

***Дифференциальный  
диагноз  
некоронарогенных  
болей в области  
грудной клетки.***

*доцент Н. М. Нуриллаева*





**Боли в грудной  
клетке, не связанные  
с поражением  
сердца и  
коронарных сосудов**

Некоронарогенные заболевания сердца – группа различных по этиологии и патогенезу преимущественно диффузных болезней сердечной мышцы воспалительного (миокардиты), дистрофического (миокардиодистрофии) или дегенеративного (кардиомиопатии) характера, проявляющихся нарушениями ее сократимости, проводимости и возбудимости.

# Основные причины некоронарогенных кардиалгий

- НЦД
- Проплапс митрального клапана
- Ревмокардит
- Пороки сердца приобретенные (кроме аортальных)
- Перикардит
- Аортит и аневризма грудной части аорты
- ТЭЛА
- Заболевания миокарда (Миокардиты (в 80%),  
Миокардиодистрофии, Кардиомиопатии (кроме  
гипертрофической))
- Психогенные состояния (астенический синдром,  
невроз навязчивых состояний, кардиофобия)

# ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИКАРДИТОВ

- ◆ *Идиопатический перикардит (30%)*
- ◆ *Инфекционный перикардит*
  - вирусные (30-50%)  
(энтеровирусы Коксаки, ЕСНО; ВИЧ, вирус гриппа, цитомегаловирус и др.)
  - бактериальные (5-10%)  
(микобактерии туберкулеза, кокки, боррелии)
  - грибковые
  - другие инфекции (амебиаз, малярия, др.)

# Перикардиты

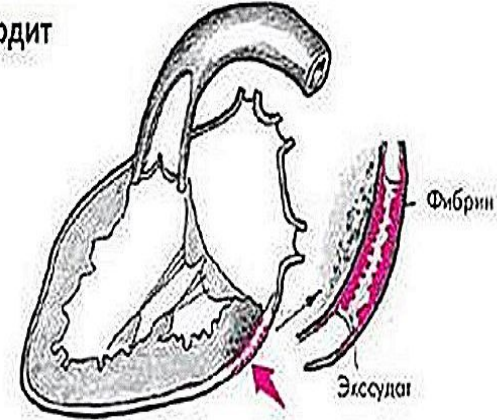
Обычно это тупые боли, усиливающиеся при кашле, глубоком вдохе, иногда при глотании.

Больной дышит поверхностно и часто.

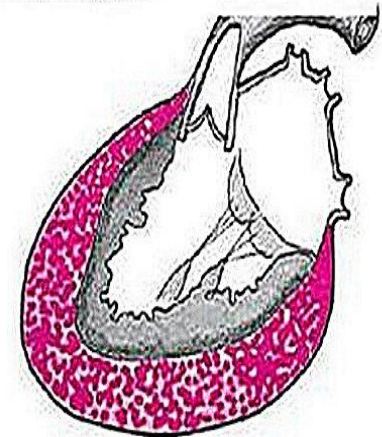
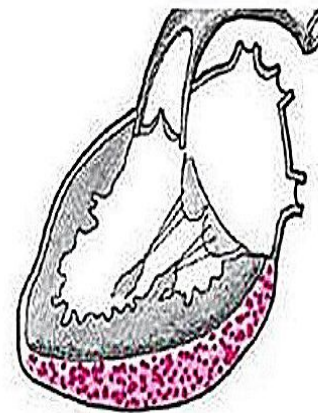
Иногда боли бывают стенокардитического характера, сжимающие,

пульсирующие в области сердца с иррадиацией в левое плечо

Фибринозный перикардит

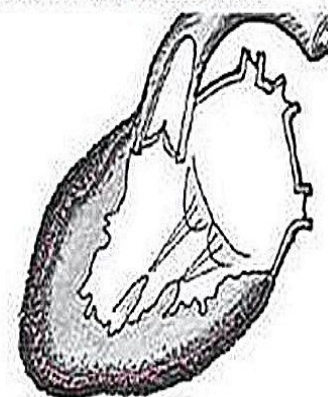
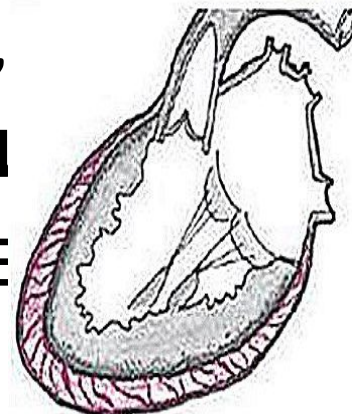


Эксудативный перикардит



Слипчивый перикардит

Сдавливающий перикардит



# ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ НАКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА

- ◆ Расширение границ сердечной тупости
- ◆ Изменение границ сердечной тупости при перемене положения тела
- ◆ Совпадение границ абсолютной и относительной сердечной тупости
- ◆ Расположение верхушечного толчка кнутри от наружной границы сердечной тупости
- ◆ Глухие тоны сердца
- ◆ Исчезновение шума трения перикарда (если он был ранее)
- ◆ Высокое центральное венозное давление
- ◆ Симптомы тампонады сердца

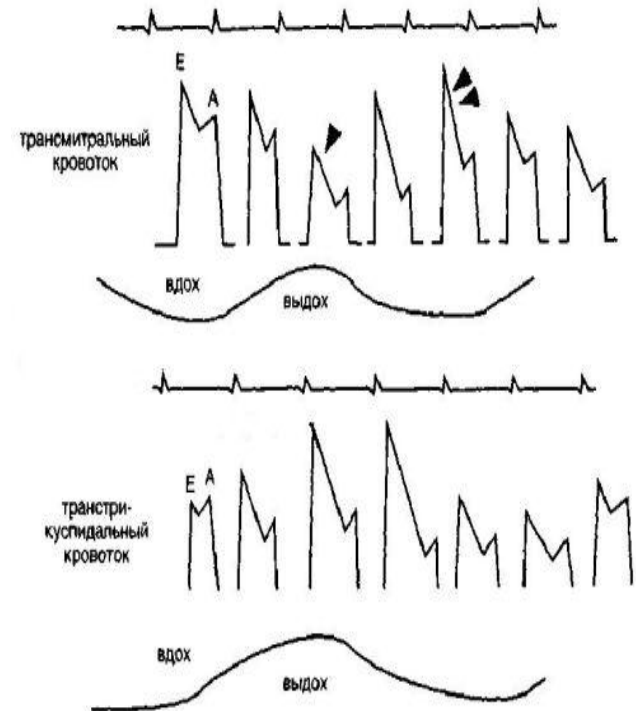
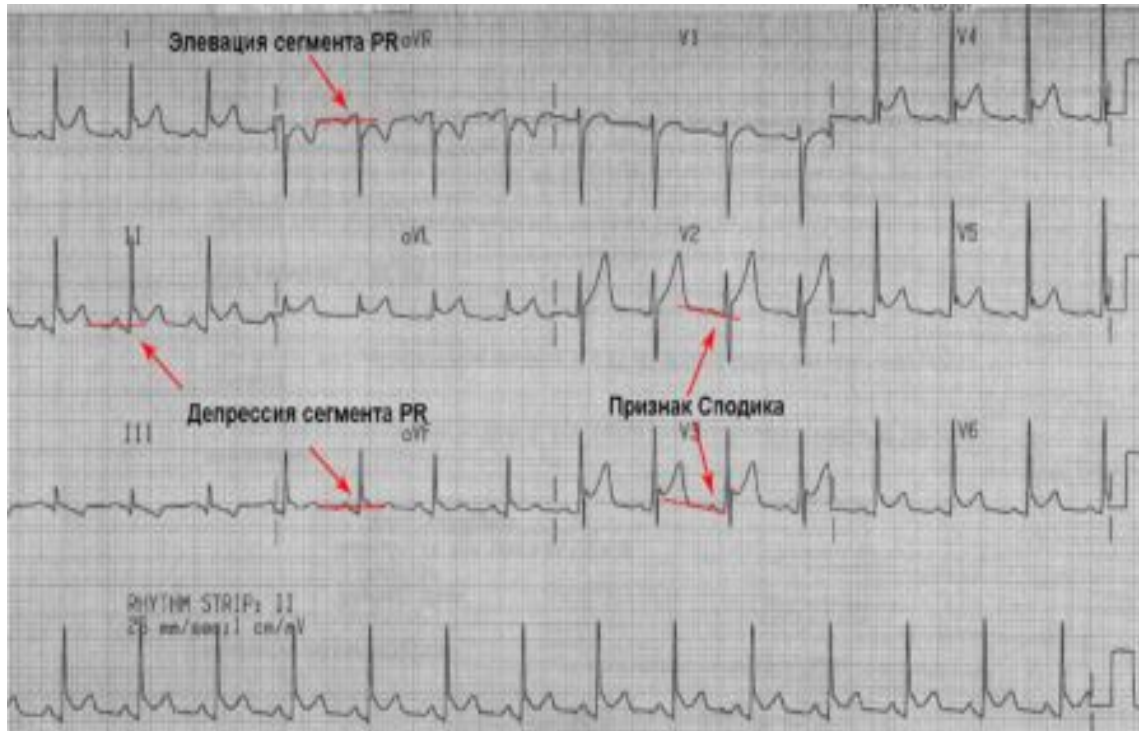


## Дифференциальная диагностика острого перикардита и ИМ

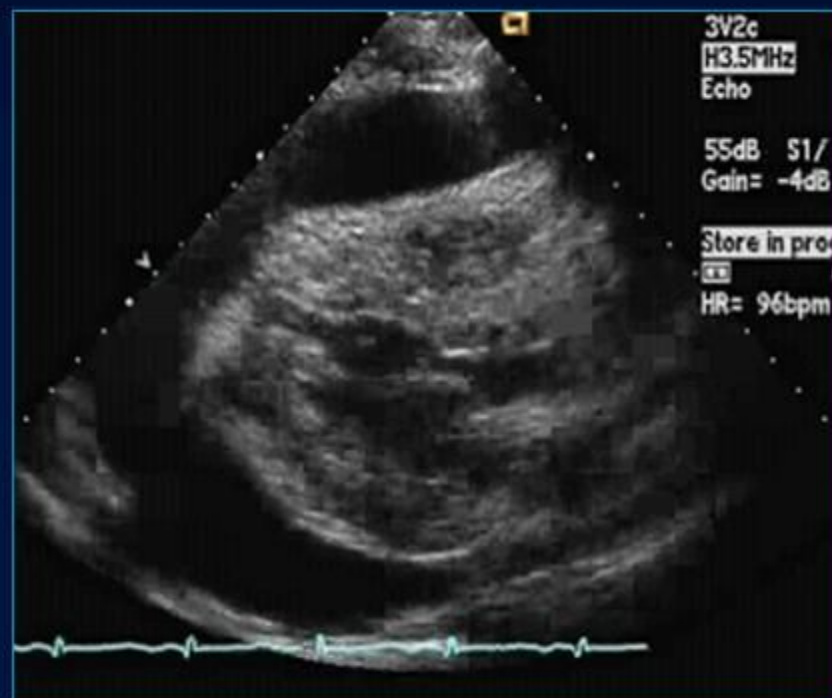
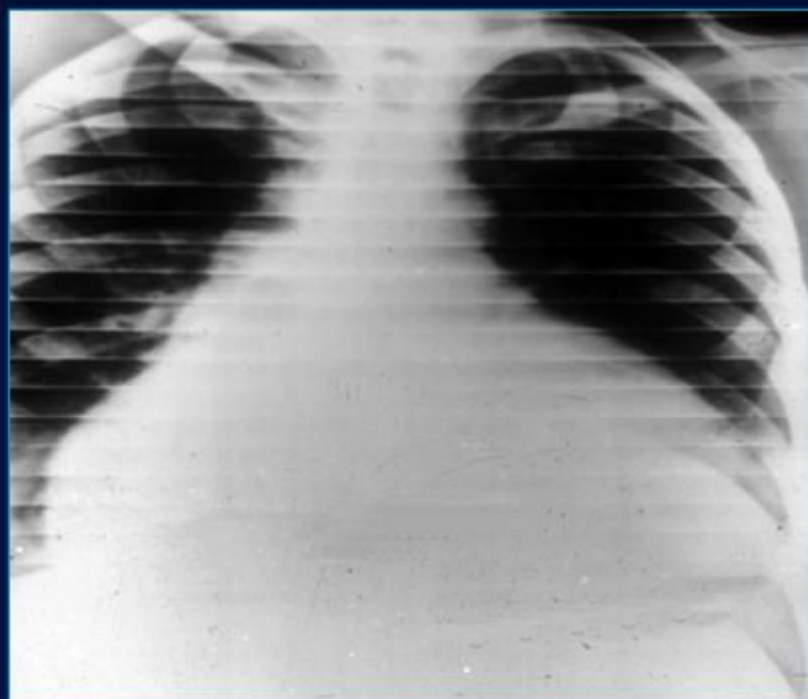
	<b>Острый перикардит</b>	<b>ОИМ</b>
<b>Изменения сегмента ST</b>	Диффузные, конкордантные, исчезают в течение нескольких дней, сегмент ST имеет вогнутый характер	Очаговые, дискордантны, могут исчезнуть в течение нескольких часов, сегмент ST имеет выпуклый характер
<b>Интервал PQ или PR</b>	Депрессия интервала	Изменения не характерны
<b>Зубец Q, комплекс QS</b>	Патологический Q не характерен	Быстрое развитие зубца Q
<b>Нарушения ритма сердца</b>	Не характерны	Характерны

Постановка диагноза упрощается при обнаружении шума трения перикарда и характерных изменений на ЭКГ.

