Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра педиатрии №1

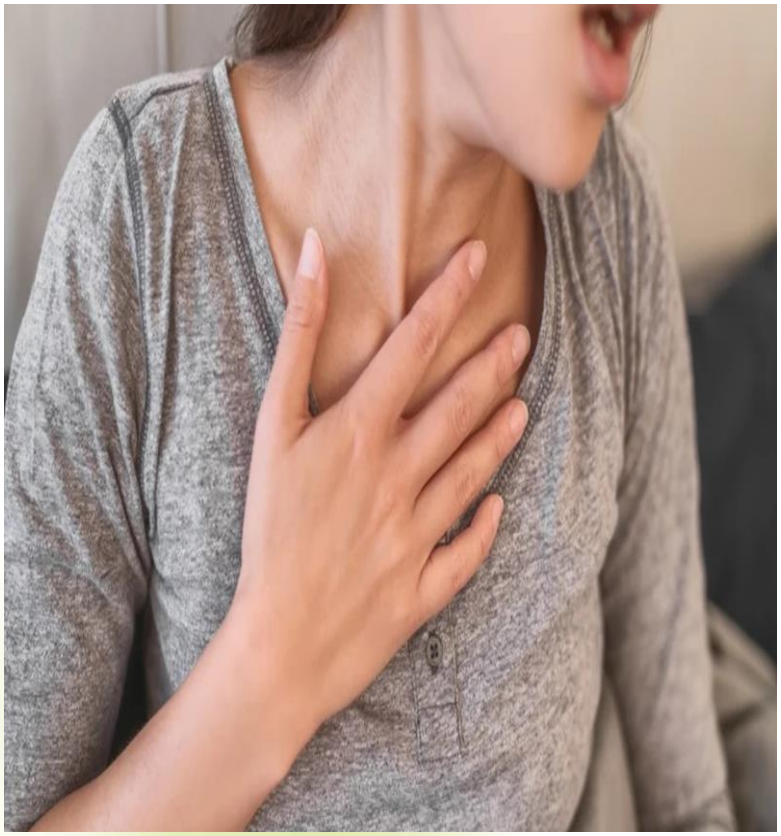
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ОДЫШКИ У ДЕВОЧКИ – ПОДРОСТКА. Клинический случай.

Зав. кафедрой педиатрии №1,д.м.н, доц. Пшеничная Елена Владимировна

Асс. Сосна Виктория Викторовна

Асп. Лепихова Людмила Петровна

Определение



- Одышка (диспноэ) — это общий термин, обозначающий различные неприятные ощущения, связанные с дыханием, в том числе нехватку воздуха(ощущение, которое можно вызвать, если задержать дыхание), чувство напряжения или стеснения в груди.
- Одышка представляет собой сложный нейрофизиологический процесс, в патогенезе которого важную роль играют афферентные, эфферентные и центральные механизмы.

Дроганова АС и соавт, 2025

Одышка

- Одышка является самым распространенным и изнурительным симптомом у пациентов, обратившихся за медицинской помощью, примерно 50% пациентов, поступивших в стационары в экстренном порядке, и 25% амбулаторных пациентов.
- При этом основными причинами одышки служат респираторные заболевания (61%), преимущественно хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма, сердечно-сосудистые заболевания (21%), избыточная масса тела и детренированность (7%)

Шкалы - инструмент количественной оценки одышки.

- Medical Research Council(MRC)
- D. Mahler: BaselineDyspnea Index (BDI)
- Transition Dyspnea Index (TDI)
- Для оценки одышки в динамике во время физической нагрузки обычно используют 2 эволютивные шкалы — визуальную аналоговую шкалу и шкалу Борга.
- Оценку по указанным шкалам выполняют в баллах
- ***В реальной клинической практике традиционно одышку дифференцируют как инспираторную (чаще при болезнях системы кровообращения — БСК), экспираторную (чаще при болезнях органов дыхания — БОД) и смешанную***

