**I. Общие сведения**

1. Фамилия, имя, отчество:
2. Возраст: 52 года
3. Место работы: МТФ «Мостоотряд-1»
4. Должность: водитель
5. Домашний адрес:
6. Дата поступления в клинику: 7 ноября 2005 года

**II. Анамнез (Anamnesis)**

1. **Жалобы**

Жалобы в настоящее время: жалобы на одышку при умеренной физической нагрузке (подъем по лестнице выше 3-го этажа, быстрая ходьба), на нечастый (5-6 раз в день), неинтенсивный, непродолжительный кашель с небольшим количеством слизистой мокроты (5 мл в день).

1. **История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Считает себя больным в течение полутора лет (с весны 2004), когда появился сухой кашель. Не обследовался, не лечился. С марта 2005 появилась и стала нарастать одышка при физической нагрузке, что послужило причиной выполнения рентгенографии органов грудной клетки. Выявлены множественные участки затемнения по всем отделам легких, деформация корней легких. За время болезни потерял в весе 10 кг. Госпитализирован в клинику им. Е.М.Тареева в июле 2005 г. для обследования и определения тактики лечения. За время госпитализации установлен фиброзирующий альвеолит неуточненной разновидности, направлен в НИИ торакальной хирургии для уточнения морфологического варианта альвеолита, где была выполнена открытая биопсия легкого, морфология от 27.07.05 – обычная интерстициальная пневмония, антракоз? Проведен «пульс» ПЗ 4-6.09.05 ∑3000 мг, начата терапия ГКС – ПЗ 40 мг, эналаприл 5 мг/сут, Omez c положительным эффектом: уменьшились кашель и одышка. После выписки принимал рекомендованные препараты. Прибавил в весе 5 кг. Отмечает нарастание одышки при физической нагрузке. Госпитализирован в клинику для подбора адекватной терапии.

1. **Перенесенные заболевания**

Детские инфекции.

Прививки – все по плану.

Операции – тонзиллэктомия в 1989 г.

Ранений, контузий не было.

Венерическими заболеваниями не болел.

В контакте с инфекционными больными не был.

Отравлений не было.

Нетрудоспособен (соответствующие документы есть).

1. **Аллергологический анамнез**

Непереносимости лекарственных препаратов, пищевых продуктов больной не отмечает.

1. **Семейный анамнез и наследственность**

Отец – артериальная гипертензия.

Мать – практически здорова.

Братья, сестры – практически здоровы.

Дети – практически здоровы.

Среди родственников больного никто не страдал психическими заболеваниями, туберкулёзом, венерическими заболеваниями.

1. **История жизни больного (Anamnesis Vitae)**

Год рождения и место рождения: 1953 г., Тульская обл.

В детстве рос и развивался: от сверстников не отставал.

Образование: среднее.

Служба в армии: служил.

Профессиональная деятельность в течение жизни: водитель.

В настоящее время: характер работы – водитель, профессиональные вредности – холод и отсутствие адекватного режима питания.

Семейное положение: женат, сын 21 г., дочь 28 л.

Вредные привычки: курение отрицает, употребление алкоголя отрицает, употребление наркотических веществ отрицает.

**III. Данные объективного исследования**

Состояние больного относительно удовлетворительное, tº тела – 36,6 ºС.

Сознание ясное. Выражение лица не представляющее каких-либо болезненных процессов. Плетора.

Телосложение правильное, нормостенический тип конституции. Рост 170 см, масса тела – 87 кг. ИМТ=30,1. Нарушений осанки и походки не отмечается.

**Кожные покровы** бледно-розовой окраски. Гиперемия лица. Кожа умеренной влажности, эластичность ее хорошая. Нет участков облысения в волосяном покрове головы. Ногти в виде часовых стекол.

**Подкожно-жировой слой** развит избыточно (ожирение по абдоминальному типу) (толщина кожной складки на животе на уровне пупка – 4 см), распределен равномерно. Толщина кожной складки у нижнего угла лопатки 3 см. Отёков нет. Щитовидная железа не увеличена.

**Лимфатические узлы** при осмотре не видны, не пальпируются.

Общее развитие **мышечной системы** удовлетворительное. Болезненность при пальпации мышц отсутствует. Тонус мышц одинаков с обеих сторон. Мышечная сила удовлетворительная.

