

Дифференциальный диагноз боли в грудной клетке: в фокусе – заболевания органов пищеварения

Д.И.Трухан✉

ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздрава России. 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12

Проблема правильной диагностической трактовки боли в грудной клетке является одной из наиболее сложных и актуальных в клинике внутренних болезней. В статье рассмотрены особенности болевого синдрома при разных заболеваниях органов грудной клетки, освещены вопросы диагностики и дифференциальной диагностики.

Ключевые слова: боль в грудной клетке, заболевания органов пищеварения, дифференциальный диагноз.

✉dmitry_trukhan@mail.ru

Для цитирования: Трухан Д.И. Дифференциальный диагноз боли в грудной клетке: в фокусе – заболевания органов пищеварения. Consilium Medicum. 2015; 1: 63–67.

Differential diagnosis of chest pain: in focus digestive diseases

D.I.Trukhan✉

Omsk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 644099, Russian Federation, Omsk, ul. Lenina, d. 12

The problem of proper diagnostic interpretation of chest pain is one of the most complex and urgent internal diseases. The article describes the features of pain in various diseases of the digestive system, covered issues of diagnosis and differential diagnosis.

Key words: pain in the chest, diseases of the digestive system, differential diagnosis.

✉dmitry_trukhan@mail.ru

For citation: Trukhan D.I. Differential diagnosis of chest pain: in focus digestive diseases. Consilium Medicum. 2015; 1: 63–67.

Проблема правильной диагностической трактовки боли в грудной клетке (БГК) является одной из наиболее сложных и актуальных в клинике внутренних болезней, поскольку боль может быть проявлением заболеваний сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), костно-мышечно-суставной системы.

В соответствии с определением Международной ассоциации по изучению боли (IASP) боль определяется как «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани». Следует помнить и о болевом пороге, который индивидуален для каждого: один и тот же уровень раздражения может выражаться как в незначительной, так и в сильной боли для раз-

ных людей [1]. Для патологии разных органов и систем характерна определенная схема возникновения и развития боли, которая нередко является патогномоничной. При наличии у пациента боли врач всегда должен анализировать ее, учитывая следующие характеристики: 1) начало; 2) развитие; 3) характер; 4) интенсивность; 5) продолжительность; 6) локализацию и иррадиацию; 7) миграцию; 8) причины усиления и облегчения боли [1–3].

У пациентов с БГК необходимо проводить дифференциальную диагностику с широким спектром заболеваний (см. таблицу). Прежде всего следует исключить urgentные, жизнеугрожающие заболевания и состояния, сопровождающиеся БГК: инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, тампонада перикарда, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), пневмоторакс.

Наиболее частые причины возникновения БГК					
Сердечно-сосудистые		Легочные	Гастроэнтерологические	Костно-мышечно-суставные	Нервно-психические
ишемические	неишемические				
ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда), коронарит (при миокардите, ОРЛ, системной красной волчанке, дерматомиозите)	Расслаивающая аневризма аорты, ТЭЛА, гипертрофическая кардиомиопатия, аортальный стеноз, перикардит, инфекционный эндокардит, кардиалгия (при миокардите, ОРЛ, пороках сердца и других заболеваниях сердца)	Пневмоторакс, плеврит, рак легкого, пневмония	Заболевания пищевода: синдром Бурхаве, синдром Мэллори–Вейсса, ГЭРБ, дивертикулы пищевода, инфекционный эзофагит, ахалазия кардии, эзофагоспазм, опухоли пищевода, ГПОД. Другие заболевания ЖКТ: язвенная болезнь желудка, рак кардиального отдела желудка, ХИБОП, гепато- и спленомегалия, холецистокардиальный синдром (при ЖКБ, холецистите, дисфункциях билиарного тракта)	Дорсопатия (остеохондроз позвоночника), миофиброзит, артрит грудино-ключичного сочленения, травма ребер и грудины Другие причины: межреберная невралгия, опоясывающий лишай (до стадии высыпания)	Состояния тревоги и беспокойства: соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония), психогенная кардиалгия, гипервентиляция, панические расстройства, первичная фобия Аффективные состояния: депрессия, соматогенный невроз

Примечание. ОРЛ – острая ревматическая лихорадка.