Причины одышки у детей

ЛЕГОЧНЫЕ

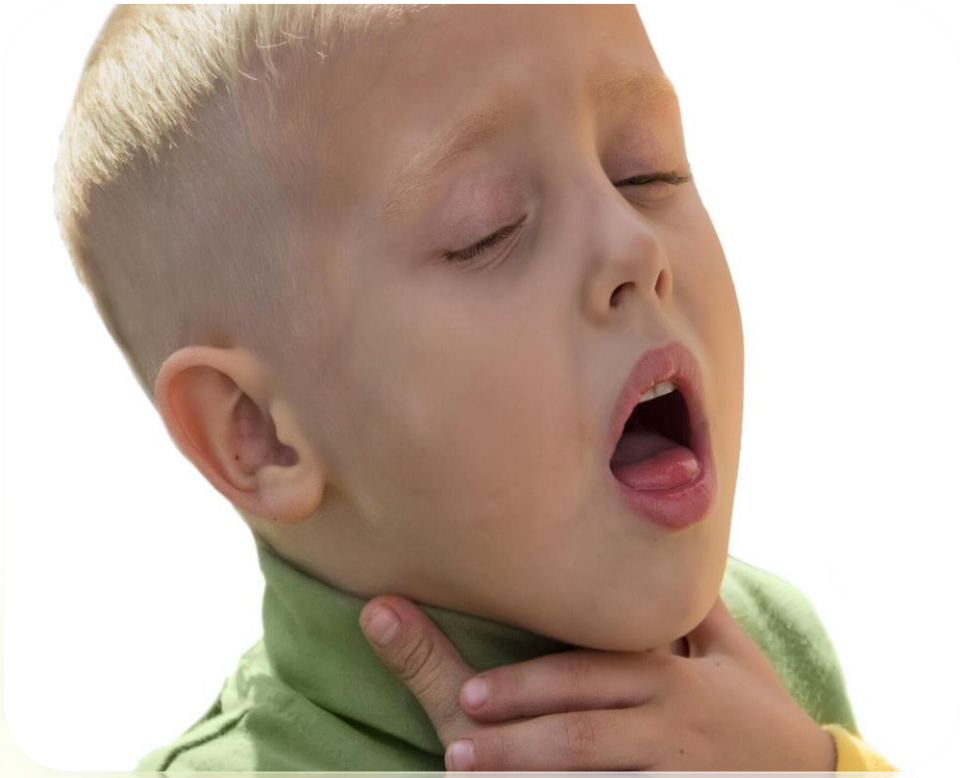
- Обструкция (ХОБЛ)
- Рестрикция (пневмофиброз)
- Заболевания легочных сосудов (ТЭЛА, ЛАГ)



ВНЕЛЕГОЧНЫЕ

- Внелегочная рестрикция (ожирение, дисфункция диафрагмы,
- Нейромышечные заболевания, кифосколиоз)
- Сердечно-сосудистые заболевания
- Анемия
- Нарушение регуляции дыхания

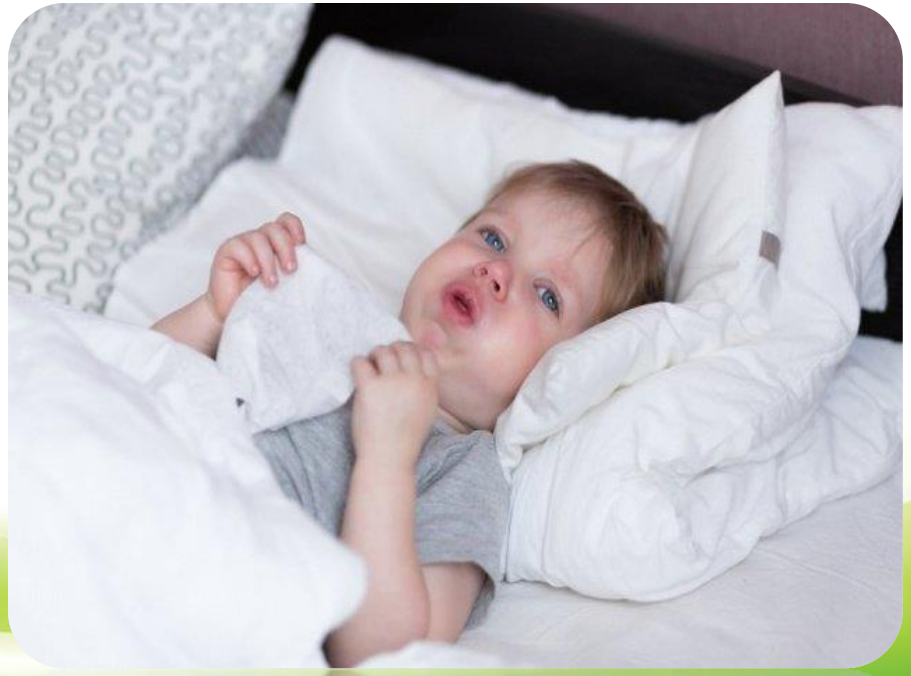
Острая одышка у детей



- Инородное тело дыхательных путей
- Анафилаксия
- Эпиглотит
- Круп

Хроническая одышка >1 месяца

- Респираторные
- ХСН
- Нейромышечные заболевания
- Ожирение
- Детренированность
- Дисфункциональное дыхание