При обследовании **костей** черепа, грудной клетки, позвоночника болезненность и деформации не отмечаются. Пальцы в виде барабанных палочек.

**Суставы** правильной конфигурации, безболезненные. Активные и пассивные движения в полном объёме.

**Органы дыхания**

Дыхание через нос свободное. Отделяемого из носа нет. Форма носа не изменена.

Голос громкий, сиплый.

Грудная клетка правильной конфигурации, нормостенического типа, цииндрическая, без деформаций, симметричная. Положение лопаток: на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания – смешанный. Дыхание ритмичное. Частота дыхания – 30 в минуту. Дыхательные движения с обеих сторон грудной клетки средние по глубине, равномерные и симметричные. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Пальпация грудной клетки безболезненна. Эластичность грудной клетки нормальная. Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричные участки грудной клетки.

Положение лопаток на одном уровне, плотно прилегают к грудной клетке.

**Перкуссия лёгких**

При *сравнительной перкуссии* лёгких выявляется притупление перкуторного звука в базальных отделах легких.

*Данные топографической перкуссии*

Высота стояния верхушек:

Спереди: справа – на 3 см выше уровня ключицы,

слева – на 3 см выше уровня ключицы

Сзади: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Ширина полей Кренига: справа – 5 см, слева - 5 см.

Нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная  Среднеключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная | V межреберье  VI ребро VII ребро VIII ребро IX ребро X ребро Остистый отросток  XI грудного позвонка | -  -  VII ребро VIII ребро IX ребро X ребро  Остистый отросток  XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краёв лёгких (в см)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | | | Слева | | |
| Среднеключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| Лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

***Аускультация лёгких***

При аускультации над лёгкими определяется жесткое дыхание. Крепитация в базальных отделах легких. Бронхофония не изменена, одинаковая с обеих сторон.

**Сердечно- сосудистая система**

Область сердца не изменена.

Верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в V межреберье, по левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный.

***Перкуссия сердца***

Границы относительной тупости сердца:

правая – 0 см кнаружи от правого края грудины (в IV межреберье),

верхняя – на уровне III межреберья,

левая – 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии (в V межреберье).

Поперечник относительной тупости сердца: 3+8,5=11,5 см. Конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая – 1 см кнутри от правого края грудины,

верхняя – на уровне IV межреберья,

левая – на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии

Ширина сосудистого пучка – 4см.

***Аускультация сердца***

Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений – 68 в 1 минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

***Исследование сосудов***

Пульс 68 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, нормальной величины, одинаковый на обеих руках.

При аускультации артерий патологические изменения не выявлены.

Артериальное давление: на левой руке 120/80 мм рт. ст., на правой руке - 120/80 мм рт. ст.

При исследовании вен – варикозное расширение вен правой нижней конечности.

Капиллярного пульса нет.

**Система пищеварения**

Запаха изо рта нет. Слизистая оболочка ротовой полости розовой окраски, миндалины не увеличены. Дёсны бледно-розового цвета, кариозных зубов нет.

Язык розовой окраски, влажный, чистый, сосочки выражены хорошо.

Живот увеличен за счет жировой клетчатки, симметричен. В правой подреберной области послеоперационный рубец длиной 20 см. Окружность живота на уровне пупка 85 см. Мышцы брюшной стенки активно участвуют в акте дыхания. При перкуссии живота определяется тимпанический звук.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом раздражения брюшины (Щёткина-Блюмберга) отрицательный.

*Сигмовидная кишка* пальпируется в левой подвздошной области на протяжении 12 см цилиндрической формы, диаметром 2,5 см, плотно-эластической консистенции, гладкая, подвижная, безболезненная, не урчащая.

*Слепая кишка* пальпируется в правой подвздошной области на протяжении 10 см цилиндрической формы, диаметром 4 см, плотноэластической консистенции, гладкая, подвижная, безболезненная, урчащая при пальпации.

Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

*Малая кривизна желудка* и *привратник* не пальпируются.

*Поджелудочная железа* не пальпируется.

При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы.

Выпячивания, деформации в области *печени* не выявляются.

Размеры печёночной тупости по Курлову:

по среднеключичной линии – 10 см

срединной линии тела – 9 см

по левой рёберной дуге – 8 см

Печень пальпируется на 1 см ниже края правой рёберной дуги на глубоком вдохе, край печени мягкий, острый, ровный, гладкий, безболезненный.

