

Клиническая задача для самоконтроля

Пациент 32 лет с внезапно развившейся одышкой, непродуктивным кашлем

Л.И. Дворецкий

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
dvoretski@mail.ru

Clinical case for self-monitoring

Patient aged 32 with sudden onset of shortness of breath and nonproductive cough

Leonid I. Dvoretzky

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia
dvoretski@mail.ru

32-летний больной доставлен в стационар с внезапно развившейся одышкой, непродуктивным кашлем. Год тому назад обследовался по поводу колющих болей в левой половине грудной клетки, не связанных с нагрузкой. Диагностирован пролапс митрального клапана.

Объективно: состояние средней тяжести, умеренный цианоз губ. Обращает внимание особенности со стороны пальцев рук и ног (рис. 1), повышенная растяжимость кожи. Число дыханий – 22 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно звук с тимпаническим оттенком справа. Аускультативно дыхание справа резко ослаблено. ЧСС – 92/мин. АД – 110/70 мм рт. ст. Живот без особенностей.

Рис. 1. Внешний вид пальцев ног больного.
Fig. 1. Appearance of patient's toes



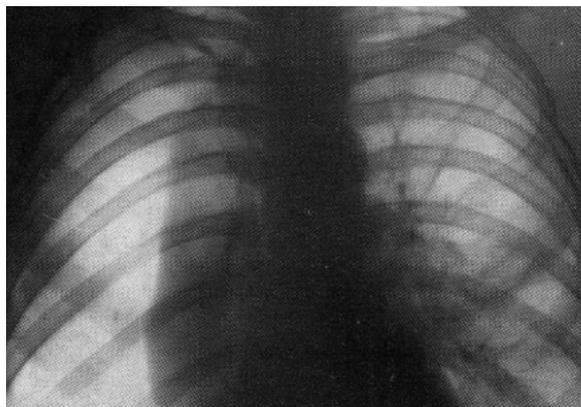
Анализ крови: Hb – 120 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8 \times 10^9/л$. Формула без особенностей. СОЭ – 15 мм/ч. ЭКГ – без очаговых изменений. Проведено рентгенологическое исследование грудной клетки (рис. 2).

Какое утверждение правильно?

- А. Правосторонняя (прикорневая) пневмония.
- Б. Экссудативный (осумкованный) плеврит.
- В. Ателектаз правого легкого.
- Г. Расслаивающая аневризма аорты.
- Д. Спонтанный правосторонний пневмоторакс.

Верный ответ на стр. 82.

Рис. 2. Рентгенограмма органов грудной клетки.
Fig. 2. Chest X-ray



ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Дворецкий Леонид Иванович – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Leonid I. Dvoretzky – D. Sci. (Med.), Full Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretski@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

Статья поступила в редакцию / The article received: 03.03.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 12.03.2021

Ответ на клиническую задачу «Пациент 32 лет с внезапно развившейся одышкой, непродуктивным кашлем»

Correct answer on clinical case «Patient aged 32 with sudden onset of shortness of breath and nonproductive cough»

Верный ответ: Д – Спонтанный правосторонний пневмоторакс.

Обсуждение

Клиническая картина заболевания в виде внезапно наступившей одышки, болей в грудной клетке, данных физикального обследования (отставание грудной клетки, тимпанический звук при перкуссии и значительное ослабление дыхания на соответствующей стороне) позволяют предполагать развитие пневмоторакса. Данное предположение подтверждается результатами рентгенологического исследования легких (участок спавшегося легкого на фоне отсутствия легочного рисунка в правом легочном поле). Основным рентгенологическим признаком пневмоторакса является полное отсутствие сосудистого рисунка в правом легком и выявление свободного края легкого, т.е. видимой тонкой линии висцеральной плевры (см. рис. 2). Предположения об экссудативном плеврите, ателектазе и пневмонии не соответствуют анатомическим границам и рентгенологическим проявлениям вышеуказанной патологии. Поскольку развитию пневмоторакса не предшествовала травма или различные инвазивные вмешательства (операции, торакоцентез и др.), а также отсутствуют указания на легочные заболевания у больного, то можно говорить о первичном спонтанном пневмотораксе (СП), в отличие от вторичного СП у больных с наличием уже имеющегося легочного заболевания. Несмотря на отсутствие указаний на заболевание легких у подавляющего большинства больных так называемым первичным СП во время видеоторакоскопии обнаруживаются субплевральные буллы, которые могут выявляться также и в контралатеральном легком при компьютерной томографии. Выявленные у больного внелегочные признаки (длинные пальцы, повышенная растяжимость кожи, диагностированный ранее пролапс митрального клапана) могут свидетельствовать о наличии дисплазии соединительной ткани (синдром Марфана). Кроме того, имеется повышенная растяжимость (гиперэластичность) кожи, известная как синдром Элерс–Данло (по имени впервые ее описавших двух французских дерматологов) и связанная с наследственным дефектом в синтезе коллагена. Не исключено, что СП у данного пациента является одним из проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани с развитием булл в легочной ткани, для диагностики которых ключевым диагностическим методом является компьютерная томография.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.