На ЭКГ определяется конкордантный подъем сегмента ST.

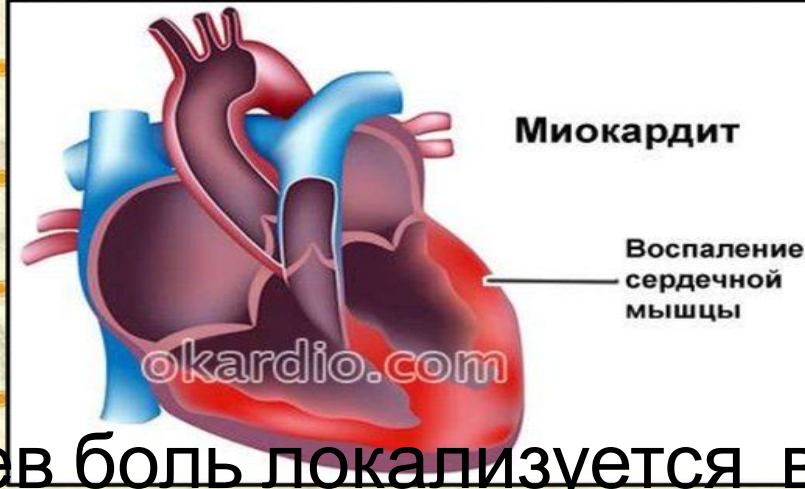


# Экссудативный перикардит



- Левый снимок – кимограмма, зубцы на контурах сердечной тени отсутствуют – пульсации контуров нет.
- Правый снимок – сонограмма. В полости перикарда видна жидкость (черного цвета) окружающая сердце.

# Миокардит



В большинстве случаев боль локализуется в левой половине грудной клетки или в прекардиальной зоне и длительная по интенсивности. Боль сжимающая или давящая, не связана с психической и физической нагрузкой. У большинства больных на ранних стадиях заболевания встречаются нарушения ритма и проводимости



# 4 механизма повреждения кардиомиоцитов

1. Прямое миокардиоцитолитическое действие вследствие миокардиальной инвазии и репликации возбудителя.
2. Клеточное повреждение циркулирующими токсинами при системной инфекции
3. Неспецифическое клеточное повреждение вследствие генерализованного воспаления.
4. Клеточное повреждение вследствие продукции специфическими клетками или гуморальной иммунной системой факторов в ответ на воздействующий агент или вызванный неоантигенами.

## «Большие» критерии

Имеется хронологическая связь с пере-несенной инфекцией (аллергической реакцией, токсическим воздействием) с развитием следующих кардиальных симптомов:

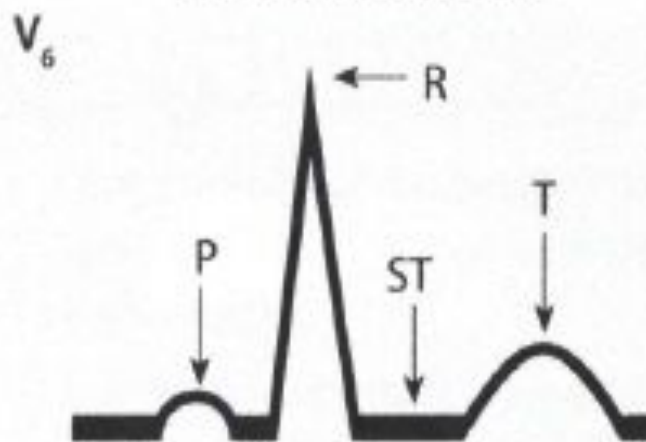
1. Кардиомегалия.
2. Сердечная недостаточность.
3. Кардиогенный шок.
4. Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса
5. Патологические изменения ЭКГ, в том числе сердечные аритмии и нарушения проводимости
6. Повышение активности кардиоспецифических ферментов (КФК, МВ-КФК, ЛДГ, ЛДГ<sub>1</sub> и ЛДГ<sub>2</sub>) и

## «Малые» критерии

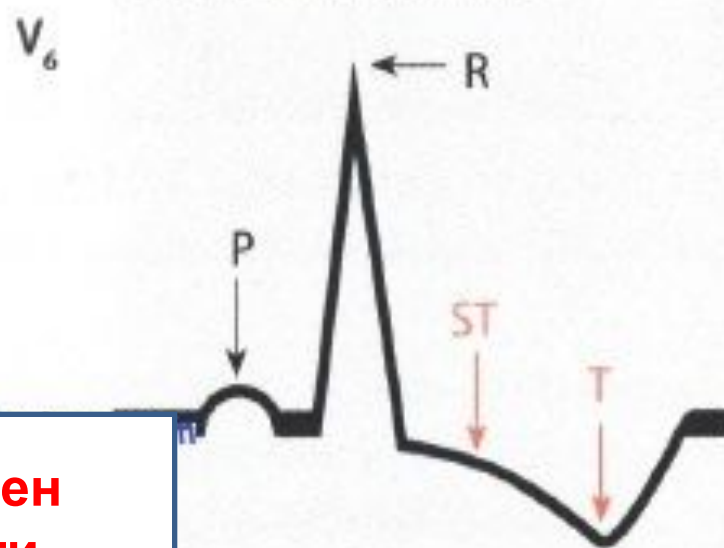
1. Лабораторное подтверждение пере-несенной инфекции (например, высокие титры противовирусных антител)
2. Ослабление I тона
3. Протодиастолический ритм галопа

# ЭКГ на миокардите

Нормальная ЭКГ



ЭКГ при миокардите



**Особенности на ЭКГ**

ЭКГ-признаки

Зубец P	Нормальный
Комплекс QRS	Узкий
Зубец R	Нормальный (высокий)
Зубец S	Часто отсутствует
Сегмент ST	Депрессии нет
Зубец T	Нормальный

ЭКГ-признаки

Зубец P	Нормальный
Комплекс QRS	Узкий
Зубец R	Нормальный (высокий)
Зубец S	Часто отсутствует
Сегмент ST	Иногда депрессия
Зубец T	Отрицательный



# Дифференциальная диагностика

- ишемической кардиомиопатией и постинфарктным кардиосклерозом (обращают внимание на характер болевого синдрома в грудной клетке, его связь с физической нагрузкой и реакцию на прием антиангинальных средств (нитраты, антагонисты кальция), сопутствующие симптомы воспаления, наличие стенокардии и инфаркта миокарда в анамнезе.
- Выявление рубцовых изменений на ЭКГ может указывать как на перенесенный инфаркт миокарда, так и на миокардит.
- В сложных случаях проводят коронароангиографию и биопсию миокарда

# Основные диагностические критерии

- **Связь** кардиомегалии и сердечной недостаточности с **перенесенной инфекцией**
- **Признаки воспаления** (лихорадка, лейкоцитоз, увеличение СОЭ). Однако при затяжном и хроническом течении заболевания такую связь установить не всегда удастся. В этих случаях достоверное подтверждение диагноза может быть получено при
- Гистологическом исследовании биоптата и **обнаружение клеточных воспалительных инфильтратов и повреждения кардиомиоцитов неишемического происхождения.**

# **Профилактика миокардитов**

**включает мероприятия по предупреждению инфекций, рациональное лечение инфекционных процессов, санацию хронических очагов инфекции, рациональное и обоснованное применение антибиотиков, сывороток и вакцин**

# Прогноз

В большинстве случаев миокардит протекает бессимптомно и заканчивается полным выздоровлением только в половине случаев, у остальных развивается дилатационная кардиомиопатия.

Нарушения ритма сердца могут привести к внезапной смерти.

Известны тяжелые варианты течения миокардита с быстрым прогрессированием рефрактерной сердечной недостаточности и летальным исходом.

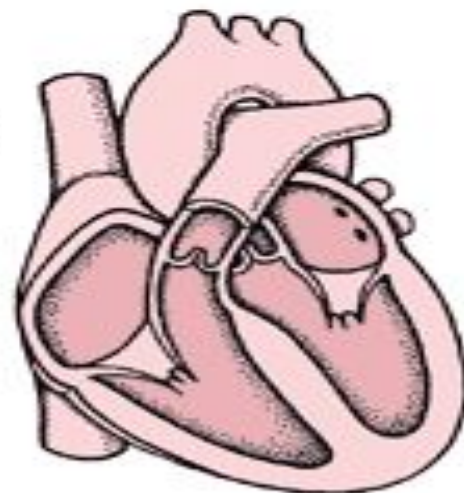
Наиболее неблагоприятен прогноз гигантоклеточного миокардита типа Абрамова–Фидлера.

# Кардиомиопатии

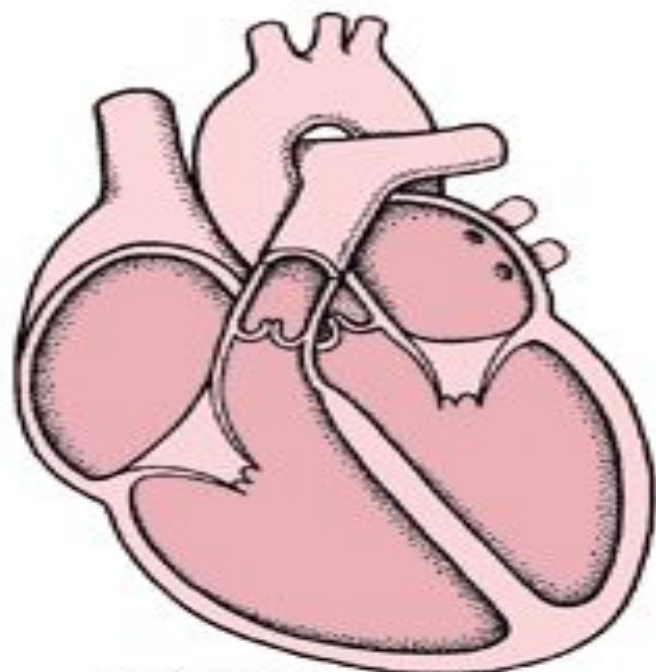
заболевание миокарда  
неизвестной этиологии,  
сопровождающиеся развитием в  
короткие сроки кар-дио-мегалии,  
нарушений ритма и проводимости,  
а также признаков НК. Заболевание  
встречается в молодом возрасте и  
делится на гипертро-фическую,  
дилатационную и рестриктивную



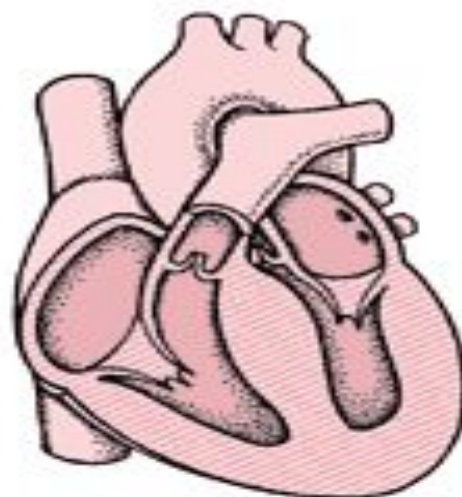
Нормальное сердце



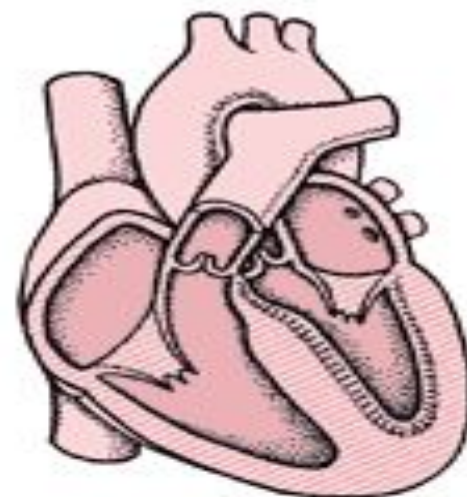
КАРДИОМИОПАТИИ:



дилатационная



гипертрофическая



рестриктивная

# Дилатационная

кардиомиопатия – для данного

заболевания не характерен

болевым синдромом. Она

протекает с наличием резис

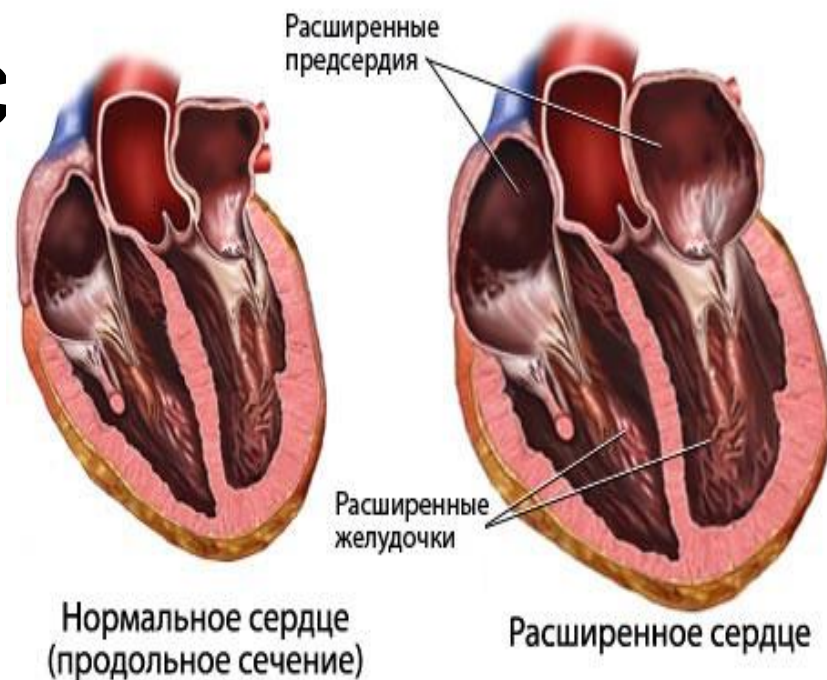
тентной и прогрес

сирующей НК,

ТЭЛА, нарушения

ми ритма и прово

ДИМОСТИ.



## Гипертрофическая

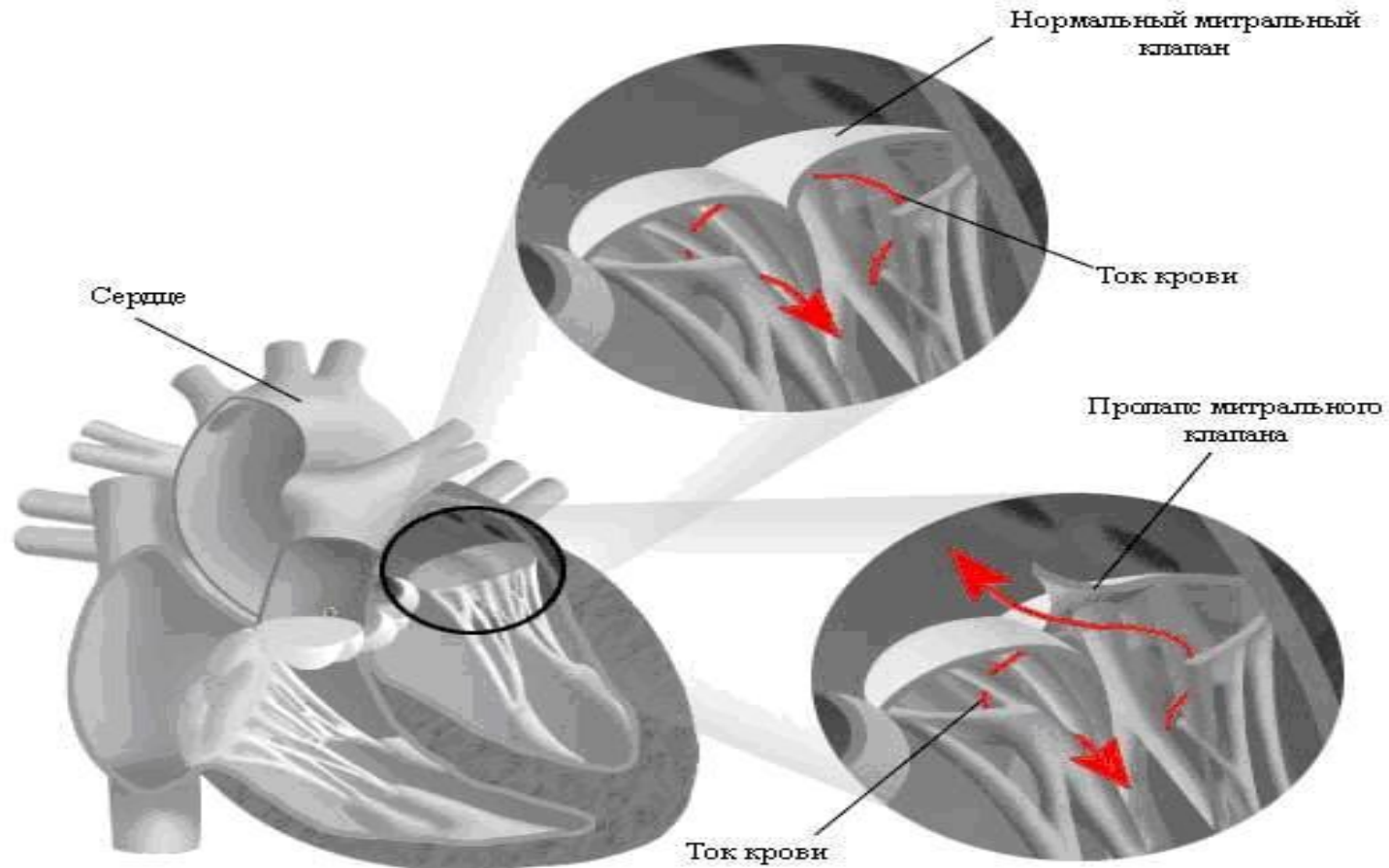
кардиомиопатия - это очаговое и диффузное утолщение миокарда с недостаточностью крово-обращения в ней (усиливается при физи-ческой нагрузке) и наличием болевого синдрома по типу приступов стенокардии. Вместе с болями в сердце и за грудиной у больных наблюдается головокружение, потери сознания, одышка, сердцебиение, нарушения ритма.



## **Рестриктивная кардиомиопатия-**

наблюдается массивная эозинофильная грануляция эндокарда с последующим утолщением миокарда, нарушается диастолическая функция сердца, появляются признаки тотальной сердечной недостаточности (застой в малом и большом круге кровообращения, нарушения ритма и проводимости, эксудативный перикардит). При помощи ЭхоКГ устанавливается тип кардиомиопатии.

**Пролапс митрального клапана и пороки сердца** характеризуется провисанием створок митрального клапана в полость предсердий, в большинстве случаев протекает бессимптомно.



Боли появляются при волнении, не связаны с физической нагрузкой и не купируются приемом нитроглицерина.

Диагноз ставится на основании

аускультативных данных:

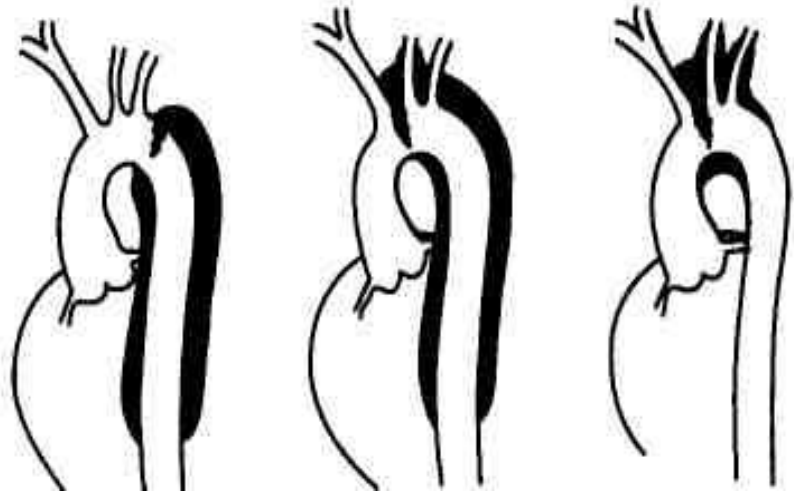
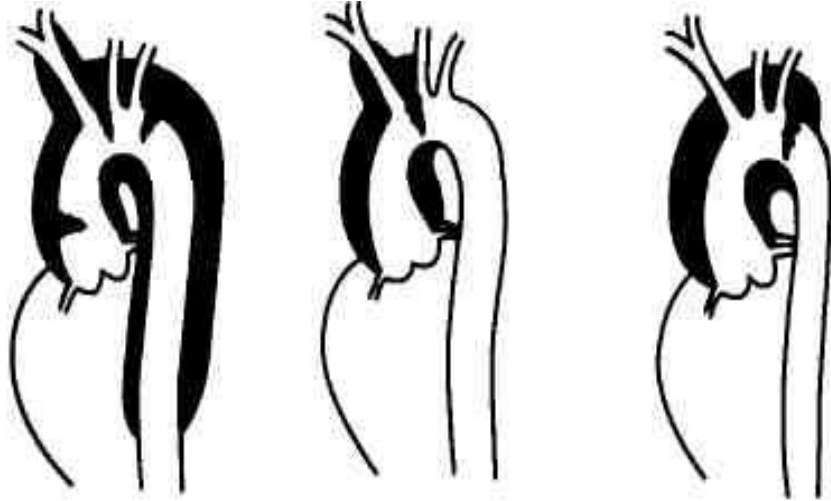
выслушивается мезодиастолический шум на верхушке сердца или поздний

систолический шум, который

уменьшается в горизонтальном или вертикальном положении больного, а

также данных ЭхоКГ.