В рамках данной статьи рассматриваются заболевания органов пищеварения, при которых в клинической картине заболевания может отмечаться БГК.

В первую очередь, целесообразно дополнить перечень urgentных состояний, проявляющихся БГК, двумя синдромами, которые связаны с патологией органов пищеварения: синдром Бурхава (Boerhaave) и синдром Мэллори–Вейсса (Mallory–Weiss).

Синдром Бурхава. Этот синдром (синонимы: спонтанный разрыв пищевода, нетравматический разрыв пищевода, барогенный разрыв пищевода, «банкетный» пищевод) сопровождается резкой болью в груди и/или эпигастральной области с иррадиацией в спину, левое плечо и левую поясничную область [4–8]. Боль часто возникает в момент приступа рвоты и нарастает при глотании. Характерны также расстройство глотания, рвота, затрудненное дыхание, подкожная эмфизема в шейно-грудной области, возможно развитие шока.

Спонтанный разрыв пищевода обычно происходит выше места перехода пищевода в желудок. Предрасполагающими факторами могут быть изменения в мышечном слое пищевода при пептической язве пищевода на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), лекарственном эзофагите, инфекционных язвах у ВИЧ-инфицированных пациентов. Непосредственной причиной разрыва пищевода является внезапное повышение внутрипищеводного давления при закрытом глоточно-пищеводном сфинктере, сочетающееся с отрицательным внутригрудным давлением, что может иметь место при: 1) сознательном желании предотвратить рвоту в общественном месте («банкетный» пищевод); 2) интенсивной рвоте после обильного приема пищи, жидкости, алкоголя; 3) многократной рвоте; 4) повышении внутрижелудочного и внутрипищеводного давления в случае поднятия больших тяжестей, интенсивного кашля, натуживания при дефекации и в родах, приступе эпилепсии; 5) булимии [9]. Разрыв пищевода может быть ятрогенным как осложнение эндоскопии или других инструментальных методов исследования.

Диагноз подтверждается проведением рентгенологических, ультразвуковых и эндоскопических исследований.

Основным методом лечения при спонтанном разрыве пищевода является оперативное вмешательство. Лучшие результаты достигаются при условии ранней диагностики спонтанного разрыва пищевода и проведения хирургического лечения в первые 12 ч после возникновения разрыва. При задержке хирургического вмешательства более чем на сутки смертность достигает 50% и более, а при отсрочке адекватного лечения на 48 ч – приближается к 90% [5, 8].

Синдром Мэллори–Вейсса. Резкая БГК может сопровождать и синдром Мэллори–Вейсса – разрыв дистальной части пищевода и проксимального отдела желудка, что проявляется артериальным кровотечением после сильного приступа рвоты, при позывах на рвоту, икании. Диагноз ставится на основании эндоскопических данных или артериографии. В большинстве случаев кровотечение останавливается спонтанно, но в некоторых случаях требуется ушивание области разрыва [4, 7].

БГК при заболеваниях органов пищеварения практически всегда связана с приемом пищи и положением туловища. Пациенты часто, называют боли по аналогии с характером воздействия известного стимула или эмоционального эффекта: колющими, режущими, пронзающими, стреляющими, ноющими, тянущими, сжимающими, давящими, грызущими, сосущими, пульсирующими, жгучими, пекущими и т.д. [1, 3].

Вопросы дифференциальной диагностики БГК при патологии органов пищеварения целесообразно рассматривать через призму фундаментального тезиса дифференциальной диагностики Роберта Хэгглина о том, что частые болезни встречаются часто, а редкие – редко [2].

