

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ

Викторова И.А., Иванова Д.С., Носко Е.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

### Автор, ответственный за переписку:

Иванова Дарья Сергеевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры поликлинической терапии и внутренних болезней ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России 644099, г. Омск, ул. Ленина, 12., [darja.ordinator@mail.ru](mailto:darja.ordinator@mail.ru)

**Резюме:** В представленном клиническом примере показан диагностический поиск причины боли в грудной клетке у женщины 48 лет, у которой в ходе диагностики на первом этапе была заподозрена ишемическая болезнь сердца, т.к. боль в грудной клетке соответствовала критериям типичной стенокардии. Отрицательные пробы с нагрузкой, отсутствие патологических изменений на электрокардиограмме, эхокардиографии, рентгенограмме органов грудной клетки и наличие у пациентки экспираторной одышки позволили заподозрить бронхоспазм. Проведенная спирография подтвердила наличие бронхиальной астмы и на фоне назначенной базисной терапии ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим  $\beta_2$ -агонистами боль в грудной клетке была купирована.

**Заключение.** Приведенный клинический случай указывает на необходимость детализировать жалобы типичной или атипичной стенокардии уточнять дополнительные симптомы со стороны бронхолегочной системы в виде экспираторной одышки или кашля для исключения признаков бронхообструкции.

### Использованные сокращения:

ОФV<sub>1</sub> – объем форсированного выдоха за одну секунду

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЭКГ – электрокардиография

ЭХОКГ – эхокардиография

**Ключевые слова:** боль в грудной клетке, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма.

Введение

Проблема дифференциальной диагностики боли в грудной клетке актуальна для врачей любой специальности, но наиболее остро вопрос встает на приеме участкового терапевта и врача общей практики (семейного врача), что подтверждается данными статистики от 7% до 11% пациентов с жалобами на боль в груди обращаются за первичной медицинской помощью [1].

По данным исследований основными причинами болей в грудной клетке в 31% случаев являются заболевания сердца, в 42% – заболевания желудочно-кишечного тракта, в 28% – заболевания скелетно-мышечной системы, в 5-20% – заболевания дыхательной системы [2]. В дифференциальной диагностике кардиологической патологии первое место занимает ишемическая болезнь сердца [6]. На первом этапе обследования пациента определяется источник боли на основании жалоб и данных физикального осмотра, акцентируется внимание на локализацию, интенсивность и продолжительность болевых ощущений [2, 3]. На основании жалоб пациента боль в грудной клетке оценивается по характеру, провоцирующим факторам, условиям купирования и разделяется на три вида: 1) типичная стенокардия; 2) атипичная стенокардия; 3) неангинозная боль. Далее оценивается предтестовая вероятность ишемической болезни сердца, проводятся инструментальные и лабораторные исследования для подтверждения или исключения ишемической болезни сердца и факторов, усугубляющих прогноз. Кроме ишемической болезни сердца на первом этапе диагностики оцениваются признаки патологии крупных сосудов, угрожающих жизни пациента: 1) тромбоз легочной артерии; 2) расслаивающаяся аневризма аорты [2]. Следующие группы заболеваний в дифференциальной диагностике боли в грудной клетке включают патологию бронхолегочного аппарата и плевры;

заболевания позвоночника, передней грудной стенки и мышц плечевого пояса; патологию органов брюшной полости и диафрагмы. Необходимо помнить о том, что боль в указанных группах заболеваний может напоминать типичную или атипичную стенокардию и в этом случае в дифференциальной диагностике могут помочь дополнительные симптомы со стороны других органов и систем [3].

Клинический случай

Пациентка М., 48 лет, с ноября 2021 года стала отмечать чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе более 200 метров или подъеме на 3 этаж, купирующееся в покое, нитраты пациентка никогда не принимала. Другие жалобы пациентка активно не предъявляла. При дополнительном расспросе выяснилось, что чувство сдавления также сопровождалось одышкой экспираторного характера. Кроме того, чувство сдавления за грудиной возникало при выходе на холод. При первичном обращении к терапевту поликлиники у пациентки были проведены обследования для исключения ишемической болезни сердца, так как жалобы соответствовали по всем критериям типичной стенокардии. Была проведена оценка предтестовой вероятности ишемической болезни сердца, которая составила 10%. Данный показатель соответствует низкой предтестовой вероятности и свидетельствует о хорошем прогнозе (ежегодный риск сердечно-сосудистой смерти или острого инфаркта миокарда <1% в год) [2]. Однако, учитывая наличие типичных симптомов стенокардии, повышающих вероятность ишемической болезни сердца (боль сжимающего характера за грудиной, возникающая при нагрузке (ходьбе и подъеме по лестнице); купирующаяся в покое) принято решение провести нагрузочные пробы (велоэргометрия). Во время велоэргометрии у пациентки возникло чувство сдавления за грудиной, при этом на ЭКГ не получено патологических