**Боли в грудной  
клетке при  
патологии крупных  
сосудов**



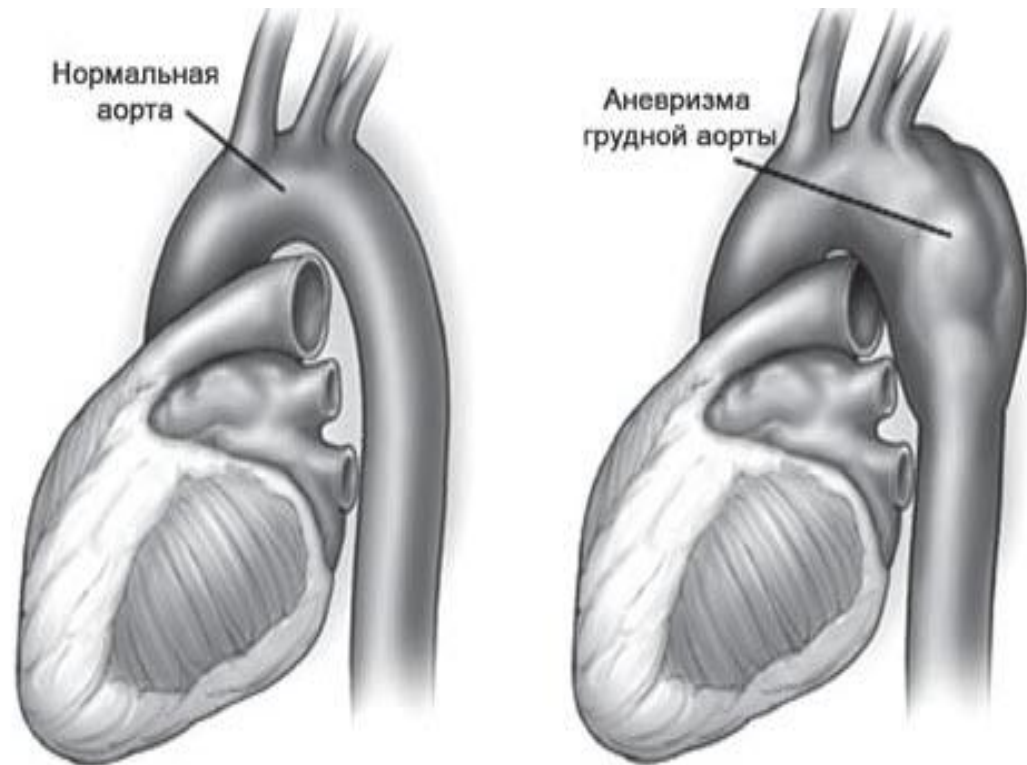
## Расслаивающаяся аневризма аорты

встречается у больных  
длительно страдающих  
АГ,

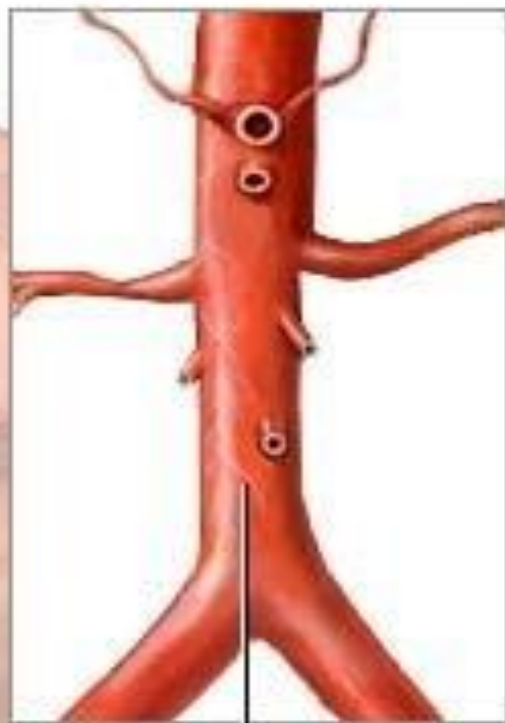
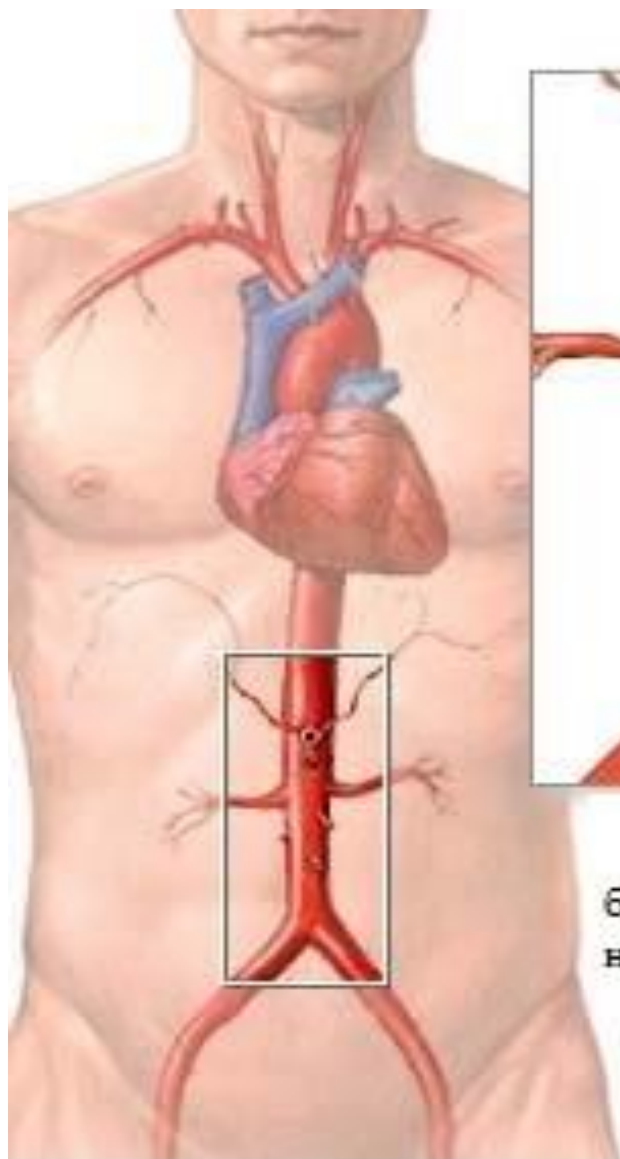
в особенности у  
нелеченных больных,  
иногда при синдроме  
Марфана.

Боль локализуется в  
груди и спине, но чаще  
между лопатками.

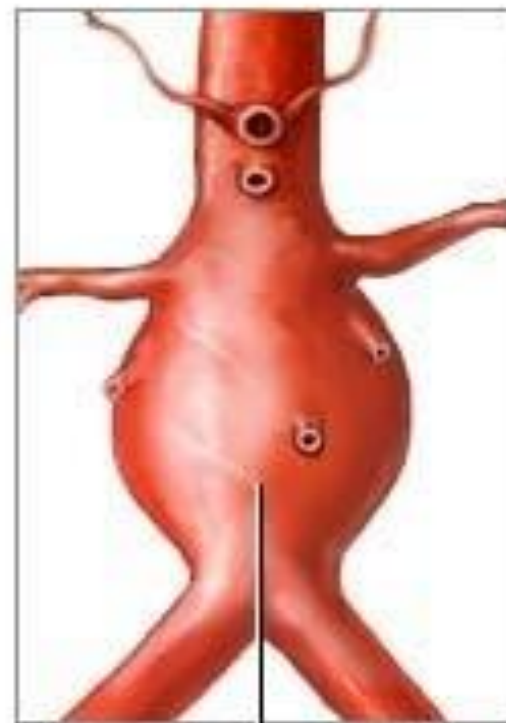
В период болевого приступа больные покрываются холодным липким потом, возникает одышка, нехватка воздуха, потеря сознания, иногда на аорте выслушивается диастолический шум. Основной диф. диагностический признак различная пульсация на сонных, плечевых и бедренных артериях.



# Аневризмы аорты



брюшная аорта в  
норме



аневризма брюшной  
аорты

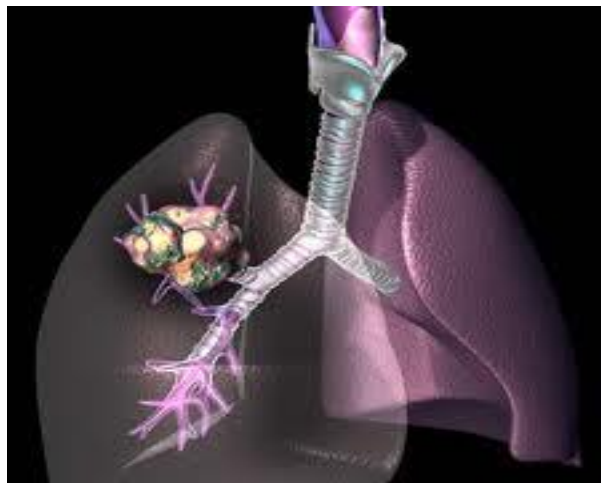
**Первичная легочная гипертензия**  
**(эссенциальная или идиопатическая**  
**легочная гипертензия** ; первичной склероз  
легочной артерии, болезнь Айерса)-  
характеризуется стойким повышением  
систолического и диастолического (причина  
неизвестна). Больные жалуются на сухой  
кашель, нехватку воздуха при незначительной  
физической нагрузке, утомляемость, боли в  
сердце, сердцебиение, головокружение,  
приступы потери сознания. Объективно при  
осмотре диффузный цианоз, одышка в покое и  
признаки недостаточности кровообращения по  
малому кругу.



Для постановки диагноза необходимо наличие набухших сосудов шеи, анамнез больного, объективный статус (акцент 2 тона на аорте, появление III, IV тона, систолический шум у мечевидного отростка), а также рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ, ангиопульмонография, КТ помогут в постановке окончательного диагноза.

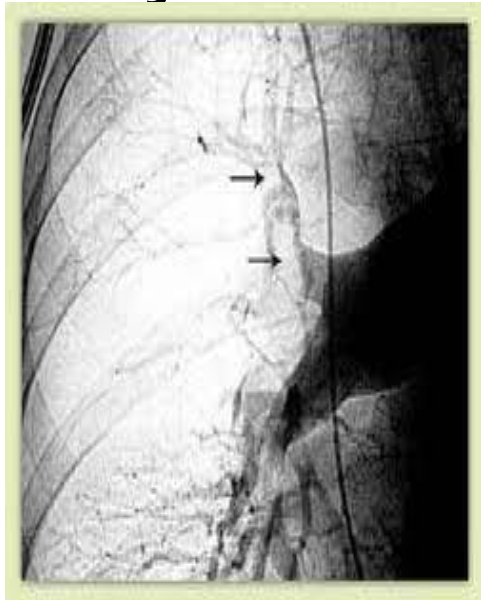
### ***Лечение***

- **кальций антагонисты** (нифедипин 120-240 мг/ в сутки, дилтиазем 540-900 мг/ в сутки под контролем а/д)
- **диуретики – при наличии отечного синдрома**



# **Боли при патологии легких, плевры и органов средостения**

внезапное возникновение сильной боли за грудиной, сердцебиения, аритмий, одышки, нехватки воздуха, кровохарканья, артериальной гипотонии и потери сознания. Заболевание заканчивается внезапной смертью. В 10% случаев ТЭЛА осложняется инфарктом

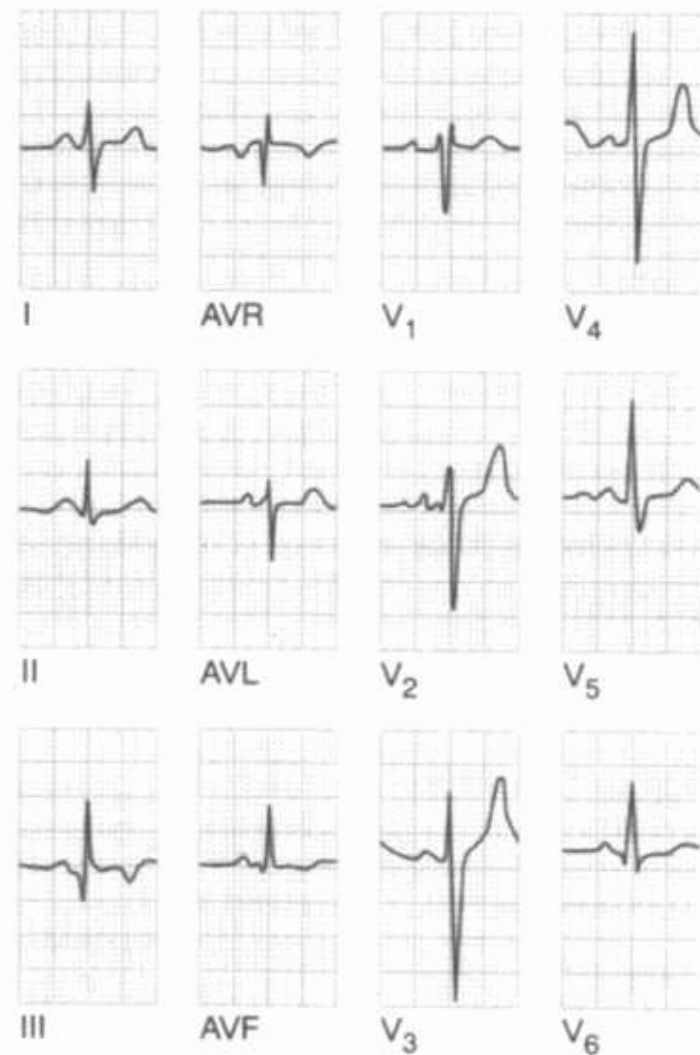


легкого,  
в 15-35% случаев протекает с кровохарканьем.



