**Анамнез заболевания.**

Впервые больной отметил возникновение одышки после физической нагрузки в конце 1997 года (61 год). В течение 1998 года тяжесть одышки постепенно нарастала, но больной никуда не обращался. Летом 1998 года состояние ухудшилось, одышка стала возникать при всё меньших нагрузках, единожды, после тяжёлой физической нагрузки, у больного развился приступ удушья, который прошёл самостоятельно, и осенью этого же года больной обратился в медсанчасть, откуда его направили в 50 ГКБ, где после проведённых исследований (КТ, ЭхоКГ, Rg) поставили диагноз буллёзная эмфизема, постпневмонический пневмосклероз в н/доле левого лёгкого, спаечный процесс в левой плевральной полости, НК 1,

ДН 2. Назначено лечение: беродуал, теопек. Состояние больного стабилизировалось до осени 1999 года, когда степень одышки стала нарастать, и после обращения в медсанчасть больному был назначен бекотид. После этого состояние улучшилось, степень нарастания одышки значительно снизилась, больной чувствовал себя удовлетворительно и к врачам не обращался.

Последнее ухудшение состояния (увелечение степени нарастания одышки) произошло в феврале 2001 года, больной был направлен в ГТК для лечения и коррекции терапии.

**Анамнез жизни.**

В 1965 году в течение 4 месяцев наблюдалась общая слабость, субфибрильная лихорадка неясной этиологии.

В 1958 – 1966 годах работал электросварщиком, имел профвредность (электросварочные газы).

Социальные и бытовые условия удовлетворительные. Курил в течение 27 лет, не курит в течение года.

Наследственность. У сына и дочери больного аллергия на шерсть домашних животных.

Аллергологический анамнез не отягощён.

**Физикальное обследование больного.**

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений, телосложение гиперстеническое, степень упитанности повышена.Температура тела 36,6 0С, рост 175 см, вес 90 кг.

Кожные покровы и слизистые нормальной окраски, в области пупочного кольца – гиперемия, шелушение, умеренный цианоз губ, ногти на руках и ногах не изменены. Подкожно-жировая клетчатка развита равномерно, отёков нет. Прощупываются мелкие, около 2мм, подчелюстные лимфатические узлы – единичные, подвижные, не спаяные между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Околоушные, шейные, ярёмные, надключичные, локтевые, паховые - не прощупываются. Общее развитие мышечной системы - хорошее, атрофии и гипертрофии, болезненности при ощупывании отдельных мышц и мышечных групп не наблюдается. При исследовании костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей деформации, а также болезненности при ощупывании и поколачивании не отмечается. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов их припухлости и деформации, изменения околосуставных тканей, а также болезненности не отмечается.

Система дыхания. Дыхание через нос, в гортани свободное, болей в местах проекций носовых пазух нет. Форма грудной клетки – бочкообразная. Над- и подключичные ямки правая и левая выражены умеренно, одинаковы справа и слева, эпигастральный угол тупой. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки не отстают от грудной клетки. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные мышцы участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - брюшной. Частота - 25 в минуту. Ритм дыхания правильный. При сравнительной перкуссии – звук коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края - +/- 1,5 см. Аускультация лёгких: дыхание жёсткое, при глубоком дыхании над всей поверхностью лёгких выслушиваются сухие свистящие хрипы.

Система кровообращения. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в пятом межреберье по среднеключичной линии, неразлитой, неусиленный, умеренно резистентный. Сердечный толчок не определяется. Границы относительной тупости сердца: Правая: на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье; левая: на 1 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье; верхняя: в 3 межреберье по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины. Аускультация сердца: тоны сердца ясные, отмечается акцент второго тона над лёгочной артерией, шумов нет, ЧСС 100 уд/мин, ритм правильный. А/Д 130/80. Осмотр сосудов: имеются варикозное расширение вен левой голени.

Система пищеварения. Аппетит средний, отвращений к пище нет, динамики веса нет, глотание безболезненное. Стул регулярный, оформленный, нормальной окраски. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба нормальной окраски; язык нормальной величины и формы, влажный, не обложен. Живот нормальной формы, симметричный, коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. При перкуссии живота определяется тимпанит различной степени выраженности Перкуторные границы печени в норме. Селезенка не пальпируется. Печень не пальпируется. Болезненность в точках поджелудочной железы отсутствует.

Система мочевыделения. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует; симптом поколачивания (симптом Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система. Экзофтальма нет, щитовидная железа не пальпируется.

Нервно-психический статус. Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7-8 часов; засыпает быстро, ночью храпит; самочувствие после пробуждения хорошее. Речь нормальная.

**Предварительный диагноз.**

Хронический обструктивная болезнь лёгких.