ГЭРБ в последние годы привлекает к себе повышенное внимание, что связано с отчетливой тенденцией к увеличению частоты заболевания в развитых странах мира [9–12]. Наиболее характерный симптом ГЭРБ, изжога, является субъективным симптомом, выражающимся в чувстве жжения или тепла разной интенсивности и продолжительности, возникающего за грудиной (на уровне ее нижней трети) и/или в подложечной области, распространяющегося вверх от мечевидного отростка. Особенностью изжоги при ГЭРБ является зависимость от положения тела: изжога возникает при наклонах туловища вперед или в положении лежа [13, 14].

Однако часто в клинике сложно дифференцировать чувство жжения и жгучие боли, поскольку восприятие и оценка симптома может быть у пациентов разной. Нельзя забывать, что изжога относится к эквивалентам стенокардии, поэтому обязательно надо уточнить связь ее появления с физической нагрузкой. Необходимо отметить, что неприятными ощущениями в грудной клетке может сопровождаться еще один симптом ГЭРБ – дисфагия, а в ряде случаев у пациентов может отмечаться и одинофагия (боль при глотании).

Кроме этого, к внепищеводным проявлениям ГЭРБ относится ряд кардиальных симптомов: кардиалгия, аритмия, приступы сердцебиения.

БГК некоронарного происхождения (angina-like chest pain) в большинстве случаев связаны с патологией пищевода. Клинические проявления БГК, связанных с гастроэзофагеальным рефлюксом, имеют определенные особенности: жгучий характер, локализацию за грудиной, не иррадиируют, связаны с приемом пищи, передеанием, погрешностями в диете; возникают при перемене положения тела (наклоны, горизонтальное положение); уменьшаются или проходят после приема антацидов, щелочных минеральных вод или блокаторов секреции, сочетаются с изжогой и/или дисфагией [3, 4, 7].

БГК отмечается и при других заболеваниях пищевода [15].

Дивертикулы пищевода – выпячивание стенки пищевода, сообщающееся с его просветом. На долю дивертикулов в средней части пищевода приходится 70–80% всех дивертикулов. Дивертикулы диаметром до 2 см обычно не сопровождаются субъективными симптомами, но, осложняясь дивертикулитом, проявляются периодическими болями за грудиной, в эпигастральной области, спине (псевдостенокардией), дисфагией, срыгиванием, субфебрилитетом. Диагностируются на основании клинических проявлений и рентгенологического исследования [6, 7].

БГК могут отмечаться при **инфекционных эзофагитах**. Среди других клинических проявлений следует отметить одинофагию, дисфагию, извращение вкуса (дисгевзию), изжогу, икоту, кровотечение и лихорадку.

Ахалазия кардии, или кардиоспазм, – нервно-мышечное заболевание, проявляющееся стойким нарушением рефлекса раскрытия кардии при глотании и развитием дискинезии стенки грудного отдела пищевода. Заболевание чаще развивается в возрасте 20–40 лет. Основные симптомы ахалазии кардии – нарушение глотания (дисфагия), пищеводная рвота и загрудинные боли, ночной кашель. Диагноз подтверждается результатами рентгенологического исследования: отмечаются нарушение прохождения контрастной бариевой взвеси из пищевода в желудок, отсутствие газового пузыря желудка, наличие в пищеводе большого количества содержимого натошак, значительное расширение пищевода, нередко его S-образное искривление или гигантское мешковидное расширение [6, 7, 15].

Эзофагоспазм относится к группе гипермоторных дискинезий пищевода. В зависимости от протяженности спазма выделяют сегментарный и диффузный эзофаго-

спазм. К основным симптомам заболевания относятся загрудинные боли и дисфагия. Боли локализуются в области грудины или высоко в эпигастриальной области, они интенсивные, иррадируют по передней поверхности грудной клетки вверх до шеи, в нижнюю челюсть, плечи. Боли начинаются спонтанно либо во время еды, могут длиться долго (до нескольких часов) или внезапно прекращаются после глотка теплой жидкости (вода, чай и т.д.). В одних случаях спазм пищевода возникает очень часто (несколько раз в процессе приема пищи), в других – редко, 1–3 раза в месяц.

