

ПАЦИЕНТ С ОДЫШКОЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ

А. Сыров, кандидат медицинских наук,
Н. Шмелева, кандидат медицинских наук
Консультативно-диагностический центр №6
Департамента здравоохранения Москвы
E-mail: syrman2002_1@yahoo.com

На клиническом примере обсуждаются ключевые проблемы дифференциальной диагностики одышки в амбулаторных условиях и практические действия врача поликлиники. Подчеркивается необходимость всестороннего, мультидисциплинарного подхода при постановке диагноза и определении лечения у пациентов с одышкой.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика одышки, одышка при сердечной патологии, одышка при заболеваниях бронхолегочной системы.

Пациентка А., 52 лет, обратилась в консультативно-диагностический центр в связи с одышкой при обычной ходьбе и выполнении домашних дел, появившейся несколько лет назад и усилившейся в последние 3–4 мес. Не курит. Профессиональных вредностей нет.

В анамнезе: около 15 лет — артериальная гипертензия (АГ) и ожирение. За последние полгода масса тела возросла на 10 кг, что больная связывает со снижением физической активности. При эпизодическом измерении АД на уровне 180–160/100–110 мм рт. ст., пульс 80–100 в минуту. Диеты не придерживается, планоно принимает лозартан 50 мг + гидрохлортиазид 12,5 мг и бисопролол 5 мг. При осмотре: состояние удовлетворительное. Отеки ног. Кожные покровы не изменены. Индекс массы тела — 42 кг/м². Частота дыхания — 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание, единичные свистящие хрипы на выдохе. Сатурация крови кислородом нормальная (по данным пульсоксиметрии — 95%). Тоны сердца ритмичные, глухие, частота сердечных сокращений — 105 в минуту. АД — 170/110 мм рт. ст. Живот значительно увеличен в размерах за счет подкожной жировой клетчатки.

Одышка — один из самых частых симптомов, отмечаемых у пациентов на амбулаторном приеме терапевта, кардиолога или пульмонолога. Причиной одышки бывает ряд заболеваний, которые можно разделить на несколько больших групп: бронхолегочные, сердечно-сосудистые и смешанная группа, включающая нервно-мышечные, метаболические нарушения и состояния, связанные с нарушениями нервно-психической сферы (см. таблицу).

Основные заболевания органов дыхания, проявляющиеся одышкой: пневмонии, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма (БА) [2], большая группа диффузных заболеваний легких, плевриты, заболевания легочных сосудов (первичная легочная гипертензия, перенесенная тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) с развитием вторичной легочной гипертензии). Кардиологические причины одышки включают ишемию миокарда и сердечную недо-

статочность. Одышка напряжения (при физической нагрузке) может быть связана с анемией, дисфункцией щитовидной железы, метаболическим ацидозом (например, при декомпенсации сахарного диабета). Если при тщательном обследовании не выявлена причина одышки, необходимо исключить психогенные причины: гипервентиляцию, паническое атаки, депрессию [3–6].

Проведено обследование пациентки.

Показатели клинических анализов мочи и крови — без отклонений от нормы. Биохимический анализ крови также без изменений; Hb — 134 г/л; СОЭ — 14 мм/ч; содержание креатинина — 81 мкмоль/л, холестерина — 4,9 ммоль/л, глюкозы 5,9 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности — 2,9 ммоль/л. Уровень тиреотропного гормона — в норме (2,4 мкМед/мл). Таким образом, по результатам анализов, данных, подтверждающих анемию, сахарный диабет, дисфункцию щитовидной железы, не получено. На ЭКГ — синусовая тахикардия (см. рисунок). Очаговых и ишемических изменений нет.

Для исключения хронической СН проведена эхокардиография (ЭхоКГ), показавшая, что систолическая функция ЛЖ в норме — 59%. Дилатации камер сердца и зон гипокинезии нет. Умеренная гипертрофия ЛЖ: толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки — 13 мм. Систолическое давление в легочной артерии не повышено (21 мм рт. ст.), что позволило исключить перенесенную ТЭЛА с развитием вторичной легочной гипертензии.

Дифференциальный диагноз хронической одышки (по [6])

Сердечно-сосудистые заболевания	СН: систолическая или диастолическая ИБС Гипертрофия ЛЖ Кардиомиопатии Аритмии (особенно фибрилляция предсердий) Перикардиты Поражение клапанов сердца Легочная гипертензия Наследственные заболевания
Бронхолегочные заболевания	Туберкулез легких Пневмонии ХОБЛ БА Интерстициальные заболевания легких Плевриты Онкология (первичное поражение или метастазы) Бронхоэктатическая болезнь Обструкция верхних дыхательных путей (стеноз трахеи или гортани)
Другие причины	Ожирение Анемия Заболевания щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипотиреоз) Гастрозофагеальный рефлюкс Метаболические нарушения (уремия, ацидоз) Тромбоэмболическая болезнь Нервно-мышечные заболевания (миастения, боковой амиотрофический склероз) Кифосколиотическая деформация грудной клетки Цирроз печени Психогенные причины (панические расстройства, депрессия, посттравматические расстройства, неврастения и т.п., гипервентиляция)

Примечание. СН — сердечная недостаточность, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ЛЖ — левый желудочек.