изменений. В связи с возникшей симптоматикой тест завершен, и чувство давления купировалось. При этом была достигнута субмаксимальная частота сердечных сокращений. Также, было проведено суточное мониторирование ЭКГ, во время жалоб на боль за грудиной наблюдался синусовый ритм с частотой 67 в минуту, ишемических изменений на ЭКГ не зарегистрировано. В связи с полученными результатами исследования у пациентки была исключена ишемическая болезнь сердца. Также были проведены следующие обследования: ЭХОКГ, исследование уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови, обзорная рентгенография грудной клетки. В ходе данных обследований отклонений от нормы не выявлено (исключены признаки ХСН, патологии крупных сосудов, инфильтративных изменений в легких). Учитывая экспираторный характер одышки, проведена спирометрия: по результатам которой выявлена бронхообструкция средней степени тяжести (ОФВ<sub>1</sub>-72%), проба с бронходилататором положительная (прирост ОФВ<sub>1</sub> – 20%). При физикальном обследовании состояние удовлетворительное, сознание ясное, нормостенический тип телосложения. Кожный покров обычной окраски, без высыпаний. Грудная клетка правильной формы, одинаково участвует в акте дыхания. При аускультации сердца тоны ясные ритмичные, шумов нет, ЧСС 70 в минуту. При аускультации легких выслушивается удлиненный выдох, единичные сухие свистящие хрипы по передней поверхности грудной клетки, частота дыхательных движений – 18 в минуту. Со стороны других органов и систем изменений не выявлено. Пациентке был выставлен диагноз: Бронхиальная астма персистирующая, средней степени тяжести. Назначено лечение: 1) будесонид в дозе 80 мкг; 2) формотерол в дозе 4,5 мкг в виде порошкового дозированного ингалятора

по 1 дозе 2 раза в день. На фоне лечения в течение 5 дней сжимающая боль за грудиной на фоне нагрузок не возникал, также пациентка отметила облегчение дыхания. При аускультации легких исчезли свистящие хрипы и улучшились показатели функции внешнего дыхания.

#### Обсуждение

Представленный клинический пример показывает высокую значимость детализации жалоб на первом этапе диагностики. Приступы бронхиальной астмы пациентка воспринимала как сдавление за грудиной. Описание таких особенностей боли в грудной клетке у пациентов с бронхиальной астмой не однократно встречается в литературе [4, 7]. Связь данных приступов с физической нагрузкой стала основанием для диагностического поиска признаков, подтверждающих ишемическую болезнь сердца. Однако в беседе с пациенткой выяснилось, что сдавливающая боль за грудиной сопровождалась экспираторной одышкой, что стало поводом для проведения спирометрии с последующим выявлением бронхиальной астмы. Подтверждением данного диагноза стали признаки бронхообструкции и положительная проба с бронходилататором при оценке функции внешнего дыхания и купирование боли в грудной клетке на фоне применения базисной терапии с ингаляционным глюкокортикостероидом и длительно действующим β<sub>2</sub>-агонистом. Положительные результаты диагностики и лечения боли в грудной клетке, у женщин среднего возраста, также описаны у других авторов [5, 8].

#### Заключение

Приступ бронхоспазма может восприниматься пациентом как чувство сдавления за грудиной на фоне физической нагрузки, что требует последовательной оценки признаков ишемической болезни сердца. При выявлении клинических признаков типичной или атипичной стенокардии необходимо учитывать дополнительные

симптомы со стороны бронхолегочной системы в виде экспираторной одышки

или кашля для исключения признаков бронхообструкции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Dorofeev V.I., Monashenko D.N., Svirido D.A. et al. Assessment of non-cardiogenic chest pain. Bulletin of the North-Western State Medical University n.a. I.I. Mechnikov. 2017; 9(3):12–23. Russian (Дорофеев В. И., Монашенко Д.Н., Свиридо Д. А. и соавт. Оценка некардиогенной боли в груди. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. 2017; 9(3):12–23).
2. Adamson P.D., Newby D.E., Hill CL., et al Comparison of international guidelines for assessment of suspected stable angina: insights from the PROMISE and SCOT-HEART. JACC Cardiovasc Imaging. 2018; 11:1301-1310. doi:10.1016/j.jcmg.2018.06.021
3. Domingues GR, Moraes-Filho JP. Dor torácica não-cardiogênica [Non-cardiac chest pain]. Arq Gastroenterol. 2009 Jul-Sep;46(3):233-40. Portuguese. doi: 10.1590/s0004-28032009000300018. PMID: 19918693.
4. Martínez-Sellés M, Sanchis J, Bueno H. Chest pain unit: do not forget the clinical indexes. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2021 Jan;74(1):113. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rec.2020.04.021. Epub 2020 Jun 30. PMID: 32620426.
5. Patti K.G., Bennett A.J., McNamara D.A. Chest Pain in a Middle-aged Woman With Asthma. *JAMA Cardiol.* 2020;5(10):1192–1193. doi:10.1001/jamacardio.2020.2808
6. van Rensburg RJ, Schutte J, de Beenhouwer T. Chest pain: The importance of serial ECGs. *Cleve Clin J Med.* 2021 Oct 1;88(10):538-540. doi: 10.3949/ccjm.88a.20183. PMID: 34598916.
7. Haring B, Schmidt A, Frantz S. Der akute Thoraxschmerz – Schritt für Schritt [Acute Chest Pain: A Stepwise Approach to Management]. *Pneumologie.* 2021 Nov;75(11):901-909. German. doi: 10.1055/a-1238-5254. Epub 2021 Nov 17. PMID: 34788891
8. Shen L. Chest pain variant asthma: a report of two cases. *Chin Med J (Engl).* 2021 Jun 1;134(15):1877-1879. doi: 10.1097/CM9.0000000000001495. PMID: 34074840; PMCID: PMC8367021.