## На ЭКГ: ЭОС

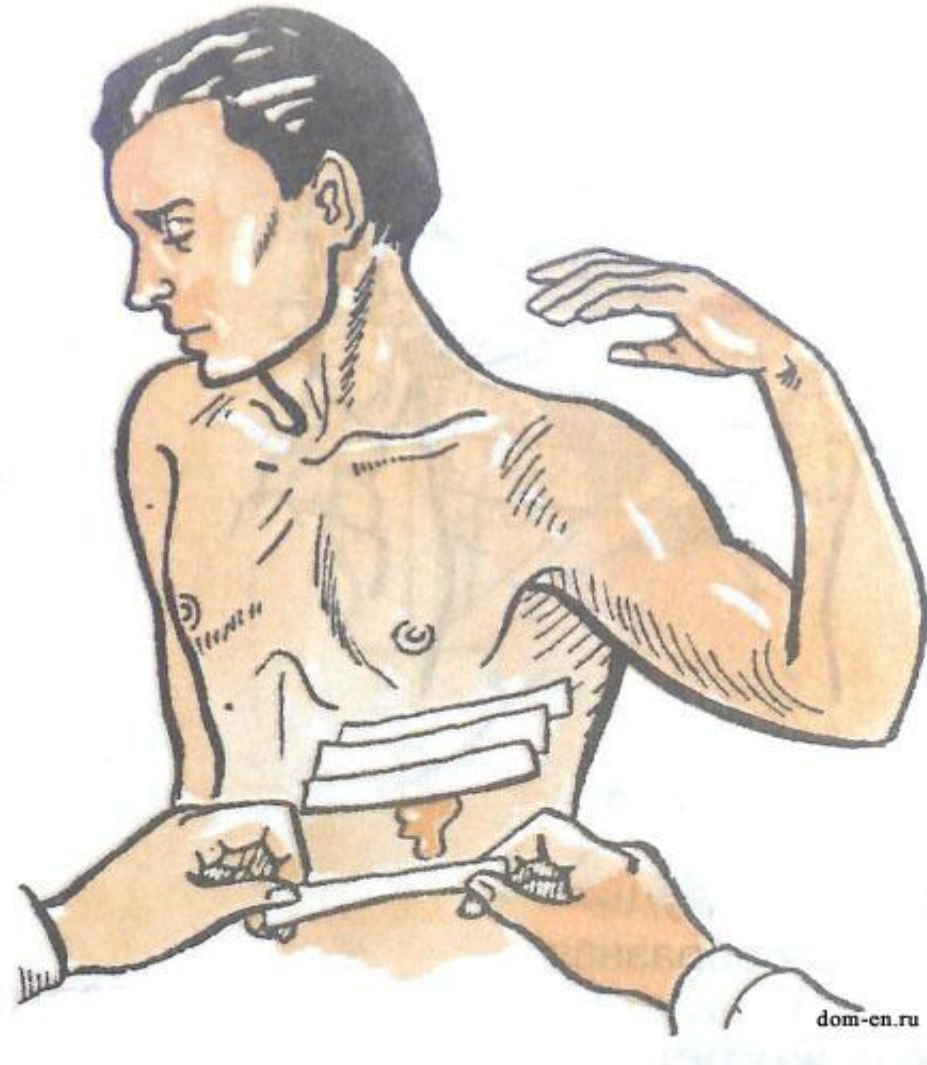
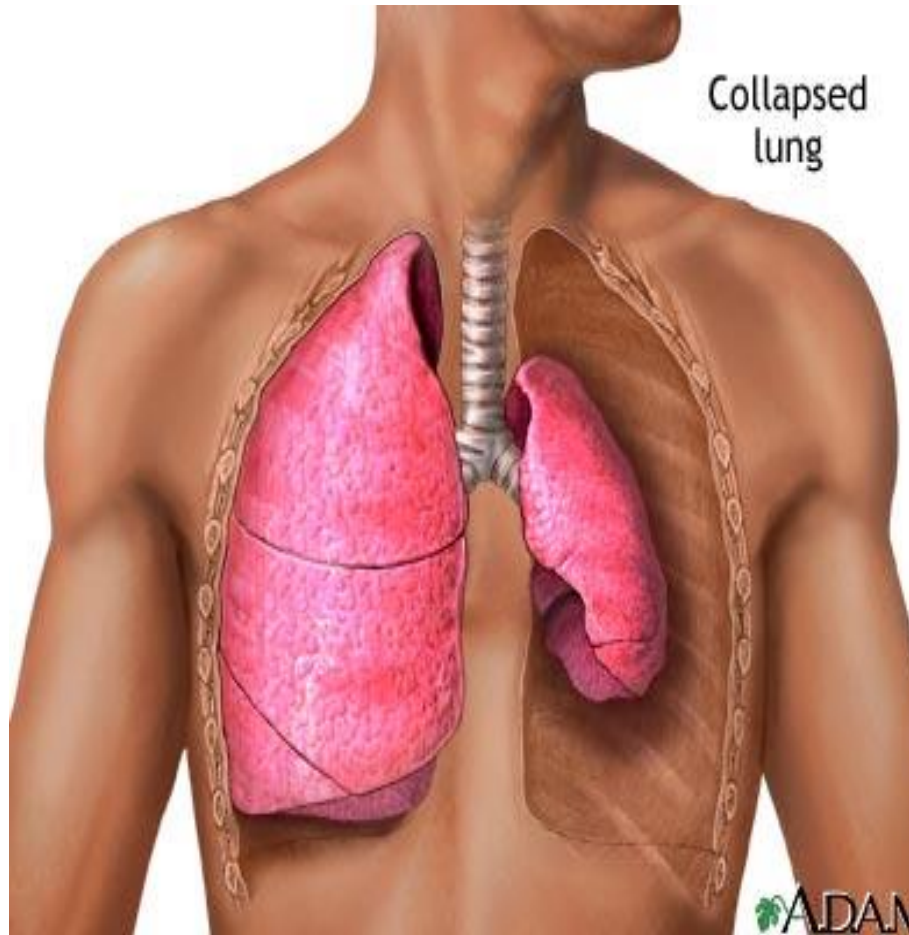
отклонена вправо,  
P-pulmonale, S I –по  
типу QIII TIII синдрома  
(в I стандартном  
отведении глубокий S,  
в III зубец Q и  
отрицательный T), а  
также блокада правой  
ножки пучка Гиса.

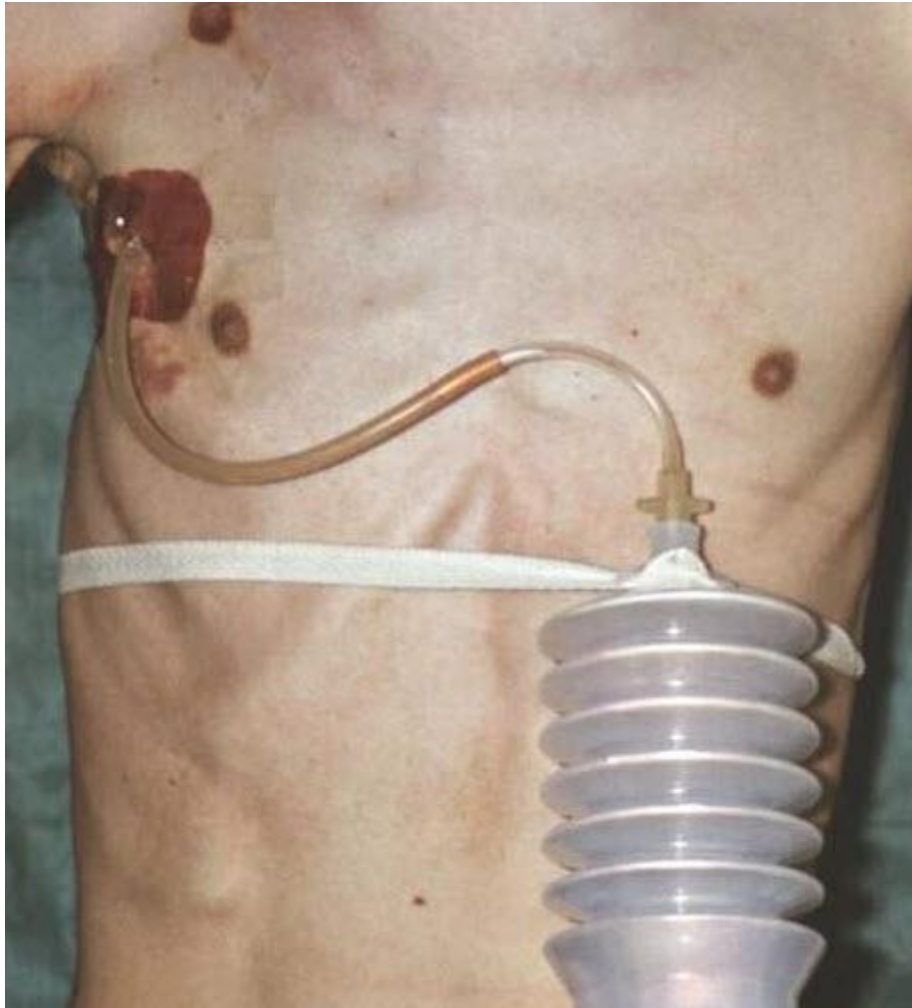


## Спонтанный пневмоторакс

Наличие в анамнезе у больного БА, ЭЛ, туберкулеза, абцесса, гангрены, БЭБ с внезапным появлением односторонних болей в грудной клетке, одышки, сухого кашля. Локализация болей и их интенсивность бывает разная. При спонтанном пневмотораксе боли локализуются в боковых отделах грудной клетки. Боли резкого характера, усиливаются при дыхании и движениях, протекая с состоянием диспноэ.

# Открытый и закрытый пневмоторакс

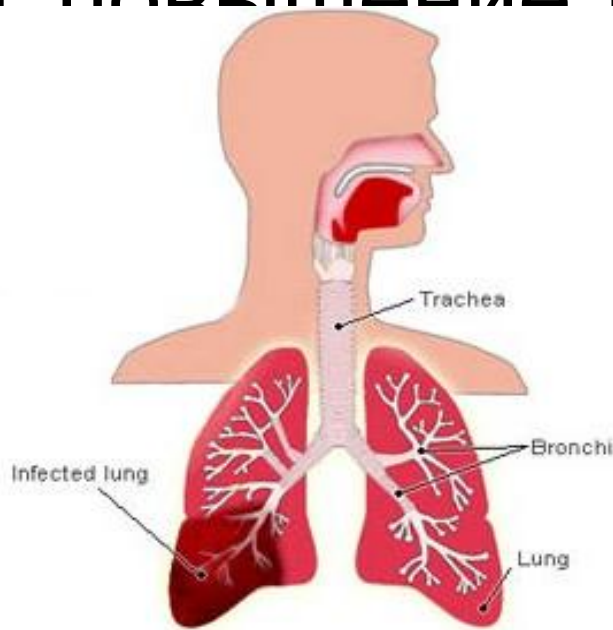




усиливаются,  
больной  
покрывается холод-  
ным потом, предпо-  
читая полусидячее  
положение в постели  
– это говорит о  
прогрес-сировании  
заболе-вания, в этот  
момент необходимо  
прове-дение  
плевральной

# Острая пневмония

Боли колющего характера, усиливаются на вдохе, при кашле. Больной дышит поверхностно. Вместе с болевым синдромом имеется кашель с выделением мокроты гнойного характера, повышение температуры, одышка



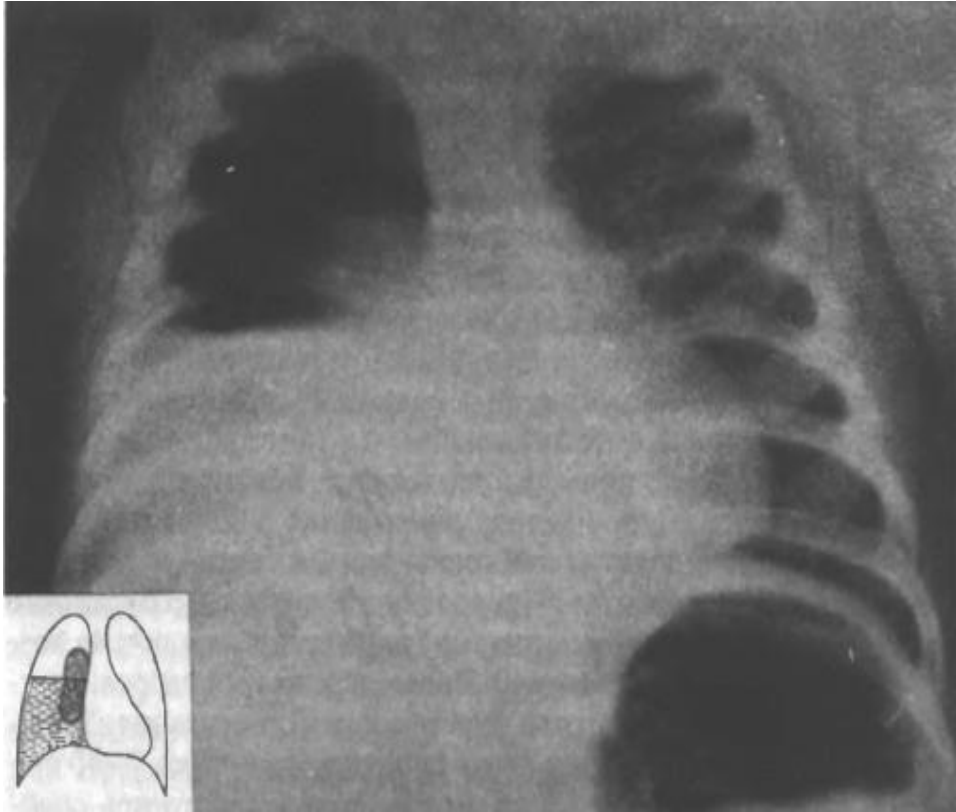


Аускультативно  
звонкие влажные  
хрипы, в крови  
лейкоцитоз,  
увеличение СОЭ,  
наличие тени в  
легких на  
рентгенограмме.



