

## Изменение тактики дифференциального диагноза в процессе клинического наблюдения больного

*Калинина О.В.*

### Change of differential diagnosis tactics in the process of clinical observation of a patient

*Kalinina O.V.*

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Калинина О.В.

В статье обоснованы сложные соотношения клинических симптомов поражения внутренних органов при центральном раке легкого, когда для постановки диагноза требовались изменения тактики дифференциального диагноза, при котором необходимо сохранять приоритет общей клинической оценки результатов обследования больного.

**Ключевые слова:** теория диагностики, дифференциальный диагноз, семиология, центральный рак легкого, симптом, синдром, диагноз.

The complicated ratios of clinical symptoms of internal lesions during central lung cancer are demonstrated in the article when changes of differential diagnosis tactics were required for diagnosing that necessary keeping is priority of the clinical appraisal of the results inspection patient.

**Key words:** theory of diagnostics, differential diagnosis, semiology, central lung cancer, symptom, syndrome, diagnosis.

УДК 616-052-079.4:612.08

Несмотря на большие успехи современной медицины в изучении общих и частных вопросов патологии, клиническая медицина по-прежнему несет в себе особенность, которую Г.И. Царегородцев и В.Г. Ерохин [4] охарактеризовали как недоразвитость теоретического мышления. В частности, это относится к недостаточному знанию теории диагностики и даже пренебрежительному отношению к ней [3]. Основные положения теории диагностики, а именно пять фаз дифференциального диагноза (ДД) [1, 2], остаются невостребованными.

Относительно благополучно ДД проводится в таких клинических случаях, когда уже определена категория заболевания, к которой относится пациент, например ревматические заболевания. ДД в данной ситуации не вызывает принципиальных затруднений. Врач или студент при этом успешно составляют дифференциальные таблицы или просто опираются на принятые научным сообществом критерии диагностики заболевания (облигатные и факультативные признаки).

Сложной в диагностическом отношении для врача является ситуация, когда он должен отнести пациента к какой-то категории клинической специальности (пульмонология, гастроэнтерология, кардиология, эндокринология, онкология и др.). В таких случаях врачу необходима серьезная общая

клиническая подготовка. Хорошая подготовка по теории диагностики при этом помогает исследователю не «утонуть» в частностях, видеть клинический материал объемно и убежденно, корректно выдерживать диагностический путь.

Сложности при постановке диагноза могут быть самыми разными, вызванными, например, затруднениями интерпретации необычной комбинации симптомов, деонтологическими, организационными и другими проблемами, возникающими при обследовании пациента. В таких случаях врач вынужден менять план ДД, но при этом должен неуклонно следовать ведущей логике построения диагноза.

Каждый клинический случай уникальнейший, как уникальна личность пациента. Именно поэтому изучение диагностических трудностей, обуславливающих изменение тактики ДД, можно рассматривать только на конкретном клиническом примере. Накопление подобного опыта в дальнейшем позволит обнаружить общие закономерности и выработать рекомендации, облегчающие подготовку клинициста к решению сложных диагностических задач.

Ниже представлена история постановки диагноза у пациента С., 60 лет, который был госпитализирован в плановом порядке в клинику пропедевтики внутренних болезней 03.04.2007 г. В результате обследования поставлен диагноз:

центральный рак правого легкого с метастазами в плевру, внутригрудные лимфатические узлы, осложнение — правосторонний метастатический экссудативный плеврит.

Поступил с жалобами на одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, приступообразный сухой кашель, усиливающийся в ночное время суток, сопровождающийся першением в горле и уменьшающийся в положении сидя. Пациента беспокоили ежедневно возникающая рвота съеденной пищей и выпитой водой, диарея каждые 3 ч, отвращение к пище, кроме того, общая слабость, полная утрата работоспособности и неправильная лихорадка, которая сопровождалась чередованием озноба и чувства жара.