Иногда загрудинные боли при эзофагоспазме очень напоминают таковые во время приступа стенокардии, что может служить причиной гипердиагностики ишемической болезни сердца (ИБС). При болевом приступе наблюдается дисфагия, причем иногда парадоксальная: лучше проходит твердая, а не жидкая пища. В конце приступа нередко отмечается срыгивание небольшого количества слизи. В отсутствие лечения эзофагоспазм, как правило, прогрессирует.

Диагноз эзофагоспазма верифицируют с помощью рентгенологического исследования: на рентгенограмме обычно отчетливо видны спастические сокращения пищевода с образованием псевдодивертикулов, спастические искривления, напоминающие штопор. Во многих случаях наблюдается характерная клиничко-рентгенологическая картина эзофагоспазма.

Следует отметить, что для дифференциации эзофагоспазма от стенокардии проба с нитроглицерином мало пригодна, так как этот препарат расслабляет гладкомышечные клетки стенок коронарных артерий и мышечные волокна стенок пищевода. С целью дифференциальной диагностики используется электрокардиографическое исследование (реже – ортокоронарография) во время и вне болевого приступа [6, 7].

БГК может быть симптомом опухоли пищевода. Наиболее часто (у 3/4 больных) встречается плоскоклеточный рак, немного реже (у 1/4 больных) – аденокарцинома [4]. Основные признаки рака пищевода у подавляющего большинства пациентов – дисфагия, БГК и прогрессирующее похудение. Проблемой клинической диагностики является позднее возникновение симптомов, когда заболевание уже некурабельно, так как дисфагия возникает при obturации просвета пищевода опухолью более чем на 60%. Затруднение прохождения пищи может сопровождаться срыгиванием и осложняться развитием аспирационной пневмонии [6, 7]. В связи с этим необходимо помнить, что наличие дисфагии, одинофагии в сочетании с анемией в общем анализе крови необходимо считать тревожными симптомами. Наличие любого из этих симптомов у пациента требует проведения тщательного инструментального обследования для исключения опухоли пищевода.

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), которую можно выявить при рентгенологическом исследовании в положении Тренделенбурга (коленно-локтевом), нередко сопровождается появлением у пациента изжоги. Выделяют 2 типа ГПОД – аксиальную (скользящую) и параэзофагеальную. К другим клиническим проявлениям ГПОД относятся регургитация, дисфагия, боль в нижней части грудины, которая может иррадиировать в спину, левое плечо, левую руку, как при стенокардии. Обычно боль имеет жгучий характер, реже проявляется ощущением инородного тела, вздутием, давлением и часто возникает в положении лежа, при наклоне вперед, после еды, т.е. в тех ситуациях, когда повышается внутрибрюшное давление [3, 4, 9].

Боль и изжога – типичные симптомы скользящей ГПОД, сопровождающейся гастроэзофагеальным рефлюксом вследствие нарушения запирающей функции кардии. Дисфагия чаще возникает при фиксированной параэзофа-

геальной грыже, обусловленной сдавлением пищевода со-держимым грыжевого мешка.

Параэзофагеальная фиксированная грыжа распознается при обычном рентгеновском исследовании. Для обнаружения скользящей грыжи используют метод позиционного исследования с барием, позволяющий в разных положениях тела выявить миграцию абдоминальной части пищевода и кардиального отдела через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную клетку и регургитацию контрастного вещества в дистальную часть пищевода. Следует отметить, что дно желудка при формировании скользящей ГПОД редко является частью грыжевого выпячивания.

При эндоскопическом исследовании у пациента с аксиальной ГПОД на первый план выходят признаки рефлюкс-эзофагита. Среди других изменений можно отметить наличие отека, гиперемии, подслизистых геморрагий или эрозий в субкардиальном и кардиальном отделах желудка [3, 14].

Клинические проявления **врожденного короткого пищевода** очень сходны с клиникой ГПОД. Пациента беспокоят БГК после еды, изжога, редко – рвота [3, 6, 7].

