

**Д. И. ТРУХАН, С. Н. ФИЛИМОНОВ**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ  
ОСНОВНЫХ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИХ  
СИМПТОМОВ и СИНДРОМОВ**

*Учебное пособие*

Санкт-Петербург  
СпецЛит  
2019

## СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения . . . . .	4
Введение . . . . .	5
Синдром боли в грудной клетке . . . . .	6
Синдром пневмоторакса . . . . .	16
Синдром легочной диссеминации . . . . .	26
Синдром эмфиземы легких . . . . .	38
Синдром плеврита . . . . .	41
Бронхитический синдром . . . . .	50
Бронхообструктивный синдром . . . . .	58
Синдром очагового уплотнения легочной ткани . . . . .	75
Синдром образования полости в легком . . . . .	83
Синдром ателектаза . . . . .	96
Катарально-респираторный синдром . . . . .	98
Тяжелый острый респираторный синдром . . . . .	104
Синдром дыхательной недостаточности . . . . .	107
Острый респираторный дистресс-синдром . . . . .	110
Синдром легочного сердца . . . . .	115
Кашель . . . . .	120
Кровохарканье и легочное кровотечение . . . . .	135
Изменения органов и тканей полости рта при заболеваниях органов дыхания . . . . .	143
Изменения органа зрения при заболеваниях органов дыхания . . . . .	148
Изменения кожи при заболеваниях органов дыхания . . . . .	151
Тестовые задания . . . . .	153
Литература . . . . .	171

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

БС	—	бронхитический синдром
ВИЧ	—	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	—	Всемирная организация здравоохранения
ВСП	—	вторичный спонтанный пневмоторакс
ГКС	—	глюкокортикостероиды
ГЭРБ	—	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДН	—	дыхательная недостаточность
ЖЕЛ	—	жизненная емкость легких
ЖКТ	—	желудочно-кишечный тракт
ИБЛ	—	интерстициальные болезни легких
ИВЛ	—	искусственная вентиляция легких
ИФА	—	идиопатический фиброзирующий альвеолит
КА	—	компрессионный ателектаз
КТ	—	компьютерная томография
КРС	—	катарально-респираторный синдром
КФК	—	креатинфосфокиназа
ЛДГ	—	лактатдегидрогеназа
МКБ	—	Международная классификация болезней
МСКТ	—	мультиспиральная компьютерная томография
МСВ	—	максимальная скорость выдоха
НПВП	—	нестероидные противовоспалительные препараты
ОА	—	обтурационный ателектаз
ОЕЛ	—	общая емкость легких
ООЛ	—	остаточный объем легких
ОРВИ	—	острая респираторная вирусная инфекция
ОРДС	—	острый респираторный дистресс-синдром
ОФV <sub>1</sub>	—	объем форсированного выдоха за первую секунду
ПСВ	—	пиковая скорость выдоха
ПСП	—	первичный спонтанный пневмоторакс
ПЦР	—	полимеразная цепная реакция
СКВ	—	системная красная волчанка
СОЭ	—	скорость оседания эритроцитов
СПИД	—	синдром приобретенного иммунодефицита
ТОРС	—	тяжелый острый респираторный синдром
ТЭЛА	—	тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	—	ультразвуковое исследование
ФВД	—	функция внешнего дыхания
ФЖЕЛ	—	форсированная жизненная емкость легких
ХБ	—	хронический бронхит
ХОБЛ	—	хроническая обструктивная болезнь легких
ЦНС	—	центральная нервная система
ЧДД	—	частота дыхательных движений
ЭАА	—	экзогенный аллергический альвеолит
ЭКГ	—	электрокардиография
ЭхоКГ	—	эхокардиография
GINA	—	Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы
GOLD	—	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

## ВВЕДЕНИЕ

Болезни органов дыхания представляют собой одну из актуальных проблем современной внутренней медицины, что связано с их распространенностью, существенным влиянием на качество жизни и социальное функционирование человека. Проведение диагностических, лечебных, реабилитационных мероприятий у больных с патологией органов дыхания связано со значительными затратами, что обуславливает как медицинский, так и социальный аспект проблемы.

Создание настоящего учебного пособия продиктовано не только стремлением отразить диагностические вопросы основных заболеваний органов дыхания, но и бурным развитием современной пульмонологии. В учебном пособии рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики основных пульмонологических симптомов и синдромов.

При составлении учебного пособия авторами использованы материалы собственных учебных пособий с грифом УМО и фрагменты авторских статей, опубликованных в рецензируемых журналах.

Учебное пособие предназначено для врачей и клинических ординаторов, обучающихся в системе послевузовского профессионального образования по специальностям: «Терапия», «Пульмонология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», а также для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия».

## СИНДРОМ БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

В современной клинической практике проблема правильной диагностической трактовки боли в грудной клетке является одной из наиболее актуальных и сложных. Это обусловлено многообразием заболеваний различных органов и систем, при которых боль в грудной клетке является ведущим клиническим симптомом, а также возможным атипичным течением этих болезней, что в итоге может приводить к диагностическим ошибкам. Боль в грудной клетке может быть проявлением не только заболеваний сердечно-сосудистой системы, но и заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), центральной и периферической нервной системы, костно-мышечно-суставной системы.

