

Дифференциальный диагноз приступов удушья

к.м.н., доцент М.В. Мякишев

В словаре медицинских терминов одышка имеет следующее определение: «нарушение частоты, ритма, глубины дыхания или повышение работы дыхательных мышц, проявляющееся, как правило, субъективными ощущениями недостатка воздуха или затруднения дыхания.»

Одышка – это чувственное восприятие недостаточности дыхания, которое, подобно боли, воспринимается и оценивается только больным. Одышка может отмечаться при различном уровне физической активности, а в тяжелой стадии болезни в покое или при разговоре. Появление одышки в покое всегда оценивается больным как серьезная проблема для здоровья и в большей степени вызывает у больного тревогу, чем появление одышки при физической нагрузке.

Приступ удушья у прежде здоровых людей молодого и среднего возраста чаще всего оказывается дебютом бронхиальной астмы. Атопическая бронхиальная астма вызывается антигенными раздражителями, попадающими в бронхиальное дерево из внешней среды. Болезнь в большинстве случаев начинается в возрасте от 3 до 45 лет и вызывается аллергенами, которые поступают в бронхиальное дерево вместе с воздухом. Содержание иммуноглобулина Е в крови этих больных, как правило, повышено. Эндогенная бронхиальная астма возникает иногда без очевидной причины. Болезнь протекает тяжело и начинается обычно в возрасте до 5 или после 35 лет. Приведенные возрастные границы весьма условны. В подавляющем большинстве случаев бронхиальная астма возникает как атопическая, а с возрастом стажа заболевания становится смешанной. О смешанной бронхиальной астме говорят в тех случаях, когда у больного предполагается активность одновременно и аллергического, и эндогенных факторов.

Клинически неотличимый приступ удушья развивается иногда после повторного контакта больного с некоторыми лекарственными средствами. Этот **лекарственный бронхоспазм** обычно сочетается с поражением кожи и слизистых. Особенно характерным считается ринит. Бронхоспазмы наблюдаются иногда при **аскаридозе, стронгилоидозе, описторхозе и других паразитарных болезнях легких на определенном этапе их течения.**

Приступы удушья возникают также **при механической обтурации бронхов инородным телом**, провисающей задней мембранной стенкой трахеи и крупных бронхов (**трахео-бронхиальная дискинезия**), **опухолью бронха** или сдавлением его быстрорастущими лимфатическими узлами, например при **бронхаденитах, лимфогранулематозе, метастазах опухолей**. Приступы удушья у этих больных протекают весьма тяжело и не поддаются обычной противоастматической терапии. Приступы удушья встречаются **при случайных или профессиональных раздражениях трахеи и бронхов**. Хорошо собранный анамнез позволяет без труда отличить их от бронхиальной астмы. Нарушения дыхания при **нейроциркуляторной астении и истерии** протекают обычно с учащенным поверхностным дыханием и ларингоспазмом.

Приступ удушья при **спонтанном пневмотораксе** возникает внезапно вслед за болью в пораженной половине грудной клетки. В дальнейшем боль и одышка существуют вместе. К концу первых суток одышка, как правило, уменьшается, состояние больного становится заметно легче. Физические признаки пневмоторакса (тимпанический перкуторный звук, ослабленное дыхание, смещение сердца) в некоторых случаях выражены недостаточно четко. Диагноз спонтанного пневмоторакса становится убедительным только в тех случаях, когда при рентгенологическом исследовании удастся ясно увидеть линию висцеральной плевры.

Интерстициальный отек диагностируется по утолщению междольковых перегородок легких. Клинические признаки его непостоянны и поэтому не всегда выявляются при физическом исследовании. Больные предъявляют жалобы на одышку, ортноэ и сухой кашель, но так как жидкость остается локализованной в интерстициальном пространстве, то дыхательные шумы остаются без изменения. Рентгенологические признаки интерстициального отека легких более постоянны, чем клинические. **Альвеолярный отек легких** всегда развивается позднее интерстициального. На рентгенограмме он определяется по дольковым теням, одиночным или сливающимся друг с другом и образующим тени неправильной формы с размытыми границами. Эти тени беспорядочно разбросаны в обоих легочных полях. Можно проследить следующую закономерность: чем ближе к корню легкого, тем эти тени больших размеров и расположены более густо. В других случаях отек воздухоносных путей легких располагается в прикорневых зонах легких, образуя гомогенное затенение типа бабочки или крыльев летучей мыши. Периферические отделы легкого остаются свободными от отека.

Приступы удушья при гипертонической болезни возникают под влиянием острой левожелудочковой недостаточности. Кратковременность является характерной чертой этих приступов. Обычно они продолжаются 15—30 мин и оканчиваются самопроизвольно. Приступ возникает во время гипертонического криза. Число влажных хрипов в легких быстро нарастает, но классической картины отека легких с выделением пенистой мокроты в не осложненных инфарктом миокарда случаях не развивается.