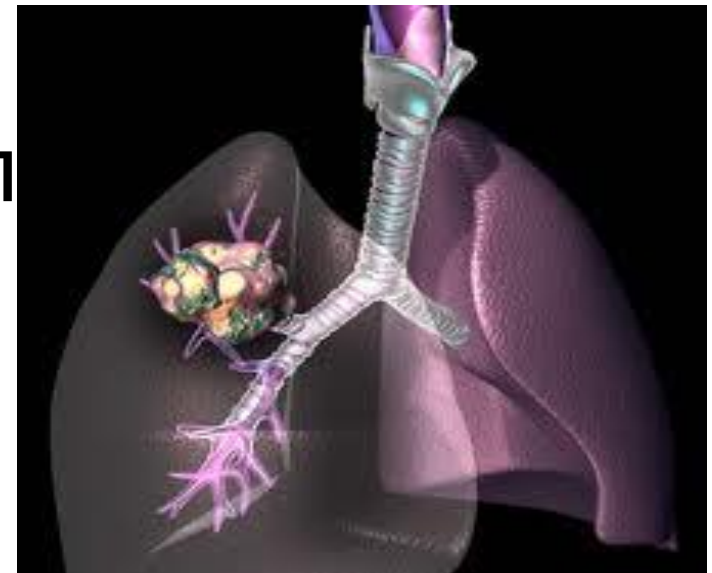
Встречаются при туберкулезе, опухолях легких и плевры, в некоторых случаях при ДБСТ и уремии. Боли локализуются в области сердца, передней и задней стенке грудной клетки, с иррадиацией в шею, плечо, лопатку. В большинстве случаев боль располагается в конкретном месте и больной указывает на нее пальцем. Иногда наблюдается икота.

При расположении поражения в диафрагмальной части боли иррадиируют в область передней стенки



Важный аускультативный признак  
выслушивание  
шума трения  
плевры. Шум может  
быть нежным или  
грубым,  
прослушивается во  
все фазы вдоха и  
выдоха, изменяется  
при кашле.

Боли появляются при распространении процесса на плевральные листки, диафрагму, крупные бронхи, трахею, средостение. Характерна боль постоянного характера при дыхании, кашле, движении рук и плечевого пояса. Наиболее сильные боли бывают при давлении и прорастании опухоли на нервные стволы. Боли сопровождаются наличием кашля, кровохарканья, одышки.



Больной со злокачественной опухолью с синдромом плеврального выпота

Пункция плевральной полости

Не экссудат

Обследование и лечение выпота другой этиологии

Экссудат

Цитология +

Цитология -

Известна первичная локализация

Дальнейшее обследование

Нет

Да

Чувствительность к химиотерапии

Эвакуация выпота и плевродез

Нет

Да

Эвакуация выпота и плевроскопическая термпия

Повторная пункция. Нет подтверждения

Тераскопия. Открытая биопсия

Нет

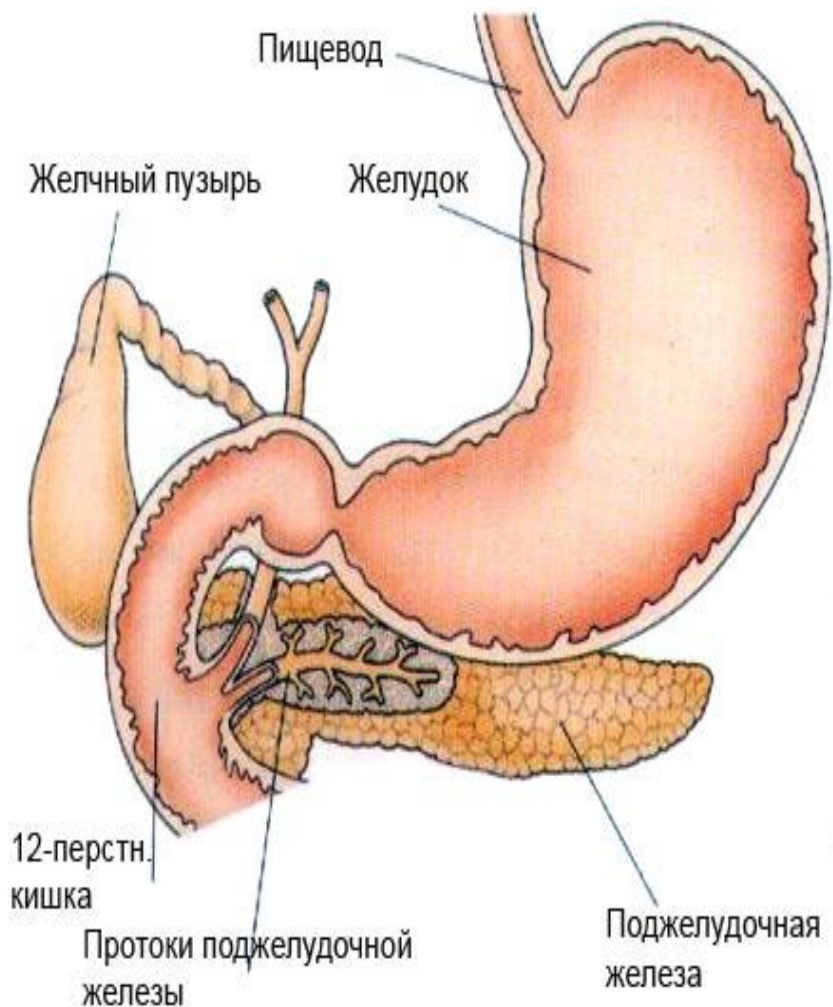
Оценка и лечение выпота другой этиологии

## **Тройка симптомов при опухоли верхушки легкого:**

Наличие сильной боли и атрофии мышц  
верхней конечности;

Повреждение шейных симпатических  
узлов синдром Клод Бернар- Горнера  
(миоз, птоз, эндофтальм, отсутствие  
потливости на пораженной стороне);  
эрозия задней стенки нижней части  
шейного и верхнего грудного отдела  
межреберного сочленения

# Боли в грудной клетке при заболевания х органов брюшной полости



## Ахалазия кардии.

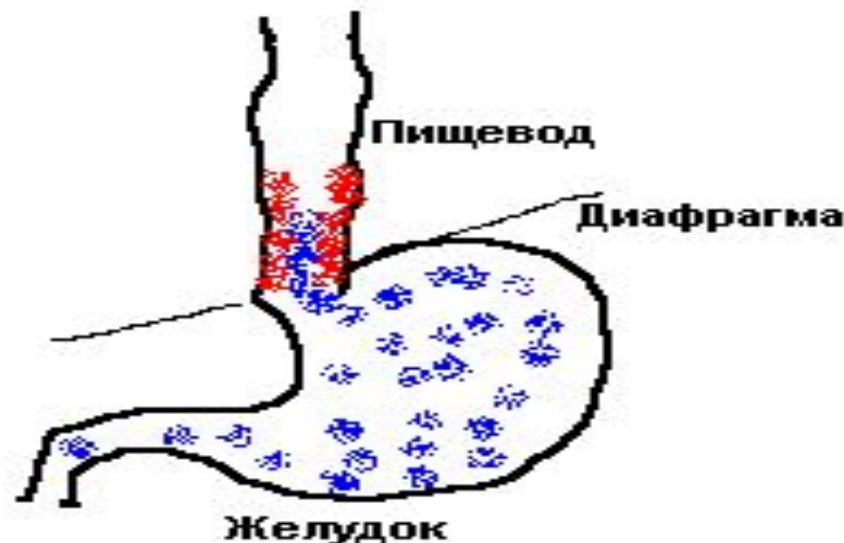
Нарушение открытия нижнего сфинктера и перистальтики пищевода. Ранний признак заболевания дисфагия. Боли усиливаются при употреблении твердой и жидкой пищи, при эмоциональном возбуждении и быстром употреблении пищи. Боль сжимающего характера, располагается за грудиной, не купируется нитратами





**Рефлюкс - эзофагит** развивается под действием соляной кислоты, пепсина или желчи с нарушением функции слизистой пищевода. Тошнота, боли, изжога основные признаки заболевания: боли появляются за грудиной, похожие на стенокардию. Возникают в покое, после еды, при работе-накл

Рефлюкс-эзофагит и нарушение моторики пищевода нередко сочетаются с ИБС



## Принципы лечения:

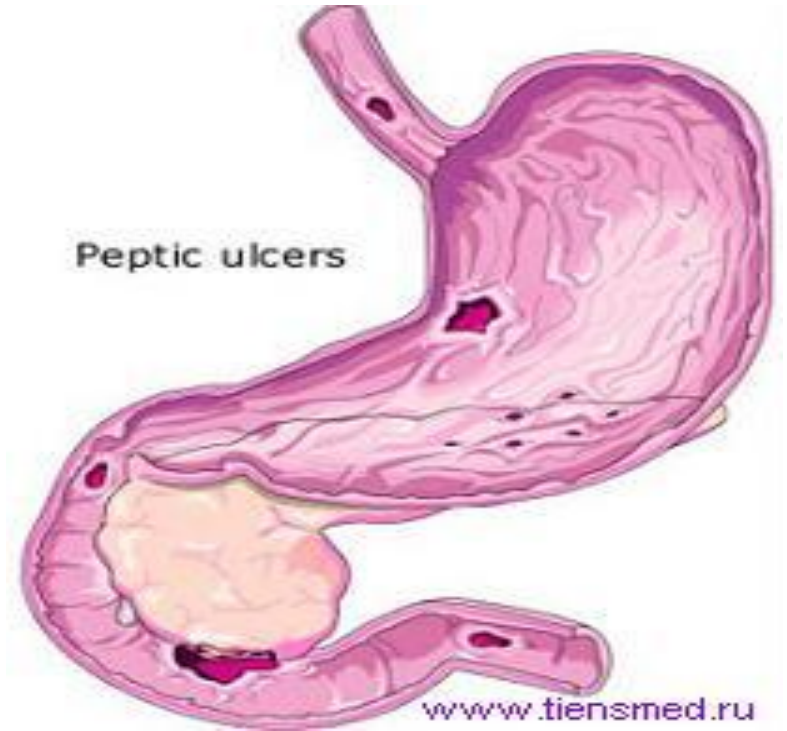
снижение массы тела;  
возвышенное положение  
подушки; физическая нагрузка  
после еды (ходьба 1,5-2,0 часа);  
вечерний прием пищи за 3 часа  
до сна; Ограничение  
употребления газированных и  
спиртных напитков, шоколада,  
цитрусовых; Ограничение  
поднятия тяжестей, ношение  
тесной одежды; Отказ от  
курения и приема НПВС,  
аспирина, гормонов



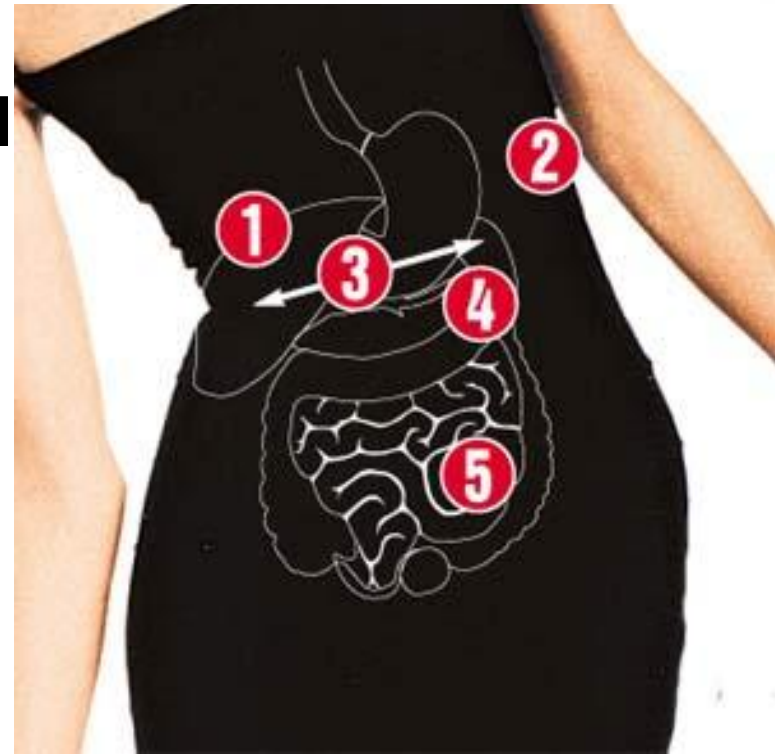
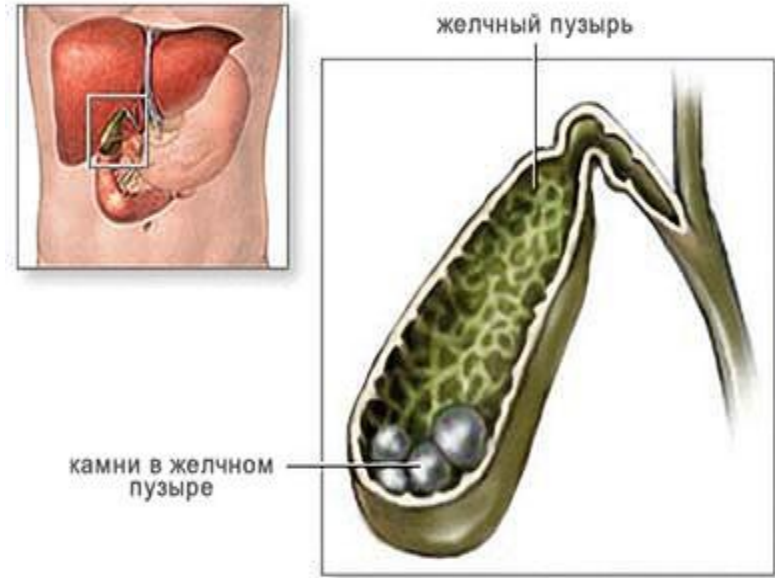
боли у мечевидного отростка и эпигастральной области, связанные с приемом пищи и усиливающиеся при них. Вместе с болью больной жалуется на изжогу, тошноту, снижение веса (вследствие снижения количества потребляемой пищи), запоры.