При **язвенной болезни желудка** с локализацией язвы в субкардиальном отделе в течение первых 30 мин возникают псевдокоронарные БГК, усиливающиеся в положении лежа, которые сопровождаются упорной изжогой и отрыжкой [6, 7]. Кроме того, появление боли пациент зачастую связывает с выполнением физической нагрузки, нервно-психическими перегрузками. Больные с язвенной болезнью иногда ассоциируют появление боли именно с этими причинами, а не с приемом пищи.

Чувство жжения при прохождении пищи по пищеводу, царапанье и «неловкость» при проглатывании пищи может доминировать в клинической картине рака кардиального отдела желудка [1, 3]. По мере прогрессирования процесса присоединяется выраженная дисфагия. Часто отмечается боль в эпигастриальной области под мечевидным отростком, нередко иррадиирующая в область сердца. Больные, страдающие раком желудка, часто не могут связать появление боли с какими-то определенными причинами.

В последние годы внимание клиницистов привлекает **хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения** (ХИБОП) в связи с часто встречающимся болевым синдромом, который нельзя связать с соматическими заболеваниями органов пищеварения. На основании клинических проявлений выделяют 5 вариантов течения ХИБОП: эрозивно-язвенный, псевдопанкреатический, дискинетический, псевдотуморозный, холецистоподобный [16]. БГК может отмечаться при эрозивно-язвенном и псевдопанкреатическом вариантах течения ХИБОП. У этих пациентов, как правило, выявляется поражение двух или трех висцеральных артерий. Основная роль в верификации диагноза ХИБОП принадлежит методам, позволяющим непосредственно выявить окклюзионно-стенотические изменения в висцеральных артериях – ультразвуковой доплерографии и рентгеноконтрастной и магнитно-резонансной аортоартериографии. У пациентов, как правило, выявляется поражение двух или трех висцеральных артерий.

Боль в левой половине грудной клетки может быть обусловлена **увеличенной селезенкой** [17]. Возможной причиной боли в правой половине грудной клетки может быть гепатомегалия любой этиологии. Боль при гепатомегалии обусловлена реакцией глассоновой капсулы, нередко усиливается после физической нагрузки, часто бывает неопределенной.

Диагноз устанавливается на основании других признаков поражения печени (желтуха, гепато- и спленомегалия, «печеночные знаки», асцит и др.), характерных данных лабораторных исследований (повышенная активность трансаминаз, изменения иммунных проб, положительные вирусные маркеры), данных ультразвукового исследова-

ния органов брюшной полости, рентгенологического и эндоскопического исследований желудка (варикозно расширенные вены пищевода), результатов пункционной биопсии печени [18–21].

Холецистокардиальный синдром (ХКС) – комплекс клинических симптомов, проявляющийся БГК в области сердца (кардиалгия), метаболическими расстройствами в миокарде с нарушением ритма и проводимости, одышкой, иногда ухудшением коронарного кровообращения в результате рефлекторных и инфекционно-токсических воздействий на миокард, появляющихся вследствие поражения патологическим процессом желчного пузыря и желчевыводящих путей [22–26].

Клиницисты многих стран мира в течение многих лет изучают связь острых и хронических заболеваний билиарного тракта и сердечно-сосудистой системы. Часто эти нарушения выявляются во время приступа билиарной колики, при которой нередко возникают болевые ощущения в области сердца, а в некоторых случаях они бывают эквивалентны приступу билиарной колики. Данный кардиальный феномен в отечественной и зарубежной литературе описывается как «холециститное сердце», «желчно-пузырное сердце», «холангитическое сердце», «холецистокардиальная болезнь», «холецистокардиальный синдром», «желчно-кардиальный синдром», «ХКС», «коронаро-билиарный синдром Боткина», «билиарно-кардиальный синдром». ХКС может отмечаться у 15% пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), у каждого 4–2-го больного с хроническим бескаменным холециститом [22, 25].

Первым отметил возможность появления рефлекторных болей в сердце при ЖКБ С.П.Боткин в клинических лекциях (1883 г.), страдавший сам с 25-летнего возраста ЖКБ, протекавшей с частыми приступами билиарной колики, стенокардитические боли в области сердца он связывал с заболеванием желчного пузыря [25].