Особенно часто левожелудочковая недостаточность наблюдается при болезнях сердечной мышцы. Длительный приступ удушья относится к числу характерных признаков обширного инфаркта миокарда. Это утверждение справедливо только для первичного инфаркта. Астматическое состояние наблюдается иногда при небольших повторных инфарктах. Более того, ортопноэ и отек легких при аневризме левого желудочка и обширном постинфарктном кардиосклерозе могут развиваться даже без свежего некроза. Тем не менее, каждый приступ удушья у этих больных должен оцениваться как одно из возможных последствий свежего некроза и всегда должны быть предприняты исследования, направленные на его выявление.

**Приступ удушья нередко
оказывается одним из ранних
проявлений миокардита и
прогрессирующих
кардиомиопатий.**

Клапанные пороки сердца нередко осложняются приступами сердечной астмы. **С особым постоянством она наблюдается при аортальном стенозе.** Одышка при этом пороке вначале возникает только при значительных физических усилиях и сочетается с головокружением или загрудинной болью. Приступы мучительного кашля по ночам часто оказываются наиболее ранним признаком наступающей левожелудочковой недостаточности. В более тяжелых случаях развиваются типичные ночные приступы пароксизмального удушья, которые могут закончиться отеком легкого.

Приступы сердечной астмы у больных аортальной недостаточностью иногда протекают с потоотделением настолько обильным, что пот струйками стекает по телу.

Внезапно наступившее удушье продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней доминирует в клинической картине **острой митральной недостаточности**, которая весьма часто принимается за аортальный стеноз. Острая митральная недостаточность у практически здорового человека возникает вследствие ***разрыва сухожильных хорд митрального клапана.***

Инфаркт миокарда с поражением сосочковых мышц сердца начинается обычно как астматическое состояние, которое в особенно тяжелых случаях заканчивается отеком легкого. Острая митральная недостаточность при этом виде инфаркта в большинстве случаев развивается вследствие неспособности пораженной сосочковой мышцы удерживать створки клапана.

Возникновение удушья у больных выраженным **митральным стенозом** без правожелудочковой недостаточности обусловлено в первую очередь препятствием кровотоку на уровне левого предсердно-желудочкового отверстия. Давление в легочной артерии у этих больных при физическом усилии резко повышается, вызывая транссудацию жидкости в интерстициальную ткань легкого. Приступы удушья у этих больных нередко осложняются отеком легких.

Пароксизм суправентрикулярной тахикардии и тахиаритмии во многих случаях протекает с ортопноэ, а иногда приводит к развитию отека легких. Возникнет или не возникнет удушье во время пароксизма тахикардии, определяется взаимоотношением трех факторов: исходного функционального состояния сердца, длительности тахикардии и темпа сердечных сокращений.

Пароксизмы удушья при **узелковом периартериите** имеют, вероятно, двойное происхождение. С одной стороны, у больных отмечается генерализованный васкулит с высокой эозинофилией, с другой стороны — левожелудочковая недостаточность. Приступы удушья могут быть одним из ранних проявлений болезни, диагноз которой ставят на основании одновременного вовлечения в процесс сосудов других органов: сердца, почек, поджелудочной железы.

Повторные приступы удушья у больных с сердечной недостаточностью, тромбофлебитом, пристеночным тромбоэндокардитом вызываются обычно тромбозами мелких разветвлений легочной артерии. Развитие цианоза в самом начале приступа удушья, появление признаков острой недостаточности правого желудочка или электрокардиографических признаков его острой перегрузки характерно для эмболии легочной артерии. Клинически ее особенно трудно отличить от начала инфаркта миокарда.

Длительное и тяжелое удушье у больных среднего и пожилого возраста может быть обусловлено **острым нефритом**. Болей в груди эти больные, как правило, не испытывают. В картине болезни доминирует удушье, которое легко принять за безболевою форму инфаркта миокарда, гипертонический криз.

Повышение внутримозгового давления, например, после травмы, инсульта может сопровождаться отеком легких, механизм развития которого остается еще недостаточно изученным. Большинство больных с этим типом отека легких находятся в бессознательном состоянии.

В последние годы большое внимание привлекает к себе **отек легких, возникающий при подъеме на большую высоту**. Отек легких развивается не у всех, а только у небольшой части лиц, поднявшихся на высоту. Его связывают с гипоксией, спазмом легочных вен, гиперволемией малого круга кровообращения и другими факторами. Катетеризация сердца, выполненная в нескольких случаях, выявила повышенное давление в легочной артерии и нормальное давление в легочных капиллярах.

В зарубежной литературе есть сведения, что типичная клиническая и рентгенологическая картина отека легких развивается иногда после **внутривенного применения героина**. Отек легких является одной из частых причин смерти при остром отравлении героином.

Отек легких **при сепсисе** обусловлен острой левожелудочковой недостаточностью, повышенной проницаемостью капилляров и нарушением гемокоагуляции.