**Язва 12 перстной кишки,**  
встречается у молодых,  
характеризуется болями  
в эпигастрии, с  
иррадиацией в угол  
мечевидного отростка.  
Для данного заболевания  
характерны острые,  
жгучие боли через  
1,5-2,0 часа,  
возникающие после  
приема пищи, а также

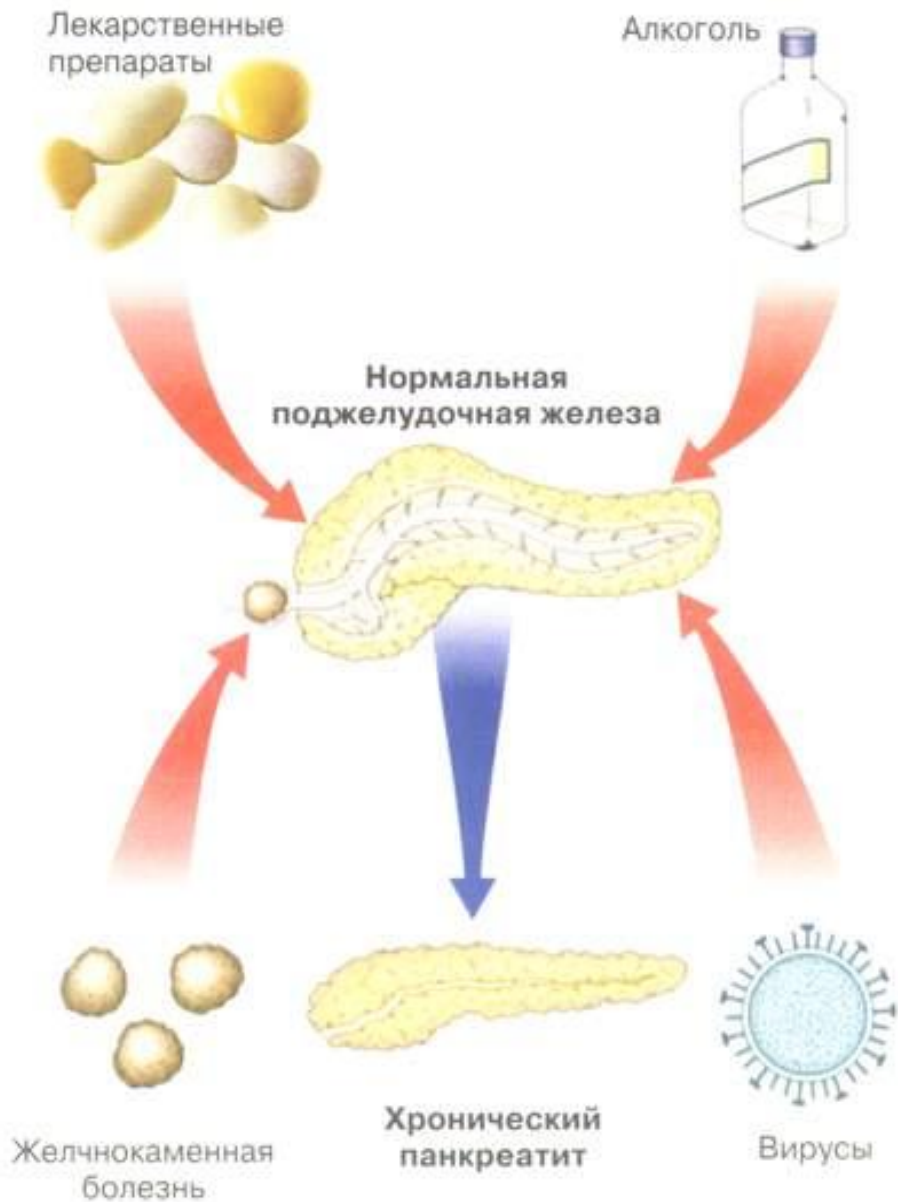


**ЖКБ** встречается у женщин среднего возраста с ожирением, характеризуется возникновением боли в правом подреберье, длящимся 3-4 часа. Боли могут иррадиировать в правое плечо, лопатку, спину и нижнюю часть грудины.

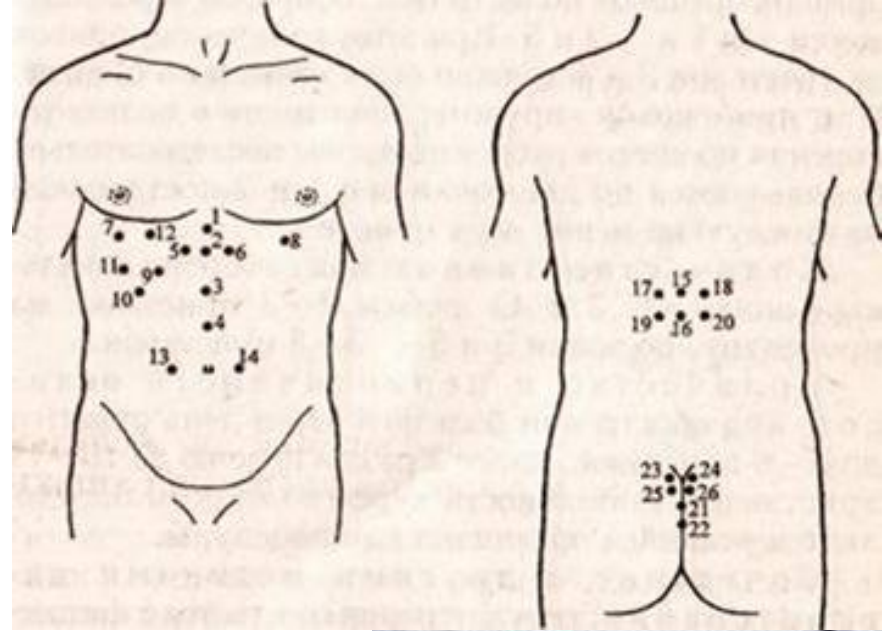


# Панкреатиты

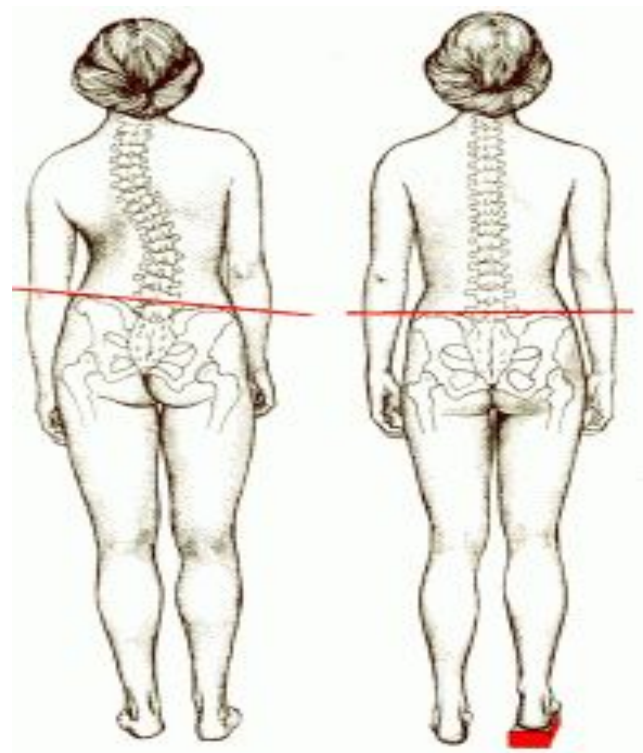
(острые или хронические) характеризуются опоясывающими болями, локализируются в эпигастрии, пупочной области и часто иррадируют в спину, а также грудь, боковые и нижние отделы живота.



Боль усиливается в горизонтальном положении больного, поэтому больные сидят вынуждено, наклонившись вперед и подобрав под себя ноги. Нередко наблюдается тошнота, рвота не приносящая облегчение, вздутие живота, диарея, иногда на ЭКГ регистрируется «-» зубец Т.



**грудной  
клетке при  
заболеваниях и  
аномалиях  
позвоночника**



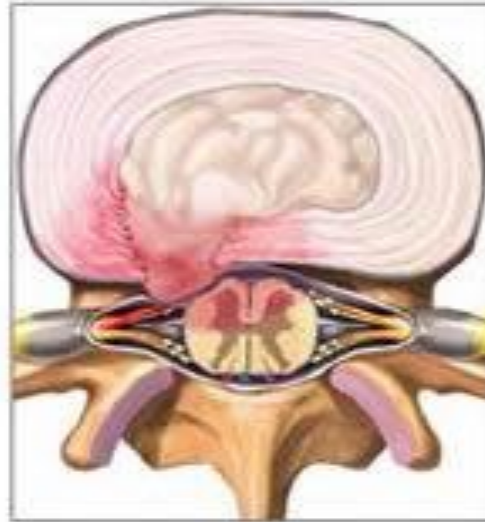


**Позвоночника** - 50% больных жалуются на боли в грудной клетке. Боли тупого и диффузного характера с острыми корешковыми проявлениями. Боли усиливаются при кашле, чихании и изменении положения тела.

Классический позвоночник



Грыжа межпозвонкового диска



Сколиоз позвоночника



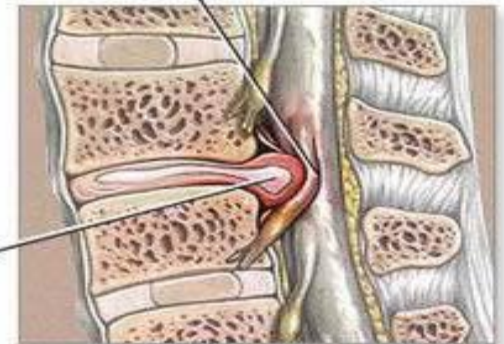
**Синдром позвоночного нерва** заболевают люди находящиеся долгое время в вынужденном положении (водители, маляры, штукатуры, бухгалтеры, мед. сестры) или поднимающие тяжести (бетонщики, каменщики, грузчики). Клиника складывается из следующих

симптомов: болевые ощущения, включая кардиалгию; кохлео-вестибулярные нарушения; зрительные нарушения



Грыжа диска

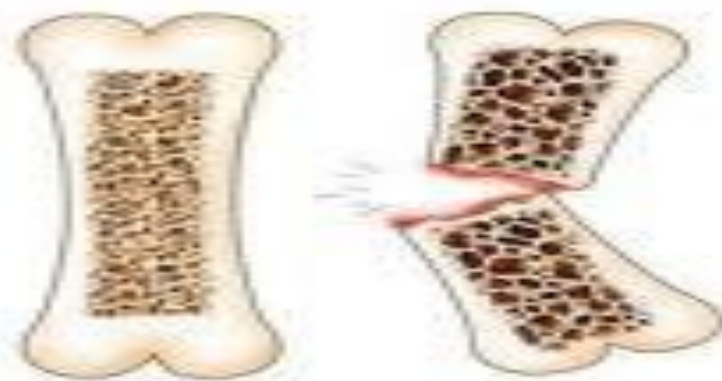
Сдавленный поясничный нервный корешок



## **ПОЗВОНОЧНИКА.**

Для него наиболее существенны:

- бездетные и малодетные женщины, женщины хрупкого телосложения, преждевременная менопауза, длительный прием ГКС, др. заболевания (тиреотоксикоз, болезнь Иценко-Кушинга или синдром, СД I тип, патология печени и почек); низкий индекс массы тела  $<19$ - $\text{кг}/\text{м}^2$ .



При остеопорозе клинически наблюдается неловкость и дискомфорт в позвоночнике. Затем появляются боли в позвоночнике слабо- и среднеинтенсивные. Боли усиливаются при длительном сидении, стоянии, ходьбе.