Развитие ХКС возможно при следующих заболеваниях желчевыводящих путей:

- хронический бескаменный холецистит;
- ЖКБ и хронический калькулезный холецистит;
- дисфункции сфинктера Одди;
- патологические процессы, приводящие к сужению терминального отдела общего желчного протока (стенозирующий папиллит, опухоли фатерова соска, индуративный панкреатит);
- гельминтозы с поражением билиарного тракта, например при описторхозе [20].

Болевые ощущения в области сердца у пациентов с патологией билиарного тракта могут быть связаны с:

- иррадиацией боли из правого в левое подреберье и в область сердца (чаще при сочетании холецистита и панкреатита);
- рефлекторной стенокардией, сопровождающей билиарную колику и острый холецистит и купирующейся после устранения причин желчной гипертензии;
- сопутствующей стенокардией, не связанной с заболеваниями желчевыводящей системы.

Возможна и безболевая форма ХКС, когда единственное его проявление – нарушение ритма сердца. Аритмии сердца также различны: от эктопических ритмов (0,47%) и экстрасистолии (9,6–13,9%) до фибрилляции предсердий (3,5–13,5%), атриовентрикулярной блокады и/или блокады правой ножки пучка Гиса. Аритмии сердца при холецистите могут встречаться у 16,2–21,8% больных [22].

Нарушения ритма сердца при патологии билиарного тракта можно расценивать как проявление ХКС в следующих случаях:

- появление аритмии с началом билиарной (желчной) колики;
- недостаточная эффективность традиционной антиаритмической терапии;

- переход аритмии в неблагоприятную форму при обострении воспаления желчевыводящих путей и нарастании билиарной гипертензии.

В большинстве случаев и нередко первыми с пациентами, имеющими проявления ХКС, сталкиваются врачи первого контакта (терапевты, врачи общей практики), гастроэнтерологи и кардиологи. Они проводят первые дифференциально-диагностические лечебные мероприятия, в их компетенцию входит выяснение причин жалоб пациента и решение вопросов о том, к кому направить больного на консультацию и как лечить.

При проведении дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что пациенты могут иметь **миксты болевых синдромов** (от лат. mixtio – смешивание), которые могут быть обусловлены не только рассмотренными заболеваниями пищеварительной системы, но и патологией других органов и систем. Выделяются два основных варианта микстов болевых синдромов: комбинированный, когда у пациента текущий болевой синдром является многокомпонентным (например, сочетание ГЭРБ и ИБС), и последовательный, когда имеется целый ряд причинных факторов развития болевого синдрома, которые манифестируют последовательно (например, когда у пациента с длительным анамнезом ГЭРБ спустя определенный промежуток времени БГК может быть обусловлена артритом грудино-ключичного сочленения).

В заключение следует отметить, что у пациента с БГК необходимо оценивать всю полноту и сложность клинической симптоматики. Если рассматривать БГК только в разделе «болезни органов пищеварения», не затрагивая другие органы и системы, следует проводить дифференциальный диагноз между достаточно большим числом как острых состояний, которые требуют неотложной помощи, так и хронических процессов, которые формируются в исходе множества заболеваний [3, 27].

