розшарування аорти при виконанні ехокардіографії серця, а краще черезстравохідної та магнітно - резонансної томографії [1, 2].

З некардіальних варіантів виникнення болю у ділянці серця досить часто зустрічаються вертеброгенні кардіалгії. Вони виникають внаслідок стиснення нервових корінців внаслідок дегенеративних змін шийного та грудного відділів хребта. Цей біль досить тривалий та інтенсивний. Характерною ознакою є посилення болю при натягу нервів (згинання і розгинання шиї або згинання та відведення кінцівки при одночасному повороті голови). Також спостерігається болючість м'яких тканин по ходу міжреберних проміжків [3,5].

При оперізуючому лишайі біль може наступати перед появою висипу, що ускладнює раннє встановлення його причини. Найчастіше він односторонній і локалізується в зоні іннервації міжреберних нервів[1].

Біль при захворюваннях стравоходу, діафрагми, шлунку, дванадцятипалої кишки, жовчного міхура та підшлункової залози також може бути схожим на стенокардитичний. Однак для даного болю характерним є зменшення (пептична виразка) або посилення інтенсивності після прийому їжі. Хворий також може скаржитись на нудоту, блювання, печію та відрижку. За наявності діафрагмальних кил біль може посилюватись при переході тіла у горизонтальне положення. Для уточнення діагнозу проводять ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, рентгенографію з барієм та езофагофіброгастродуоденоскопію. У деяких випадках можуть призначати

РН-метрію, стравохідну манометрію та колоноскопію [4, 7].

При гострих ураженнях органів дихання біль за грудиною виникає внаслідок залучення до патологічного процесу парієтальної плеври, трахеї або великих бронхів, тоді як легенева паренхіма та вісцеральна плевра позбавлені больових рецепторів. Біль при цьому може локалізуватися як в осередку ураження так і за грудиною в нижній її частині (внаслідок подразнення діафрагмального нерву). Він має гострий, колючий характер і пов'язаний із диханням, кашлем та рухом [7].

При плевриті та плевропневмонії біль може супроводжуватися задишкою, підвищенням температури тіла й ознаками інтоксикації. Характерними є зміни при аускультатії (шум тертя плеври та крепітація при пневмонії), запальні зміни у формулі крові, а також рентгенологічні зміни [4].

При спонтанному пневмотораксі зв'язок болю з диханням і кашлем відзначається, як правило, лише на початку захворювання. Надалі зміщення органів середостіння може викликати тупий постійний біль у ділянці грудини та ший. Біль при цьому супроводжується задишкою, яка зазвичай турбує більше, ніж біль. Періодично виникає сухий кашель. Посилення задишки і болю свідчить про напружений пневмоторакс, який потребує термінової пункції [7].

Біль при масивній ТЕЛА зумовлений легеневою гіпертензією та розтягненням легеневої артерії. Він також локалізується за грудиною, але не має типової іррадіації, як при інфаркті міокарда. У випадках закупорки тромбом дрібних гілок легеневої артерії з розвитком інфаркту сегмента легені, біль пов'язаний з подразненням плеври і може виникати через певний проміжок часу від початку захворювання. Характерними особливостями є поєднання болю з ціанозом і задишкою, підвищення центрального венозного тиску та ознаки венозного застою в легенях. Часто у хворого виникає кровохаркання, але це не є постійним симптомом і його відсутність не виключає діагнозу ТЕЛА. В анамнезі може визначатися варикозне розширення вен нижніх кінцівок, тромбофлебіт, перенесене хірургічне втручання, тривала іммобілізація. Підтвердити діагноз дозволяють підвищення з першої доби

захворювання рівня лактатдегідрогенази, Д-димеру за нормального рівня креатинфосфокінази, а також характерні електрокардіографічні й рентгенологічні зміни, які, проте, у частині випадків можуть бути відсутні. Для верифікації діагнозу можна використовувати сканування легень і ангіопульмонографію [2, 3, 7].

Біль при тиреотоксикозі та гіпотиреозі потребують диференційної діагностики з ІХС. При тиреотоксикозі паралельно з больовими відчуттями буде спостерігатися тахікардія, тремор, пітливість, порушення сну, емоційна лабільність, витрішкуватість, а у крові буде підвищений рівень тиреотропних гормонів [3].

Біль у грудях може бути пов'язаний з нейроциркуляторною дистонією, при цьому крім больового синдрому спостерігаються ще тахікардія, астеноневротичний, іпохондричний, вегетативний, синдром дихальних розладів та ін. Поява болю найчастіше пов'язана зі стресом або гормональною перебудовою (вагітність, клімакс) при цьому ніяких органічних змін з боку серця не виявляють [5, 6].

Отже, біль в грудній клітці може бути з різних причин, і не обов'язково тільки серцевого походження. Потрібно пам'ятати, що причин виникнення болю може бути декілька у одного пацієнта, отож клініка при цьому може бути дещо зміненою. Тому необхідно правильно провести диференційну діагностику та визначитись причиною появи болю, щоб не пропустити загрозливі для життя стани.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах / За редакцією Л. В. Глушка. Медицина. – 2019 – 1 ч. 680 с., 2 ч. 584 с.
2. Дифференційна діагностика при болі в грудній клітці Мостбауер Г. В., Сичинава Д.Ш. лекція Ч.1,2. – Therapia 1, 2. – 2013.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні

показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-ме вид., змін. та доповн. – Київ: Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

4. Хухліна О. С. Внутрішня медицина та професійні хвороби: діагностика та лікування: Навчальний посібник. Вид. 4-те перероблене. Чернівці: БДМУ, 2020.

5. Cooper A., Calvert N., Skinner J. et al. Chest pain of recent onset: Assessment and diagnosis of recent onset chest pain or discomfort of suspected cardiac origin. Full Guideline // London: National Clinical Guideline Centre for Acute and Chronic Condition. – 2010.

6. Nichols M., Townsend N., Scarborough P. and Rayner M. British Heart Foundation Health Promotion Research Group. Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A. Health Economics Research Centre. Editors: Logstrup S., O’Kelly S. European Cardiovascular Disease statistics. 2012 edition // Published by the European Heart Network AISBL and European Society of Cardiology. – 2012.

7. Eslick G.D., Jones M.P., Talley N.J. // Aliment Pharmacol. Ther. – 2003. Vol. 17. – P. 1115-1124.