Простым и достоверным тестом для исключения СН является определение уровня ргоBNP – мозгового натрийуретического пептида [7]. Отмечено клинически незначимое повышение показателя до 165 пг/мл (норма – до 125 пг/мл), что отражает диастолическую дисфункцию ЛЖ у пациентки с АГ.

В связи с выраженным ожирением проведение нагрузочной пробы было невозможно. Так как выполнение стресс-ЭхоКГ не было доступно в амбулаторном учреждении, выполнена мультиспиральная компьютерная томография (КТ) коронарных артерий, не выявившая существенного их стеноза, что позволило исключить ИБС.

Пulьмонологическое обследование.

При БА выявляется снижение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) от должной величины. Общепринятым критерием диагностики БА служит прирост $ОФВ_1 \geq 12\%$ и ≥ 200 мл по сравнению со значением до ингаляции бронхолитиков. Снижение $ОФВ_1$ может быть следствием различных заболеваний легких, поэтому для оценки бронхиальной обструкции важно определить отношение объема $ОФВ_1$ к форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ) – индекс Тиффно. В норме $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ составляет $>0,75-0,8$. Более значительное снижение этого показателя позволяет заподозрить бронхообструктивное заболевание [1].

Диагноз ХОБЛ необходимо исключать у всех пациентов с неясной одышкой или кашлем. Диагноз подтверждается с помощью спирометрии. Показатель $ОФВ_1/ФЖЕЛ < 0,7$ при проведении теста с бронхолитиком свидетельствует о необратимой бронхообструкции, т.е. о наличии ХОБЛ. У пациентов с ХОБЛ часто развиваются сопутствующие заболевания, например, ИБС, нарушение функции скелетных мышц, метаболический синдром, рак легкого. Эти заболевания сами по себе могут быть причиной одышки, т.е. одышка носит смешанный характер. Вклад каждого из заболеваний в формирование одышки можно оценить только в зависимости от эффективности лечения.

По данным спирометрии, у нашей пациентки показатель ФЖЕЛ составил 93%, $ОФВ_1$ – 86%, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ – 82% (вариант нормы), тест с салбутамолом – отрицательный.

Рентгенография органов грудной клетки также патологии не выявила. При ее неинформативности рекомендуется выполнить КТ органов грудной клетки для исключения интерстициальных заболеваний легких [3, 7].

С учетом проведенного обследования поставлен диагноз: гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени. Риск сердечно-сосудистых осложнений умеренный. Ожирение III степени, СН III функционального класса. Причиной одышки у пациентки являются выраженное алиментарное ожирение и АГ с диастолической дисфункцией ЛЖ.

Пациентке рекомендовано изменение образа жизни: диета с резким ограничением поваренной соли и калорийности (не более 1000 ккал/сут), снижение массы тела, дозированная физическая нагрузка (плавание, занятия на велотренажере). Назначена гипотензив-



ЭКГ больной А. Синусовая тахикардия

ная терапия: рамиприл 10 мг + амлодипин 10 мг, торасемид 5 мг 1 раз после завтрака и бисопролол 10 мг 1 раз утром. При повторном осмотре через 1 мес АД 130/85 мм рт. ст., пульс 76 в минуту. Масса тела снизилась на 5 кг. Пациентка отмечает уменьшение одышки. Рекомендовано продолжить прежнее лечение.

Комплексное клиническое обследование больной позволило отвергнуть ряд возможных заболеваний и установить истинную причину одышки. Назначенное лечение привело к отчетливому улучшению состояния пациентки, что подчеркивает необходимость всестороннего, мультидисциплинарного подхода для постановки диагноза и определения лечения у пациентов с одышкой.

Литература

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (2011). Пер. с англ. Под ред. А.С. Белевского / М.: Российское респираторное общество, 2012; 80 с.
2. Глобальная стратегия по лечению бронхиальной астмы (2011). Пер. с англ. Под ред. А.С. Белевского / М.: Российское респираторное общество, 2012; 108 с.
3. Gavin M., Morse D. et al. Breathless // N. Engl. J. Med. – 2012; 366: 75–81.
4. Karnani M. et al. Evaluation of chronic dyspnoea // Am. Fam. Physician. – 2005; 71 (8): 1529–37.
5. McMurray J. Systolic Heart Failure // N. Engl. J. Med. – 2010; 362: 228–38.
6. Morgan W., Hodge H. Diagnostic evaluation of dyspnoea // Am. Fam. Physician. – 1998; 57(4): 711–6.
7. Yancy C. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure // J. Am. Coll. Cardiol. – 2013; 62: 147–239.

A PATIENT WITH DYSPNEA AT THE OUTPATIENT RECEPTION

A. Syrov, Candidate of Medical Sciences; **N. Shmeleva**, Candidate of Medical Sciences
Consulting Diagnostic Center Six, Moscow Healthcare Department

The clinical example is used to discuss the key problems of differential diagnosis of dyspnea in outpatient settings and the practical actions of a polyclinic physician. Emphasis is placed on the need for a comprehensive, multidisciplinary approach to making a diagnosis and determining a treatment option in patients with dyspnea.

Key words: differential diagnosis of dyspnea; dyspnea in cardiac disease; dyspnea in bronchopulmonary diseases.