**План обследования.**

1. Общий анализ крови и мочи
2. Анализ мокроты (клеточный состав, посев)
3. Анализ газов крови
4. УЗИ сердца.
5. ЭКГ
6. Рентген органов грудной клетки
7. ФВД
8. Бронхоскопия с биопсией
9. Консультация дерматолога
10. Консультация ЛОР врача.
11. Консультация аллерголога.

**Данные лабораторно-инструментального обследования.**

Общий анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| WBC | 6.95\*109/l |  |
| RBC | 4.733\*1012/l |  |
| HGB | 150.8 g/l |  |
| HCT | 45.58 % |  |
| PLT | 213.5\*109/l |  |

П – 2, с – 44, б – 1, э – 2, л – 36, м – 10.

ХС+ТГ 438 мг% (200 – 400)

СРБ (2+) – неспецифический показатель наличия воспаления.

## IgE 51,8 ( <25)

Анализ газов крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PH | 7.302 |  |
| PаCO2 | 39.3 mm Hg | 35 - 45 |
| PаO2 | 65.7 mm Hg | 80 - 105 |
| HCO3 | 19.4 mmol/l |  |
| TCO2 | 20.6 mmol/l |  |
| O2 sat | 89.6 % | 70 - 75 |
| BE | 6.5 mmol/l |  |
| BB | 41.5 mmol/l |  |
| BE ecf | 6.9 mmol/l |  |

Вывод: признаки дыхательной недостаточности.

Исследование мокроты.

Консистенция – вязкая, харктер – слизистая, запах – обычный, цвет – серый,

ПЯЛ – до 40 в п.зр., макрофаги – много, эпителий цилиндрический – умеренное количество, эпителий плоский – много. Эритроциты, эозинофилы, спирали Куршмана, кристаллы Шарко – Лейдена, клетки сердечных пороков, эластические волокна, атипичные клетки – не найдены. Бактериоскопия – значительная примесь отделяемого носоглотки.

Вывод: наличие воспалительного процесса.

УЗИ сердца.

Заключение. УЗ доступность значительно снижена. Размеры камер сердца, показатели глобальной и локальной систолических функций в пределах нормы, концентрическая гипертрофия стенок ПЖ. Диастолическая дисфункция ПЖ. Осумкованная жидкость (?) в пределах верхушечного сегмента передней стенки ПЖ и в области верхушки сердца.

ЭКГ.

Ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 в мин, ЭОС отклонена вправо, ЭКГ без существенных отклонений от нормы.

КТ органов грудной клетки.

Во всех отделах обоих лёгких, преимущественно в верхних долях, определяется внутридольковая, сливная внутридольковая и буллёзная эмфизема. В S3 в/д слева парамедиастенальная булла размером 3,5 см, в средней доле – булла – 12 см. В S2 верхней доли правого лёгкого определяется участок фиброза. В S2 в/д слева – очаг диаметром 5,7 мм с неровными пятнистыми контурами (фиброз?). Участки фиброза определяются также в верхушках обоих лёгких, в средней доле. В базальных сегментах с обеих сторон – единичные цилиндрические бронхоэктазы. Параэзофагиально на уровне бифуркации трахеи определяется л/узел размером 11 мм, в правой параэзофагиальной и трахеобронхиальной областях – обызвествлённый л/у.

Заключение: рентгенологическая картина эмфиземы лёгких. Диффузный хронический бронхит. Фиброзные изменения в верхних долях обоих лёгких. P.S. В нижних отделах средостения липоматоз, определяется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с выходом в грудную полость жира и части желудка.

Исследование ФВД. Спирометрия.

Заключение. Вентиляционные нарушения по обструктивному типу. Резко выражена генерализованная обструкция. Проба с беродуалом положительна.

Исследование ФВД.

Заключение. Резкие вентиляционные нарушения по обструктивному типу. Эмфизематозный вариант генерализованной обструкции. При БПГ – отмечается резкое изменение в структуре лёгочных объёмов за счёт резкого (до 265%) увеличения ООЛ и умеренного снижения (до 78%) ЖЕЛ при резко увеличенном (до 143%) ОЕЛ. Бронхиальное сопротивление выдоха значительно увеличено. Кривая аэродинамического сопротивления характерна для бронхообструктивного синдрома. Проба с беродуалом положительна.

Консультация дерматолога.

Диагноз: экссудативный псориаз.

Назначить: лоринден А, 1 р/день в теч. 2 мес.

**Дневники**.

5/IV Состояние лучше, ночь спал спокойно. Больной отмечает снижение одышки. Над лёгкими при глубоком дыхании выслушиваются еденичные сухие свистящие хрипы. ПСВ = 320 л/мин. Пульс – 92 в мин, ритмичный, АД 120/80.