История развития заболевания: считал себя больным в течение 3 мес (с января 2007 г.), когда впервые отметил появление одышки при ходьбе по ровному месту на расстоянии 10 м, из-за чего приходилось останавливаться, отдышаться, а затем при уменьшении одышки продолжать ходьбу. Кашель пациента беспокоил с 1957 г., связывал он это с курением, выкуривал 3 пачки сигарет в день и никогда по поводу кашля к врачу не обращался. Одновременно с одышкой в течение 3 мес отмечал по утрам повышение температуры тела от 37,8 до 38,5 °С. С этого же времени пациента ежедневно беспокоила рвота съеденной пищей, диарея в виде «черной» воды, отвращение к пище, за это время похудел на 8 кг. В течение 3 мес никуда не обращался, ничем не лечился и только по настоянию родственников впервые обратился к врачу 3 апреля 2007 г.

Из анамнеза жизни: в 1968 г. была диагностирована язвенная болезнь желудка, последняя фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) проведена 20.05.2001 г., при которой выявлены: недостаточность кардии, эзофагит, скользящая грыжа пищевода, поверхностный гастрит, язва луковицы ДПК и ее деформация. С этого времени по данному поводу не обследовался. Указаний на перенесение каких-либо других острых и хронических заболеваний выявить не удалось, пациент считал себя практически здоровым человеком, к врачам не обращался. Имеет среднее специальное образование, работал водителем, в настоящее время на пенсии. Сведений о здоровье родственников не имеет.

Объективно: кожа бледно-розового цвета, на передней поверхности грудной клетки множественные телеангиоэктазии. Выраженное ортопноэ. Частота дыхания — 24 в минуту. Масса тела 70 кг, рост 168,5 см. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, половины несимметричны, объем правой половины

больше, чем левой. Отчетливой асимметрии дыхательных движений не отмечалось. Над правыми отделами легких на передней поверхности от IV ребра и на задней поверхности от III межреберья перкуторный звук тупой. Над верхними отделами легких справа и над всеми отделами легких слева перкуторный звук коробочный. В зоне тупого перкуторного звука дыхание не выслушивалось, над остальными отделами легких выслушивалось жесткое везикулярное дыхание и рассеянные высокие сухие хрипы в небольшом количестве. Левая граница относительной тупости сердца находилась на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя на III ребре, правая граница не определялась. При аускультации выявлено равномерное ослабление звучности тонов сердца и ритм галопа. Частота сердечных сокращений 92 удара в минуту. Артериальное давление 120/65 мм рт. ст. В правом подреберье и мезогастриуме отмечалось выпячивание живота, обусловленное увеличением печени, выступавшей на 6 см из-под края реберной дуги, она была безболезненной и плотноэластичной консистенции. Размеры печени по Курлову составляли: второй размер — 14 см, третий размер — 12 см, первый размер нельзя было определить. Селезенка нормальных размеров, не пальпировалась. При пальпации желудка и отделов кишечника патологических отклонений не найдено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При лабораторном исследовании выявлены нормальные показатели красной крови, лейкоцитоз ( $9,7 \cdot 10^9/\text{л}$ ), увеличение СОЭ до 53 мм/ч. В лейкоцитарной формуле отмечался нейтрофилез со сдвигом влево, палочкоядерных — 7%, сегментоядерных — 81%. При биохимическом исследовании крови выявлено повышение тимоловой пробы до 5,3 ед., аспартатаминотрансферазы до 157 Ед/л, аланинаминотрансферазы до 158 Ед/л, общего фибриногена до 6,75 г/л, фибриноген В был положительным. На рентгенограмме органов грудной клетки обнаружено уменьшение объема правого легкого за счет интенсивного однородного затемнения в нижнем легочном поле, с четким выпуклым верхним контуром, который располагался на уровне III ребра по срединно-ключичной линии (счет спереди) и расценен как результат высокого стояния купола диафрагмы. Правый корень смещен вверх, латерально и кзади. В хвостовой его части на уровне промежуточного бронха определялась округлая дополнительная тень. Сердечно-сосудистая тень расширена за счет дуги левого желудочка. Ультразвуковое исследова-

ние (УЗИ) печени выявило ее увеличение, однородность структуры и повышенную эхогенность.