Литература/References

1. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Боль в области желудка: вопросы дифференциальной диагностики. *Справ. поликлин. врача.* 2013; 2: 7–10. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Bol' v oblasti zheludka: voprosy differentsial'noy diagnostiki. *Sprav. poliklin. vracha.* 2013; 2: 7–10. [in Russian]
2. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней: пер. с нем. М.: Триада-Х, 1997. / Khegglin R. *Differentsial'naya diagnostika vnutrennikh bolezney: per. s nem. M.: Triada-X, 1997.* [in Russian]
3. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Багешева Н.В. Боль в грудной клетке, связанная с заболеваниями органов пищеварения. *Дневник Казанской мед. школы.* 2014; 1: 49–54. / Trukhan D.I., Tarasova L.V., Bagisheva N.V. Bol' v grudnoy kletke, svyazannaya s zabolevaniyami organov pishchevareniya. *Dnevnik Kazanskoy med. shkoly.* 2014; 1: 49–54. [in Russian]
4. Гастроэнтерология. Национальное руководство. Под ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. / *Gastroenterologiya. Natsional'noe rukovodstvo.* Pod red. V.T.Ivashkina, T.L.Lapinoy. M.: GEOTAR-Media, 2008. [in Russian]
5. Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В. Спонтанный разрыв пищевода (синдром Бурхаве). *Эндоскопическая хирургия.* 2009; 6: 48–50. / Timerbulatov V.M., Timerbulatov Sh.V. Spontanny razryv pishchevoda (sindrom Burkhave). *Endoskopicheskaya khirurgiya.* 2009; 6: 48–50. [in Russian]
6. Трухан Д.И., Викторова И.А. Внутренние болезни. Гастроэнтерология. СПб.: СпецЛит, 2013. / Trukhan D.I., Viktorova I.A. *Vnutrennie bolezni. Gastroenterologiya.* SPb.: SpetsLit, 2013. [in Russian]
7. Трухан Д.И., Тарасова Л.В., Филимонов С.Н., Викторова И.А. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика и лечение. СПб.: СпецЛит, 2014. / Trukhan D.I., Tarasova L.V., Filimonov S.N., Viktorova I.A. *Bolezni pishchevoda, zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki. Klinika, diagnostika i lechenie.* SPb.: SpetsLit, 2014. [in Russian]
8. Рабаданов К.М. Спонтанный разрыв пищевода. *Хирургия.* 2014; 6: 81–3. / Rabadanov K.M. Spontanny razryv pishchevoda. *Khirurgiya.* 2014; 6: 81–3. [in Russian]
9. Dent J, Brun J, Fendrick AM. An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44: 1–16.
10. Лазебник Л.Б., Машарова А.А., Бордин Д.С. и др. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЕГРЕ): первые итоги. *Эксперим. и клин. гастроэнтерология.* 2009; 6: 4–12. /