9/IV Состояние прежнее, одышка не нарастает. Над лёгкими выслушиваются еденичные сухие свистящие хрипы. ПСВ = 310 л/мин. АД – 115/80, пульс – 88, ритмичный, О2sat – 93%/

16/IV Состояние удовлетворительное, приступов удушья нет, ночь спал спокойно. Сохраняется одышка. ЧДД – 20 в мин. Над лёгкими выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ПСВ = 310 л/мин, АД – 125/85.

**Клинический заключительный диагноз.**

Основное заболевание: хронический обструктивный бронхит курильщика и пылевой средней тяжести в стадии обострения (лёгкой степени).

Осложнения основного заболевания: буллёзная эмфизема лёгких, хроническая вентиляционная недостаточность II степени, дыхательная недостаточность 1 степени, лёгочное сердце, хроническая правожелудочковая недостаточность 1 ст.

Сопутствующие заболевания: фиброз верхних долей обоих лёгких, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, липоматоз нижних отделов средостения, псориаз экссудативная форма.

В течение жизни больной имел 2 безусловных фактора риска развития заболевания. Это курение на протяжении 27 лет и контакт с профвредностями (сварочные газы). Основной жалобой больного является одышка, нарастающая с течением времени, что также характерно для ХОБ. Большое количество мокроты не характерно для ХОБ. При объективном обследовании выявляются сухие свистящие хрипы, указывающие на сужение дыхательных путей – классический признак ХОБ. Также характерно наличие центрального цианоза и участие вспомогательных мышц в акте дыхания. Из анамнеза заболевания видно, что заболевание неуклонно прогрессирует, а это важнейший признак ХОБ. При исследовании ФВД выявлены вентиляционные нарушения по обструктивному типу, резко выражена генерализованная обструкция. Об обострении процесса свидетельствуют наличие большого (40) числа лейкоцитов в мокроте и СРБ (2+). У данного больного возможно наличие астматического компонента бронхиальной обструкции, в пользу чего свидетельствуют данные анамнеза: единожды приступ удушья, у дочери и сына больного имеются аллергические реакции на шерсть домашних животных, повышение уровня IgE в крови и улучшение состояния при применении ингаляционных глюкокортикоидов. Снижение парциального давления кислорода артериальной крови говорит о дыхательной недостаточности по гипоксемическому типу. При исследовании ФВД выявлено резкое увеличение ООЛ, что характерно для эмфиземы. При рентгенологическом исследовании выявлена картина эмфиземы лёгких, диффузный хронический бронхит, фиброзные изменения в верхних долях обоих лёгких, липоматоз средостения, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Обращает на себя внимание комплекс признаков: фиброз верхних долей обоих лёгких, найденый при КТ обызвествлённый лимфоузел и лихорадка неясного генеза, продолжавшаяся в течение 4 месяцев в 1965 году. Данные признаки могут свидетельствовать о некоем специфическом поражении лёгких (туберкулёзе), для уточнения необходимы прицельная КТ верхушек лёгких и консультация фтизиатра.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с бронхиальной астмой:

# Дифференциально-диагностические критерии ХОБ и БА

Признаки ХОБ БА

Аллергия нехарактерна характерна

Кашель постоянный, приступооб -­ разной интенсивности разный

Одышка постоянная без приступы резких колебаний экспиратор- выраженности ной одышки

Суточные

изменения менее 10% более 15%

ОФВ1 должн. ОФВ1 должн.

Обратимость нехарактерна характерна бронхиальной обструкции

Эозинофилия нехарактерна характерна

крови и мокроты

**Лечение.**

Больному показан режим с ограничением физических нагрузок, необходимо назначить диету с ограниченным содержанием Na для коррекции сердечной недостаточности. Обучение пациента.

Лекарственная терапия.

1. Бронхорасширяющая терапия. В данном случае, учитывая данные анамнеза, можно назначить антихолинергические препараты, ß2 – агонисты в одном комплексном препарате. Berodual 2 инг x 4 р/день и Berodual через небулайзер 1 р/день.
2. Учитывая хороший ответ на применение глюкокортикоидов в анамнезе, можно назначить Ingakort 250 2 инг x 2 р/день.
3. АЦЦ 200 4 р/день для разжижения мокроты.
4. Туалет бронхов (УЗ ингалятор) также для разжижения мокроты
5. Оксигенотерапия и дыхательная гимнастика для коррекции дыхательной недостаточности, тренировка дыхательной мускулатуры.
6. При усилении сердечной недостаточности – назначить верошпирон.

**Прогноз заболевания.**

Прогноз выздоровления сомнительный (прогностически неблагоприятные факторы – пожилой возраст и тяжёлая бронхиальная обструкция), при применении вышеуказанной лекарственной терапии и выполнении больным данных ему рекомендаций возможно замедление темпов прогрессирования заболевания.