Для патологии различных органов и систем характерна определенная схема возникновения и развития болей, 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.

У пациентов с болью в грудной клетке необходимо проводить дифференциальную диагностику с широким спектром заболеваний (табл. 1). Прежде всего следует исключить urgentные, жизнеугрожающие заболевания и состояния, сопровождающиеся болями в грудной клетке: инфаркт миокарда, расслаивающая аневризма аорты, тампонада перикарда, тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), пневмоторакс, синдромы Бурхаве и Мэллори – Вейсса.

Боль в грудной клетке при заболеваниях органов дыхания часто связана с актом дыхания, кашлем и положением туловища.

При заболеваниях дыхательной системы боли в груди зависят от раздражения плевры, в которой расположены чувствительные нервные окончания, отсутствующие в легочной ткани. Патологические изменения могут быть при воспалении плевры, воспалении легких, инфаркте легкого, при метастазах опухоли в плевру или развитии в ней первичного опухолевого процесса. Локализация боли зависит от расположения патологического очага. По характеру плевральная боль обычно бывает колющего характера. Она усиливается при глубоком дыхании, кашле и в положении больного на здоровом боку,

Таблица 1

### Наиболее частые причины возникновения болей в грудной клетке

Сердечно-сосудистые		Легочные	Гастроэнтерологические	Костно-мышечно-суставные	Нервно-психические
ишемические	нейшемические				
ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда), коронарит (при миокардите, острой ревматической лихорадке, системной красной волчанке, дерматомиозите)	Расслаивающаяся аневризма аорты, ТЭЛА, гипертрофическая кардиомиопатия, аортальный стеноз, перикардит, инфекционный эндокардит, кардиалгия (при миокардите, острой ревматической лихорадке, пороках сердца и др. заболеваниях сердца)	Пневмоторакс, плеврит, рак легкого, пневмония	<b>Болезни пищевода:</b> синдром Бурхава, синдром Мэллори – Вейсса, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дивертикулы пищевода, инфекционный эзофагит, ахалазия кардии, эзофагоспазм, опухоль пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. <b>Другие заболевания ЖКТ:</b> язвенная болезнь желудка, рак кардиального отдела желудка, хроническая ишемическая болезнь органов пищеварения, гепато- и спленомегалия, холестоккардиальный синдром (при желчнокаменной болезни, холестите, дисфункциях билиарного тракта)	Дорсопатия (остеохондроз позвоночника), миозит, миофиброзит, плечевой плексит, синдром передней лестничной мышцы, остеомиелит и травма ребер и грудины, синдром Титце. <b>Другие причины:</b> межреберная невралгия, опоясывающий лишай («до стадии высыпания»)	<b>Состояния тревоги и беспокойства:</b> соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы (нейроциркуляторная дистония), психогенная кардиалгия, гипервентиляция, панические расстройства, первичная фобия. <b>Аффективные состояния:</b> депрессия, соматогенный невроз

уменьшается на больном боку при сдавлении грудной клетки, приводящем к уменьшению ее дыхательной экскурсии.

К неотложным ургентным состояниям в пульмонологии относится пневмоторакс. Все больные с пневмотораксами должны быть госпитализированы. При напряженном пневмотораксе показан немедленный торакоцентез (во II межреберье по среднеключичной линии при помощи иглы или канюли для венепункции не короче 4,5 см), даже при невозможности подтвердить диагноз при помощи рентгенографии.

Боль в груди и одышка являются ведущими жалобами при пневмотораксе. Для пневмоторакса характерно острое начало заболевания, связанное или не связанное с физической нагрузкой, не связанное со стрессом. Боль часто описывается как «острая, пронзающая, кинжальная», усиливается во время вдоха, может иррадиировать в плечо пораженной стороны. Выраженность одышки связана с размером пневмоторакса. При вторичном пневмотораксе, как правило, наблюдается более тяжелая одышка, что связано со снижением резерва дыхания у таких больных. Могут наблюдаться сухой кашель, потливость, общая слабость, тревожность.

При объективном исследовании выявляют ограничение амплитуды дыхательных движений, ослабление дыхания, тимпанический звук при перкуссии, тахипноэ, тахикардию. Для подтверждения диагноза необходимо проведение рентгенографии грудной клетки (оптимальная проекция — переднезадняя, при вертикальном положении больного). Рентгенографическим признаком пневмоторакса является визуализация тонкой линии висцеральной плевры (менее 1 мм), отделенной от грудной клетки.

Частая находка при пневмотораксе — смещение тени средостения в противоположную сторону. Так как средостение не является фиксированной структурой, то даже небольшой пневмоторакс может вести к смещению сердца, трахеи и других элементов средостения, поэтому контралатеральный сдвиг средостения не считается признаком напряженного пневмоторакса.