Постановка диагноза в описанном клиническом случае представляла затруднения в связи с тем, что тяжесть состояния пациента была обусловлена общей воспалительной реакцией, тогда как локализацию местного воспалительного процесса установить не представлялось возможным: отсутствовали болевые ощущения в области предполагаемого воспалительного процесса под диафрагмой, в легких или печени. Последнее указывало на малую вероятность соответствующих диагностических суждений. Резко выраженную одышку нельзя было объяснить обструктивными нарушениями вентиляции легких, а рестриктивные нарушения, выявляемые рентгенологически, также не являлись столь значительными, чтобы вызвать одышку такой степени. Тем не менее требовалось построить план ДД с учетом того, что проявления местного воспаления атипичны, т.е. без ярко выраженного одного из важнейших симптомов локальных болей. В этом случае весьма предположительно, но с достаточным основанием можно было подумать о новообразовании пока неопределенной локализации. Выявление местного воспаления давало возможность определить тактику лечения и его эффективность. Диагноз новообразования помог бы оперативно направить пациента в онкологический институт.

Резкое увеличение размеров печени и сравнительно четкий верхний контур диафрагмы давал основание подумать о правостороннем базальном плеврите, поддиафрагмальном воспалительном процессе, воспалительном процессе в печени или изменениях в ней другой природы, например новообразовании.

Общую воспалительную реакцию нельзя было взять в качестве основного синдрома для ДД, поскольку его семиология весьма пространная. Для сужения семиологического ряда ДД требовалось выявить синдром, характеризующий местный воспалительный процесс.

Клинико-рентгенологическая картина не позволяла четко определить локализацию предполагаемого воспалительного процесса, и дифференциальный ряд включал пневмонию, базальный плеврит, поддиафрагмальный воспалительный процесс, заболевания печени, новообразования легких или печени.

Диагноз пневмонии не поддерживался тем, что у больного отсутствовало усиление голосового дрожания и не выслушивалось бронхиальное дыхание, не было крепитации и влажных хрипов. Предположение о гидротораксе не подтверждалось рентгенологической картиной: не наблюдалось смещения органов средостения, клинически не было линии

Дамуазо и симптомов треугольника Гарлянда. УЗИ плевральных полостей выявило небольшое количество (до 20 мм) жидкости справа, которая не могла обуславливать выраженность клинико-рентгенологической картины в легких. Проведенная диагностическая плевральная пункция новых сведений не дала. В плевральной жидкости были выявлены лишь элементы воспаления, преимущественно моноциты и эозинофилы. Против местного воспалительного процесса в легких, печени и под диафрагмой свидетельствовало и то, что после 10-дневного курса антибиотикотерапии (цефабол, эритромицин) состояние пациента оставалось прежним.

В клинических ситуациях, когда нет четкой картины какого-то заболевания, всегда нужно думать о возможности новообразования. В рассматриваемом клиническом случае можно было подумать о новообразовании легкого или печени, первичном или метастатическом. Однако округлая тень в хвостовой части на рентгенограммах легких склоняла мнение в пользу новообразования легкого. Для определения локализации вероятной опухоли в легких требовалось проведение фиброbronхоскопии (ФБС) и компьютерной томографии (КТ), причем последняя давала возможность выявить и другую локализацию опухоли. Однако эти высокоинформативные методы исследования нельзя было провести пациенту в силу следующих обстоятельств: у больного в анамнезе имела место непереносимость местных анестетиков, что не позволяло провести ФБС; оперативно выполнить КТ легких не представлялось возможным на момент обследования больного, так как томограф не работал по техническим причинам.

Не отвергая описанный план ДД, возникла необходимость построить другой план ДД, а следовательно, выбрать другой синдром и взять его в качестве основного. Для этого следовало сделать переоценку рентгенологической картины легких. Тень с четкой верхней границей можно было расценить как ателектаз нижней доли правого легкого. Картина бокового снимка легких не противоречила такому суждению. Ателектаз мог быть обусловлен гиповентиляцией легкого, компрессией его резко увеличенной печенью либо обструкцией бронха.

