



Клиническая задача для самоконтроля. Пациент с жалобами на одышку

Л.И. Дворецкий✉

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

Для цитирования: Дворецкий Л.И. Клиническая задача для самоконтроля. Пациент с жалобами на одышку. Клинический разбор в общей медицине. 2023; 4 (2): 107–108. DOI: 10.47407/kr2023.4.2.00214

Clinical case for self-monitoring. Patient complaining of shortness of breath

Leonid I. Dvoretzky✉

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

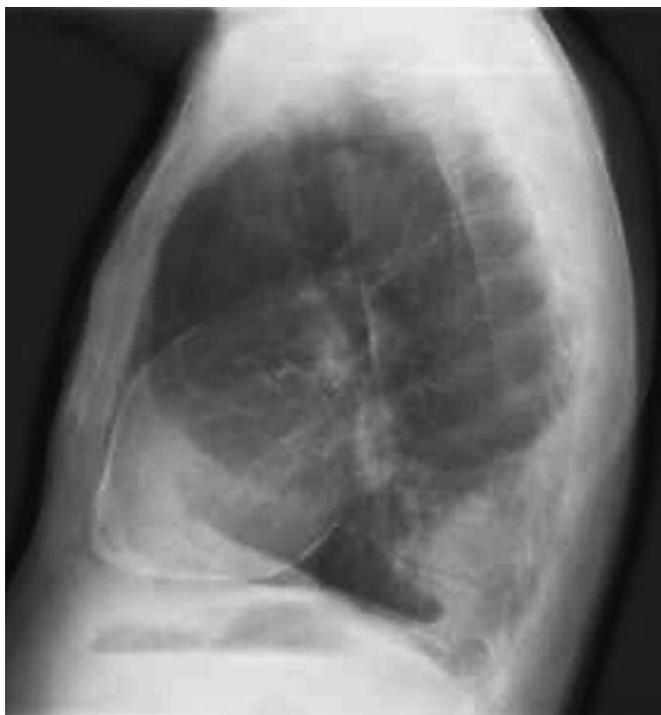
For citation: Dvoretzky L.I. Clinical case for self-monitoring. Patient complaining of shortness of breath. Clinical review for general practice. 2023; 4 (2): 107–108. DOI: 10.47407/kr2023.4.2.00214

Сорокалетний больной обратился к врачу с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при незначительной нагрузке, отеки нижних конечностей. Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда стал отмечать одышку при нагрузке. Впоследствии появились отеки голеней. В анамнезе туберкулез легких, лечился туберкулостатическими препаратами. Снят с диспансерного учета 2 года назад.

Объективно: состояние тяжелое, набухание шейных вен. Положение обычное, лежит низко. Частота сердечных сокращений – 92/мин. Артериальное давление (АД) – 100/85 мм рт. ст. На вдохе АД не изменяется. Тоны сердца ритмичные приглушены. Ранний диастолический шум на верхушке. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме. Перкуторно – притупление в боковых отделах. Печень выступает из подреберья на 3 см, плотная, безболезненная. Отеки нижних конечностей и поясницы.

Анализ крови: Нб – 120 г/л, лейкоциты – $7,5 \times 10^9$ /л, формула без особенностей. СОЭ – 23 мм/ч. Анализ мочи: относительная плотность – 1016, белок – 0,99%, лейкоциты – 2–3 в поле зрения. ЭКГ без особенностей. Проведено рентгенологическое исследование грудной клетки (см. рисунок).

Рентгенограмма органов грудной клетки.
Chest X-ray.



Верный ответ на с. 108

Какое утверждение наиболее правильно?

- А. Цирроз печени.
- Б. Гипертрофическая кардиомиопатия.
- В. Нефротический синдром.
- Г. Ревматический аортальный порок сердца.
- Д. Констриктивный перикардит.

Ответ на клиническую задачу «Пациент с жалобами на одышку»

Correct answer on clinical case "Patient complaining of shortness of breath"

Верный ответ: Д. Констриктивный перикардит.

Обсуждение

Основным клиническим проявлением является отечно-асцитический синдром, который в сочетании с увеличением печени позволяет предполагать цирроз печени. Однако наличие у больного набухших шейных вен, низкое АД, аускультативная симптоматика в большей степени могут свидетельствовать о патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. На рентгенограмме органов грудной клетки имеется признак кальцификации перикарда (тонкая полоска по нижне-левому контуру сердца (см. рисунок), что практически однозначно свидетельствует о констриктивном перикардите (КП). Симптоматика КП обычно формируется в течение месяцев или лет в результате: 1) снижения сердечного выброса (слабость, артериальная гипотензия, рефлекторная тахикардия); и 2) повышения давления в системных венах (набухание яремных вен, гепатомегалия, асцит, периферические отеки). При аускультации больных КП может выслушиваться, как у данного пациента, ранний диастолический шум после второго тона (напоминает шум при аортальной недостаточности). Этот шум вызван резким прекращением диастолического наполнения желудочков вследствие утраты

растяжимости перикардом. При КП, в отличие от тампонады сердца, обычно не возникает парадоксальный пульс (снижение артериального давления во время вдоха). При тампонаде сердца этот признак отражает увеличение наполнения правого желудочка за счет сниженного наполнения левого желудочка. У больного с тяжелым КП создаваемое отрицательное внутригрудное давление на вдохе не передается через ригидный перикард правым отделам сердца и «притянутая» в грудную клетку кровь не поступает в сдавленные правые камеры сердца. При этом возросший венозный возврат накапливается в системных венах грудной клетки, вызывая набухание шейных вен на вдохе (симптом Куссмауля). Утолщение листков перикарда и их кальцификацию можно выявить при эхокардиографии. Однако наиболее информативными методами оценки толщины перикарда являются компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Нормальная толщина перикарда по данным этих исследований обычно свидетельствует об отсутствии КП. Причиной КП обычно является перенесенное воспаление перикарда, чаще туберкулезной природы (у данного больного в анамнезе туберкулез легких) с последующим отложением кальция в листках перикарда. Лечение КП хирургическое.

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

Поступила в редакцию / Received: 11.01.2023

Поступила после рецензирования / Revised: 27.01.2023

Принята к публикации / Accepted: 02.02.2023