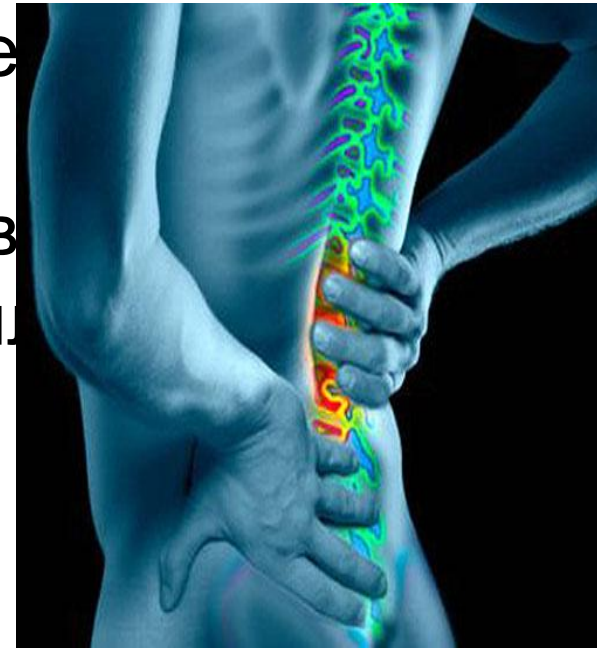
# Невертеброгенные скелетно-мышечные боли в грудной клетке



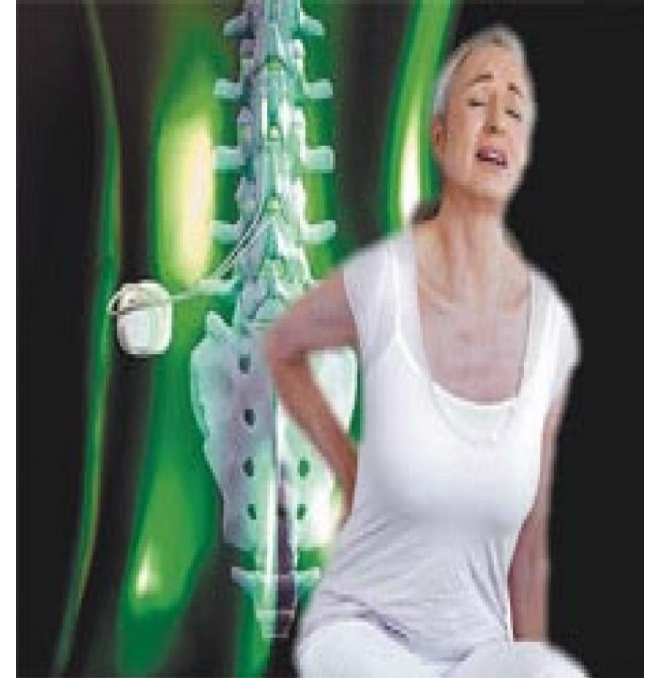
# костно-реберных структур грудной клетки

- боль при вовлечении костно-хрящевых структур (остеохондрит) которая ранее нередко трактовалась как «межрёберная невралгия», возникает подостро, часто после неловкого движения, длительном пребывании в неловкой позе на фоне упорного кашля и усиливается при глубоком вдохе и движениях.

- пальпация определенных структур грудной клетки воспроизводит боль который обычно испытывает больной, а блокада этих зон с помощью местного анестетика и кортикостероида приносит



Выделяют следующие  
клинические синдромы  
поражения костно- хрящевых  
структур грудной клетки:  
Синдром Титце, Реберно-  
грудинный синдром  
(костохондрит,  
костостернальная  
хондродиния), Передний  
реберный синдром  
Ксифоидалгия



## Синдром Титца

-Доброкачественное редкое заболевание характеризующиеся опухолевидным утолщением или болезненностью передних концов 2,3,4 ребер, редко грудинного-ключичного сочленения.

Характерен: возраст 40-50 лет (часто мужчины), острая боль в верхней части грудной клетки (чаще слева), боли ноющие продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, четко локализация боли, определение болезненности и отечности при пальпации, диагноз устанавливается на основании жалоб, объективных данных и на основании рентгенографии.

Лечение: НПВС и анальгетики .





# Психогенная боль в грудной клетке



больные с явными и скрытыми признаками

**депрессии:**

**Нарушения сна** (трудность засыпания, ранее пробуждение, беспокойный сон ночью);

**Нарушения аппетита** (его снижение или повышение); **Синдром хронических болей в**

**различных местах грудной клетки** (в большинстве случаев кардиалгия, боли в спине, головные боли); различ

**со стороны половых органов;**

**- вегетативные изменения** (сердцебиение, затруднение дыхания, головокружение).



подавляющее большинство обращается с жалобами на боли в области сердца и эпигастральной области. При глубоком исследовании обнаруживается, что 1/3 больных страдает НЦД, климактерической (дисгормональной) кардиомиопатией или депрессивными расстройствами. Боли располагаются в области верхушки сердца или других отделах грудной клетки, иногда летучего характера. Бывают периодически давящие, сжимающие, колющие

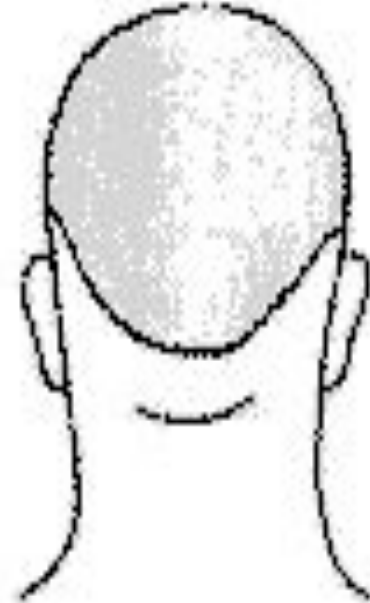


**Боли в грудной  
клетке при  
заболеваниях  
центральной и  
периферической  
нервной системы**

# Центральная постинсультная боль

Диагностика постинсультной боли в грудной клетке основывается на следующих критериях:

Появление ощущения дискомфорта и жгучей боли через некоторый период после инсульта. Односторонний характер болей, локализация в сторону неврологического дефицита.

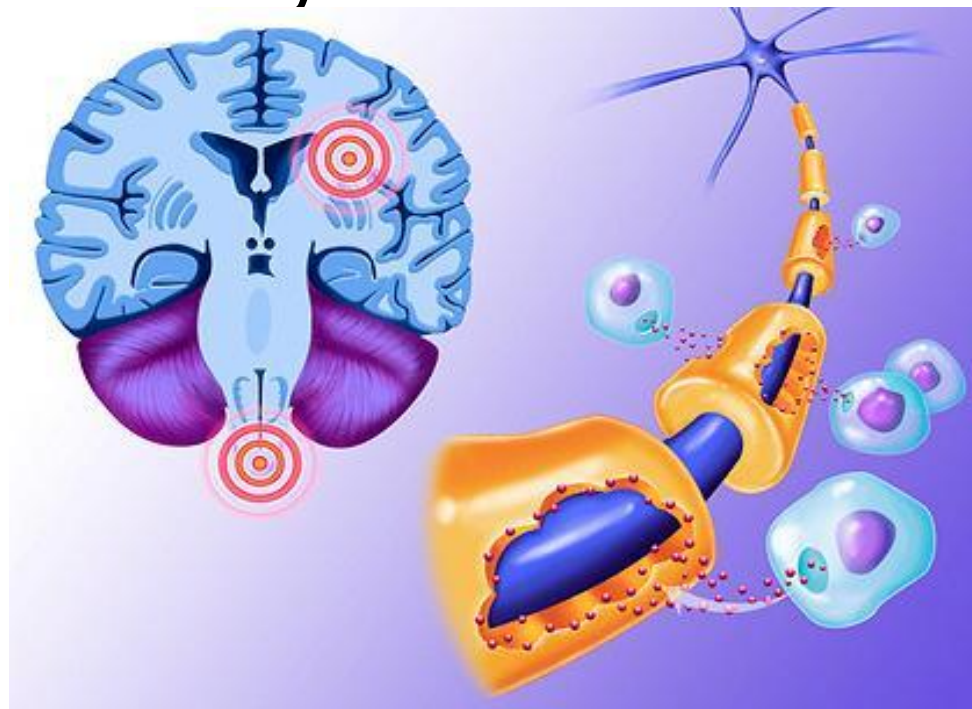


Зависимость интенсивности боли от времени суток, физической активности и эмоционального состояния пациента. Усиление болей при прикосновениях и легких давлениях. Неэффективность анальгетиков в том числе и наркотических. Диагностика: ЭКГ МРТ головного мозга

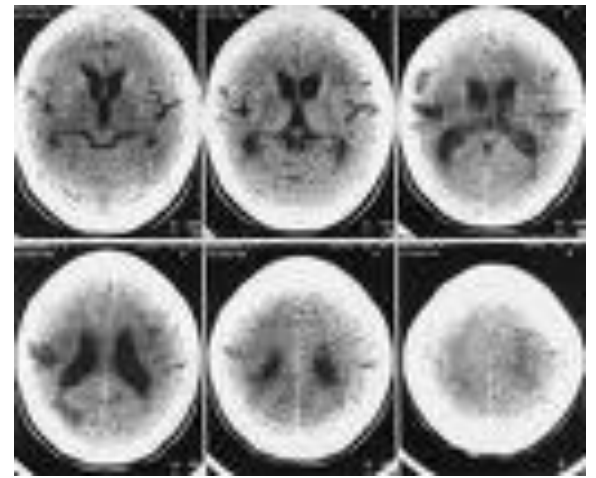


# Боли в грудной клетки при рассеянном склерозе

Это хроническое рецидивирующее заболевание ЦНС для которого характерно образование множественных рассеянных очагов демиелинизации в головном и спинном мозге. По механизму возникновения выделяют



Невралгическая боль  
непосредственно связанная  
с поражением нервной  
системы. Боли в мышцах и  
суставах обусловленное  
повышением мышечного  
тонуса. Висцеральные  
боли, являющиеся  
следствием патологии  
внутренних органов.





# **Боли в грудной клетке при опухолях спинного мозга**

Приблизительно 50 %  
спинномозговых опухолей  
развиваются непосредственно из  
нервных корешков или ближайших к  
ним участков спинного мозга и его  
оболочек, вызывая  
радикулярные  
раздражения.



Боли иногда появляются внезапно или же усиливается постепенно двухсторонние или односторонние боли в зависимости от поражения уменьшается при движении, появляется в покое часто ночью чувствительные нарушения в зоне корешковой иннервации. Диагностика: ЯМР спинного мозга . Тактика: При подозрении на опухоли спинного мозга - направление к



# Опоясывающий герпес

Возбудителем является ДНК-содержащий дерматонейротропный вирус Varicella Herpes

Характерно: Острые мучительные чаще односторонних болей в грудной клетке

Чувство жжения и гиперестезии в пораженном участке

Гипостезия и анестезия

Наличие эритематозная папула и везикула окруженная венчиком гиперемии

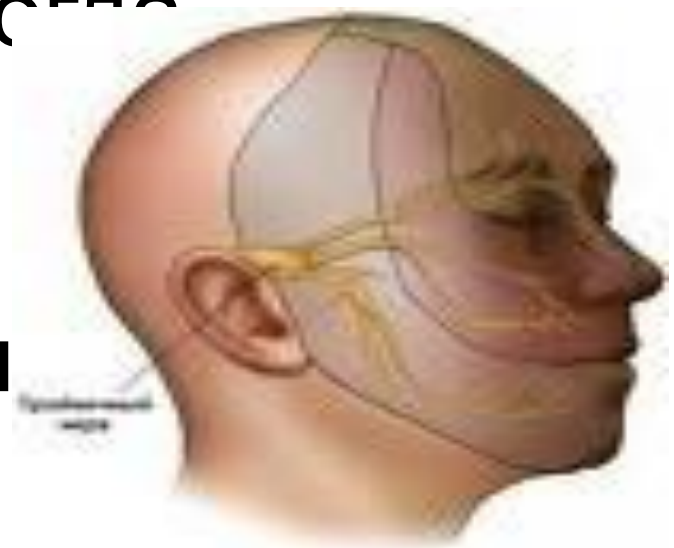
Лечение: противовирусный (ацикловир по 400 – 800 мг в 5 раз день течении 7-10 дней или валацикловир 1000 мг 3 раза в день, фамцикловир 800 мг 5 раз день), анальгетики, НПВС

# Опоясывающий герпес



После обратного развития герпетических высыпаний около 50% больных боли в грудной клетке не исчезают и сохраняются в течении 3 и более месяцев. Характерно: постоянно жгучая, приступообразная или режущая боль в грудной клетке. Усиление болей при прикосновениях кожи. Инсульт непереносимый зуд.

Участки гиперстезии, гипостезии или анестезии



**Диагностика:** анамнез, характерная клиника, по показаниям рентгенография и МРТ грудного отдела позвоночника и УЗИ внутренних органов.

**Лечение:** Антидепрессанты, при пароксизмальных болях дополнительно карамазепин (финлепсин), антиэпилептические средства (ламотриджин, габапентин), при неэффективности указанных препаратов мексилетин (200 – 600 мг в день) или в/в капельно лидокаин из расчета 5 мг на кг веса.

**Благодарю за  
внимание!**