Поскольку дыхательные движения грудной клетки слева и справа были соизмеримы, гиповентиляция легкого как причина ателектаза являлась маловероятной. Компрессионный ателектаз могли обусловить увеличение печени из-за поддиафрагмального или наддиафрагмального процессов, а также сама патология печени. Общее увеличение печени, которая выступала из-под края реберной дуги на 6 см, поддерживало такое суждение. Но для компрессионного ателектаза характерно усиление голосового дрожания и бронхиального дыхания, ко-

торое в данном случае отсутствовало. Результаты физическое исследование легких свидетельствовали в пользу обтурационного ателектаза: в зоне тупого легочного звука голосовое дрожание не проводилось и дыхательный шум не выслушивался. К тому же у больного имел место сухой кашель, который мог быть обусловлен обтурацией бронха, новообразованием или сдавлением его.

Значительное увеличение печени оставалось существенным симптомом в клинической картине и требовало специального обследования, направленного на установление природы увеличения печени. Последнее могло обусловить выраженный инфекционный процесс, который представлялся достаточно вероятным в связи с выраженностью диспепсических явлений, тем не менее убедительных признаков инфекционных заболеваний не выявили в начале и в последующем, все реакции оказались отрицательными (исследование крови на реакцию Видаля с диагностикумами тифо- и паратифозными, сальмонеллезными АГ; посев крови на сахарный и желчный бульоны; кровь на маркеры вирусных гепатитов и анализ кала на яйца глистов), данная категория заболеваний была отвергнута. Столь значительное увеличение печени могло спровоцировать новообразование первичное или метастатическое, однако эти предположения не подтверждались. УЗИ печени не обнаруживало очаговых изменений, определялось только равномерное диффузное ее увеличение.

Таким образом, для ДД в качестве основного синдрома выбрали обтурационный ателектаз — на этом завершилась первая фаза ДД. На второй фазе проведения ДД требовалось построить семиологический ряд: 1) рак нижнедолевого бронха; 2) сдавление бронха лимфатическими узлами; 3) другие вероятные причины: инородное тело, воспалительные изменения стенки бронхов. Третья группа причин представлялась маловероятной, их можно было отвергнуть по принципу существенного отличия на четвертой фазе ДД: отсутствовал факт аспирации инородного тела. Воспаление слизистой бронха как причина его обтурации рассматривалось вероятным в такой же степени, как рак бронха, и могло быть исключено с помощью ФБС с биопсией слизистой бронха и КТ легких. Таким образом, диагностическая гипотеза о новообразовании легких как причине обтурационного ателектаза правого легкого была наиболее вероятной. На этом диагнозе следовало остановиться при условии возможности проведения ФБС и КТ. Но, как отмечено выше, КТ не провели в связи с неисправностью прибора, а ФБС — из-за лекарственной непереносимости.

В диагностическом отношении оставалось неучтенным увеличение печени предположительно обусловленное первичным или метастатическим новообразованием печени. Источником метастазирования могло выступать новообразование желудка, легких или предстательной железы. При проведении УЗИ предстательной железы выявили объемное образование, однако PSA крови была нормальной. Следовательно, гипотезу о новообразовании предстательной железы как первичном заболевании посчитали маловероятной.

Таким образом, временное затруднение обследования, связанное с неисправностью компьютерного томографа, позволило обратить внимание на гепатомегалию как дополнительный синдром в качестве основного для проведения ДД. Семиология увеличения печени пространная, она включает заболевания печени, крови, инфекционные патологии и ряд других. Однако в конкретном клиническом случае требовалось определение возможного источника метастатического поражения печени. Прежде всего необходимо было исключить первичную локализацию новообразования в пищеводе и желудке. К другим формам патологии, которые могли вызвать увеличение печени, врач вынужден был обратиться, если бы диагноз новообразования легких не подтвердился.