Вопросы дифференциальной диагностики боли в грудной клетке при патологии органов дыхания целесообразно рассматривать через призму фундаментального тезиса дифференциальной диагностики Роберта Хэгглина о том, что частые болезни встречаются часто, а редкие — редко.

Если рассматривать боль в грудной клетке как проявление заболеваний бронхолегочной системы, то целесообразно обратить внимание на такие заболевания, как острый и хронический бронхиты,

пневмония, абсцесс легкого, плеврит, бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз, рак легкого, туберкулез. Боль при всех этих заболеваниях может носить очень похожий характер.

Дискомфорт в грудной клетке при **остром бронхите** может восприниматься как ощущение саднения и тяжести в грудной клетке, иногда при частых приступах кашля за счет перенапряжения мышц возникают боли в нижних отделах грудной клетки и верхней части брюшной стенки. В дебюте острого бронхита кашель обычно сухой или с трудноотделяемой скудной мокротой, отмечаются симптомы острого респираторного заболевания (субфебрильная или умеренно высокая лихорадка, общее недомогание, насморк и др.). При объективном исследовании можно выявить увеличение частоты дыхания, при перкуссии грудной клетки — ясный легочный звук, при аускультации — жесткое дыхание, сухие хрипы различной высоты и тембра. В анализах крови у больных острым бронхитом, как правило, какие-либо изменения отсутствуют. При рентгенологическом исследовании у больных острым бронхитом существенных отклонений от нормы в большинстве случаев не обнаруживают.

**Хронический бронхит** представляет собой хронически протекающее воспалительное заболевание, которое характеризуется диффузным поражением бронхиального дерева с изменением его структуры, гиперсекрецией слизи и нарушением дренажной функции бронхов. Основным симптомом хронического бронхита является кашель. В начале заболевания он обычно возникает по утрам, после пробуждения и сопровождается выделением небольшого количества мокроты. Кашель усиливается в холодное и сырое время года, уменьшается, а иногда и полностью прекращается в сухие и теплые дни. Общее самочувствие пациентов при этом обычно страдает мало, кашель для них (особенно для курящих пациентов) становится как бы «привычным», в связи с чем такие больные часто не обращаются к врачу. При прогрессировании заболевания кашель усиливается, становится надсадным, приступообразным, малопродуктивным. Мокрота, слизистая в начале заболевания, постепенно становится слизисто-гноющей и гноющей. Появление болей в грудной клетке за счет мышечного напряжения возможно при наличии постоянного кашля. Появляются общее недомогание, умеренная утомляемость, потливость по ночам.

По мере прогрессирования эмфиземы легких присоединяется одышка, сначала при значительной, а затем и при небольшой физической нагрузке. При объективном исследовании: опущение нижних краев легких и уменьшение их подвижности, перкуторно — коробочный звук. Аускультативно определяют ослабленное дыхание. При



хроническом обструктивном бронхите обращает на себя внимание наличие большого количества сухих свистящих хрипов, особенно отчетливо выслушиваемых в фазу выдоха при форсированном дыхании. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больных хроническим бронхитом изменения чаще выявляют в случае присоединения эмфиземы легких.

**Пневмония**, как правило, развивается остро. Появляются озноб, повышение температуры тела до 39—40 °С, небольшой сухой кашель, общая слабость. Воспаление быстро распространяется по легочной ткани, задевает плевру, поэтому быстро присоединяются колющие боли в грудной клетке, связанные с актом дыхания. При поражении диафрагмальной плевры боли могут иррадиировать в различные области живота, имитируя картину острого аппендицита, острого холецистита, прободной язвы желудка или острого панкреатита (торако-абдоминальный синдром).

Дыхание поверхностное, его частота может достигать 30—40 в минуту, тахикардия до 100—120 в минуту. Отмечают отставание соответствующей половины грудной клетки при дыхании, усиление голосового дрожания и появление притупленного перкуторного звука над пораженными сегментами. При аускультации над зоной воспаления выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, крепитация, шум трения плевры. В анализах крови при крупозной пневмонии определяют лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилию, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ). В анализах мочи отмечаются протеинурия, микрогематурия.

В зависимости от стадии заболевания мокрота бывает различной, в ней часто выявляют разнообразные микроорганизмы, в первую очередь пневмококки.

Рентгенологическая картина крупозной пневмонии зависит от стадии течения заболевания. Имеются участки затемнения, постепенно целиком охватывающие сегмент или долю легкого, что соответствует стадии инфильтрации легочной ткани. В дальнейшем, спустя 2—3 нед., по мере рассасывания пневмонии происходит восстановление прозрачности на рентгенограмме.

В течении **абсцесса легкого** выделяют 2 периода: период формирования абсцесса до его вскрытия и период вскрытия абсцесса с образованием полости. В начале заболевания (период формирования абсцесса) больных беспокоят озноб, сильные боли в грудной клетке при дыхании, связанные с актом дыхания (если воспалительным процессом задета плевра), сухой кашель, одышка, высокая гектическая лихорадка, выраженные симптомы интоксикации.