Алгоритм диагностики одышки

- сбор анамнеза и осмотр
- пульсоксиметрия в покое и при нагрузке
- анализы крови, D-димер, уровень мозгового натрийуретического пептида
- функциональные тесты (электрокардиограмма, спирометрия с бронходилатацией, статические объемы, диффузионная способность легких по оксиду углерода)
- эхокардиография
- КТ органов грудной клетки
- бронхоскопия
- торакоцентез при необходимости
- стандартные нагрузочные тесты (тест с 6-минутной ходьбой, тредмил-тесты), кардиопульмональное нагрузочное тестирование

npj Primary Care Respiratory Medicine (2022)32:10; https://doi.org/10.1038/s41533-022-00271-1

Клинический пример

- Девочка В, 17-ти лет поступила в стационар ГБУ ДНР «РДКБ» с жалобами на: одышку, слабость, малопродуктивный кашель в апреле 2026г.
- Со слов девочки длительно кашляет. Переносила эпизод ОВРИ в ноябре 2025года, с затяжным течением. Лечилась по месту жительства, получала симптоматическую терапию с незначительным улучшением.
- С 10 – 17.02. 2026г. – эпизод ОВРИ с фебрильной лихорадкой, с сухим кашлем с трудноотделяемой мокротой. Лечилась амбулаторно по месту жительства (муколитики, противовирусные, жаропонижающие) с положительной динамикой, приступила к обучению.
- 18.02.2026 состояние резко ухудшилось: присоединилась одышка в покое, боль в правом боку, лечение продолжилось амбулаторно.

Клинический пример. Обследования по месту жительства.

- В связи с отсутствием положительной динамики госпитализирована в инфекционно - боксированное отделение по месту жительства с диагнозом: правостороння внебольничная пневмония средней степени тяжести. ДН II. Соп.: Вторичная кардиопатия.
- РНК вируса гриппа А, В, sars COV 2 - не выявлены.
- Получала лечение: кислородотерапию, цефипим, кларитрмицин, дексаметазон. Ингаляции будесонид, ипратропия бромид+фенотерол, амброксол с положительной динамикой. Выписана 11.03.26 из отделения.
- Ухудшение самочувствия наступило через неделю в виде фебрильной лихорадки, кашеля с трудноотделяемой мокротой, одышки, с связи с чем госпитализирована в в инфекционно - боксированное отделение ГБУ ДНР ГДКБ №1 с диагнозом: острая внебольничная правосторонняя пневмония ДН II.

Клинический пример. Обследования по месту жительства.

- **ЭХО КГ от 20.03.26**: СДЛА – 33 мм рт.ст., начальные признаки легочной гипертензия. Клапанный аппарат не изменен, минимальная митральная регургитация(функциональная), относительная трикуспидальная регургитация. Начальное расширение правых отделов сердца. Миокард не утолщен. сократительная способность миокарда удовлетворительная. Сохранная систолическая функция левого желудочка. Патологические потоки не визуализируются. (протокола нет, данные выписки).
- **ЭХО КГ от 01.04.26:** СДЛА – 17 мм рт.ст. Клапанный аппарат не изменен. Минимальная митральная регургитация(функциональная), относительная трикуспидальная регургитация. Полости сердца не расширены. Миокард не утолщен. ФВ – 67%. Перикард выпота не содержит.
- **СКТ органов грудной клетки от 23.03.26**: КТ – признаки двусторонней полисегментарной очагой пневмонии, гидроперикард.
- Получала лечение: ванкомицин, азитромицин, гепарин, флуконазол, цефртиаксон, бифидум бактерин, парацетамол, меропенем, солукортеф, ибупрофен, дексаметазон. ***По тяжести состояния и выявленными изменениями на СКТ была переведа в реанимационное отделение ГБУ ДНР «РДКБ»***

Клинический пример. Объективно

- **Рост- 158см ; Вес- 76 кг ; ИМТ- 30.4кг/м2 SDS ИМТ +2.05; ЧДД - 20 в мин в покое, ЧДД – 22-24 в мин при нагрузке; ЧСС – 96-100 уд в мин,**
- **АД 115/70 мм рт.ст. Т – 36,9°С**
- Периодически предъявляет жалобы на боль в левом боку, малоподуктивный кашель, с прожилками крови.
- Общее состояние средней степени тяжести. Правильного телосложения, избыточного питания. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, по женскому типу. Видимых отеков нет. Периферические лимфатические узлы по типу микрополиадении.