Выраженность диспепсического синдрома в течение 3 мес для данной диагностической версии дополнительно дала основание проводить ФГДС для выявления предполагаемой локализации новообразования. В результате эндоскопического исследования патологических изменений желудка и луковицы ДПК не выявили, однако в пищеводе на всем протяжении обнаружили множественные островки белого фибрина размером до 0,2 см. При снятии налета фибрина обнажалась ярко-розовая поверхность. Визуально эту картину оценили как проявление кандидоза слизистой пищевода, однако цитологическое исследование кроме кандидоза выявило большое количество низкодифференцированных клеток новообразования слизистой пищевода. Биопсия слизистой пищевода не проводилась ввиду угрозы кровотечения. Рентгеноскопия пищевода подтвердила диагноз новообразования в пищеводе. Таким образом, дополнительное обследование больного выявило дополнительные диагностические затруднения. Однако отсутствие клинических признаков поражения пищевода (отсутствие дисфагии) при максимальной выраженности поражения легких позволяло оставаться на прежней диагностической позиции. Клетки, которые расценивали как низкодиф-

ференцированные клетки пищевода, могли являться результатом заглывания содержимого из пораженного бронха, а изменения стенки пищевода, обнаруженные при рентгеноскопии, можно было объяснить компрессией стенки пищевода увеличенными лимфатическими узлами и тканями опухоли легких.

Компьютерная томография органов грудной клетки была проведена 25 апреля 2007 г. — на 22-й день с момента госпитализации пациента в клинику. На компьютерных томограммах был описан центральный рак правого легкого с метастазами в плевру, внутригрудные лимфатические узлы. В связи с этим гипотеза об обтурационном ателектазе центральным раком легкого получила подтверждение. Опираясь на принцип экономии гипотез, в описанном клиническом случае оправдано было проведение ФБС в самом начале обследования. Несмотря на разнообразие клинических проявлений, интуитивное диагностическое суждение врача было именно таким. Однако изменение тактики ДД вызвали объективные трудности: невозможность проведения ФБС из-за анамнестических данных о непереносимости пациента анестетиков и отсутствие возможности проведения КТ. Поэтому основной план ДД по сформировавшемуся обтурационному ателектазу был временно оставлен, и обследование продолжалось по другому плану, направленному на исключение других причин, которые могли объяснить клинику. Соответствующие исследования отвергли предположения о новообразовании другой локализации, но также позволили дать более полное объяснение необычной клинической картины у пациента.

#### Сведения об авторах

**О.В. Калинина** — канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней СибГМУ (г. Томск).

#### Для корреспонденции

**Ольга Викторовна Калинина**, тел. (3822) 53-24-41, kov7575@km.ru

Наглядным уроком выбора основного синдрома для ДД являлась оценка клинико-рентгенологической картины затемнения в легких как ателектаз легкого. Подтверждением этой гипотезы выступили отсутствие бронхиального дыхания и усиление голосового дрожания, что могло быть обусловлено полной обтурацией бронха.

Компьютерная томография имела возможность раскрыть сущность основного заболевания и без тонкостей физического исследования пациента. Тем не менее правильный диагноз мог быть поставлен и без применения КТ, которая является дорогостоящим методом исследования, небезопасным в отношении облучения больного и не всегда доступным в нужный момент. В современных условиях в диагностике онкологического заболевания все же нельзя ограничиваться физическими методами исследования и традиционными рентгеновскими снимками.

Описанный клинический случай демонстрирует сложные соотношения проявления клинических симптомов поражения внутренних органов, когда для постановки диагноза требуются изменения тактики дифференциального диагноза, при котором сохраняется приоритет общей клинической оценки результатов обследования.

#### Литература

1. *Диагноз. Диагностика* // БМЭ. 3-е изд. М., 1977. Т. 7. С. 241—252.
2. *Пропедевтика внутренних болезней* / Под ред. В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева. 3-е изд., перераб. и доп. М., 1982. 513 с.
3. *Тетенев Ф.Ф.* Как научиться профессиональному комментарию клинической картины. Томск, 2005. 175 с.
4. *Царегородцев Г.И., Ерохин В.Г.* Диалектический материализм и теоретические основы медицины. М., 1986. 288 с.

Поступила в редакцию 04.03.2008 г.