- Lazebnik L.B., Masharova A.A., Bordin D.S. i dr. Mnogotsentrovoye issledovanie «Epidemiologiya gastroezofageal'noy refluksnoy bolezni v Rossii» (MEGRE): pervye itogi. Eksperim. i klin. gastroenterologiya. 2009; 6: 4–12. [in Russian]
11. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в практике врача первого контакта. Рос. мед. вести. 2013; 1: 16–25. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni' v praktike vracha pervogo kontakta. Ros. med. vesti. 2013; 1: 16–25. [in Russian]
 12. Трухан Д.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и функциональная диспепсия: выбор прокинетики с позиций клинической эффективности и лекарственной безопасности. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2014; 5: 77–85. / Trukhan D.I. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni' i funktsional'naya dispetsiya: vybor prokinetika s pozitsiy klinicheskoy effektivnosti i lekarstvennoy bezopasnosti. Ros. zhurn. gastroenterologii, gepatologii, kolo-proktologii. 2014; 5: 77–85. [in Russian]
 13. Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Изжога – актуальные вопросы дифференциальной диагностики и лечения. Мед. альманах. 2013; 1: 91–5. / Tarasova L.V., Trukhan D.I. Izzhoga – aktual'nye voprosy differentsial'noy diagnostiki i lecheniya. Med. al'manakh. 2013; 1: 91–5. [in Russian]
 14. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Диагностическая и лечебная тактика врача общей практики при изжоге. Справ. врача общей практики. 2013; 4: 19–26. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Diagnosticheskaya i lechebnaya taktika vracha obshchey praktiki pri izzhoge. Sprav. vracha obshchey praktiki. 2013; 4: 19–26. [in Russian]
 15. Трухан Д.И. Боль в грудной клетке при заболеваниях пищевода. ЖКТ. 2014; 2: 1, 6–7. / Trukhan D.I. Bol' v grudnoy kletke pri zabolevaniyakh pishchevoda. ZhKT. 2014; 2: 1, 6–7. [in Russian]
 16. Звенигородская Л.А., Самсонова Н.Г. Хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения: клиническая картина, диагностика, лечение. Consilium Medicum. Гастроэнтерология (Прил.). 2008; 2: 59–62. / Zvenigorodskaya L.A., Samsonova N.G. Khronicheskaya ishemicheskaya bolezni' organov pishchevareniya: klinicheskaya kartina, diagnostika, lechenie. Consilium Medicum. Gastroenterologiya (Pril.). 2008; 2: 59–62. [in Russian]
 17. Трухан Д.И., Тарасова Л.В. Боль в левом подреберье: вопросы дифференциальной диагностики. Справ. поликлин. врача. 2014; 1: 48–52. / Trukhan D.I., Tarasova L.V. Bol' v levom podreber'e: voprosy differentsial'noy diagnostiki. Sprav. poliklin. vracha. 2014; 1: 48–52. [in Russian]
 18. Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей. Под ред. В.Т.Ивашкина. М.: М-Вести, 2002. / Bolezni pecheni i zhelcheyvodyashchikh putey. Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. V.T.Ivashkina. M.: M-Vesti, 2002. [in Russian]
 19. Диффузные болезни печени: диагностика и лечение. Методическое пособие. Под ред. В.Т.Ивашкина. М.: М-Вести, 2004. / Diffuznye bolezni pecheni: diagnostika i lechenie. Metodicheskoe posobie. Pod red. V.T.Ivashkina. M.: M-Vesti, 2004. [in Russian]
 20. Трухан Д.И., Викторова И.А., Сафонов А.Д. Болезни печени. СПб.: Фолиант, 2010. / Trukhan D.I., Viktorova I.A., Safonov A.D. Bolezni pecheni. SPb.: Foliant, 2010. [in Russian]
 21. Тарасова Л.В., Трухан Д.И. Боль в правом подреберье: диагностическая тактика врача общей практики. Справ. врача общей практики. 2013; 5: 22–8. / Tarasova L.V., Trukhan D.I. Bol' v pravom podreber'e: diagnosticheskaya taktika vracha obshchey praktiki. Sprav. vracha obshchey praktiki. 2013; 5: 22–8. [in Russian]
 22. Гріднев А.Е. Холецистокардиальный синдром. / Gridnev A.E. Kholetsistokardial'nyy sindrom. <http://health-ua.com/articles/1518.html> [in Russian]
 23. Ветшев П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром – миф или реальность. Хирургия. Журн. им. Н.И.Пирогова. 2005; 3: 59–64. / Vetshev P.S., Nogtev P.V. Kholetsistokardial'nyy sindrom – mif ili real'nost'. Khirurgiya. Zhurn. im. N.I.Pirogova. 2005; 3: 59–64. [in Russian]
 24. Сулимов В.В., Ветшев П.С., Ногтев П.В. Холецистокардиальный синдром: современный взгляд. Врач. 2005; 7: 35–8. / Sulimov V.V., Vetshev P.S., Nogtev P.V. Kholetsistokardial'nyy sindrom: sovremennyy vzglyad. Vrach. 2005; 7: 35–8. [in Russian]
 25. Губергриц Н.Б. Холецистокардиальный синдром. / Gubergrits N.B. Kholetsistokardial'nyy sindrom. <http://m-l.com.ua/?aid=1007> [in Russian]
 26. Трухан Д.И., Филимонов С.Н. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Новокузнецк: Полиграфист, 2014. / Trukhan D.I., Filimonov S.N. Klinika, diagnostika i lechenie osnovnykh zabolevaniy serdechno-sosudistoy sistemy. Novokuznetsk: Poligrafist, 2014. [in Russian]
 27. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. Справочное руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. / Vinogradov A.V. Differentsial'nyy diaгноз vnutrennikh bolezney. Spravochnoe rukovodstvo dlya vrachey. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2001. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Трухан Дмитрий Иванович – д-р мед. наук, доц., проф. каф. внутренних болезней и поликлинической терапии ГБОУ ВПО ОмГМА. E-mail: dmitry_trukhan@mail.ru