Данные объективного осмотра

- В положении лежа умеренная одышка, при незначительной нагрузке усиливается (ходьба несколько метров - передвижение по отделению, подъем по лестнице). Аускультативно в легких жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены, систолический шум в I и V точках. Живот мягкий, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, безболезненная. Печень +1.5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не затруднено.
- ***NB! Вредные привычки!!***
- ***В течение трех лет курит вейпы.***
- ***Ведет малоподвижный образ жизни – гиподинамия!!***

Клинический пример. Лабораторные показатели

- Общий анализ крови – умеренный лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.
- Коагулограмма троекратно – без патологии
- СРБ – 24 – 18 - 12 - 6 мг/л
- Прокальцитонин, титр АСЛО, РФ, АЦЦП, ANA – норма
- Натрийуретический пептид от 14.05.2026: 30.00 пг/мг (0.00-125.00)
- Тропонин I от 14.05.2026: 0.0001нг/мл (0.00-0.015)
- Д-димер от 14.05.2026: **5550.0** нг/мл (0.00-500.00)
- Мокрота на МБТ от 16.04.2026: отрицательно
- ПЦР ДНК МБТ от 30.04.2026: отрицательно
- Общий анализ мочи без патологии

Клинический пример. Инструментальные методы обследования.

- **Рентегнография** ОГК от 16.04.2026г. : данные в пользу правосторонней пневмонии
- **ЭКГ**: ритм синусовый, ЧСС – 88 – 95уд/мин Вертикальная электрическая позиция сердца Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков.
- **УЗИ ОБП** от 15.04.2026: эхо признаки умеренно выраженных явлений холестаза, умеренных диффузных изменений паренхимы поджелудочной железы.
- **УЗИ легких и плевральных полостей** от 14.05.2026г.: в положении лёжа на спине свободная жидкость не определяется, в положении сидя по задней поверхности ***свободная жидкость определяется слева в проекции медиального синуса до 8 мм. В нижних отделах с обеих сторон отмечается сепарация листков плевры до 3 мм.*** Пневматизация легочной ткани с обеих сторон сохранена.

Данные инструментальных методов обследования.

- **Бронхоскопия от 28.04.26г.:** двусторонний катаральный бронхит 0-Iст. Эрозия верхнедолевого бронха слева.
- **СКТ ОГК с в/в усилением от 13.05.2026**: КТ-признаки воспалительного процесса в легких с положительной динамикой по сравнению с предыдущим КТ-исследованием от 23.03.2026г. Левосторонний гидроторакс. ТЭЛА слева (II степени по Миллеру).
- **ЭХО КГ от 18.05.2026:** МПС – 0,53 см, умеренная дилатация правых камер сердца. Недостаточность трикуспидального клапана II ст. СДЛА 49 мм рт.ст. В правом желудочке образование 0,90х1,20 см в диаметре, гиперэхогенное, не флотирует.

Клинический диагноз

- Двусторонняя полисегментарная пневмония, эрозивный бронхит. ДН 1-2 степени.
- Образование правого желудочка (фиброэластома?, организовавшийся тромб?).
- Тромбоэмболия легочной артерии (левой легочной ветви). Вторичная легочная гипертензия 2 степени. Умеренная дилатация правых камер сердца. Недостаточность трикуспидального клапана 2 степени. Сердечная недостаточность 2А степени. Гепатоспленомегалия. EVALI-синдром (E-cigarette or Vaping product use-Associated Lung Injury).
- Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени.

Клинический пример. Лечение

- Лечебное питание для детей 16 лет,
- Цефтриаксон, затем Амоксициллин
- Урдокса
- Цетиризин
- Дексаметазон
- Эниксум п/к
- С целью дообследования и подбора антикоагулянтной терапии переводится в отделение детской кардиологии и кардиохирургии ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» Минздрава России.

Заключение

- Представленный клинический случай наглядно демонстрирует сложности дифференциальной диагностики заболеваний, сопровождающихся одышкой, значение тщательного сбора жалоб и анамнеза у пациентов с данным симптомом и необходимость разностороннего лабораторного и инструментального обследования для установления причин одышки.
- Данный случай представляет клинический интерес ***развития жизнеугрожающего состояния тромбоэмболии легочной артерии - крайне редко возникающее у детей,*** требует дальнейшей верификации и взаимодействия детских кардиологов, кардиохирургов, пульмонологов, гематологов.

Спасибо за внимание!!!