*Желчный пузырь* не пальпируется.

При осмотре области селезенки выпячиваний и деформаций нет. При перкуссии селезёнки по X ребру – длинник 12 см, поперечник 4 см (между IX и XI ребрами). Селезенка не пальпируется.

Симптом Ортнера – отр.

Симптом Мерфи – отр.

Симптом Мэрфи – отр.

Симптом Мюсси – отр.

Симптом Мэйо-Робсона – отр.

Симптом Гротта – отр.

**Органы мочевыделения**

При осмотре области *почек* патологические изменения не выявляются. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

*Мочевой пузырь* перкуторно не выступает над лобком, не пальпируется.

**Нервно-психический статус**

Сознание ясное, нет головных болей, нет головокружения, снижение работоспособности, сон не нарушен. Оценка общего состояния адекватная. Интеллект соответствует уровню своего развития. Внимание не ослаблено, память не снижена, настроение ровное, общителен, уравновешен, не суетлив.

**Органы чувств**

Без особенностей.

**Эндокринная система**

Жажды нет. Характер оволосения по мужскому типу. Тремора пальцев рук нет. Щитовидная железа не увеличена.

Симптом Графе – отр.

Симптом Мебиуса – отр.

**IV. Предварительный диагноз**

1. Идиопатический фиброзирующий альвеолит.
2. Ожирение II ст.
3. Дыхательная недостаточность II ст.
4. Варикозное расширение вен нижней конечности.

**V. План обследования**

1. Клинический анализ крови, тромбоцитов, ретикулоцитов.
2. Время свёртывания крови, время кровотечения, коагулограмма, ПИ.
3. Группа крови, резус-фактор, Реакция Вассермана, HBsAg.
4. Биохимический анализ крови (12-канальный, 6-канальный).
5. Ревмопробы: титры АСЛ-О, АСГ, СРБ.
6. Общий белок и белковые фракции.
7. Общий анализ мокроты + атипичные клетки + посев мокроты
8. Функциональное исследование сердца и лёгких: спирометрия, ЭКГ, мониторирование АД.
9. УЗИ: сердца, брюшной полости, почек.
10. Рентгеноскопия органов грудной клетки.
11. Исследование кала на яйца гельминтов.

**VI. Данные лабораторных и инструментальных**

**методов исследования**

**Исследование мочи**

08.11.2005

Количество: 140 мл

Цвет: светло-желтый

Реакция Ph = 5

Удельный вес: 1021

Прозрачность: неполная

Сахар: нет

Желчные пигменты: отр.

Уробилин: N

Эпител. клетки полиморфные: немного

Лейкоциты: умеренн.

Соли: оксалаты

Слизь: умеренн.

Бактерии: немного

**Общий анализ крови**

22.11.2005

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WBC: | 12,6\*103 mm3 | (4,0-9,0) | ↑ |
| RBC: | 5,35 H 106 mm3 | (3,90-5,00) | ↑ |
| HGB: | 16,9 H g/dL | (11,0-16,0) | ↑ |
| HCT | 51,1 H % | (36,0-48,0) | ↑ |
| PLT | 162\*103 mm3 | (150-400) |  |
| MCV | 96 µm3 | (75-95) | ↑ |
| MCH | 31,6 pg | (24,0-34,0) |  |
| MCHC | 33,0 g/dl | (31,5-35,0) |  |
| СОЭ | 10 мм/ч | 1-10 |  |

П=8 (↑), С=61, Э=0 (↓), Л=27, М=1 (↓)

**Биохимическое исследование крови**

23.11.05

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единица | Отклонение | Норма |
| Белк. фрак. альб. | 33,4 | % | ↓ | 54,7-60,7 |
| Альфа-1 | 7,4 | % |  | 3,7-7,9 |
| Альфа-2 | 14,4 | % | ↑ | 5,2-10,7 |
| Бета | 10,3 | % |  | 8,6-13,7 |
| Гамма | 14,5 | % |  | 10,7-19,3 |
| Триглицериды | 95 | мг/дл |  | 50-150 |
| Общ. холестерин | 228 | мг/дл |  | 150-250 |

**Биохимическое исследование крови**

09.11.05

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единица | Отклонение | Норма |
| Кальций | 9,6 | мг/дл |  | 8,5-10,5 |
| Общий белок | 6,0 | г/дл |  | 6,0-8,0 |
| Альбумин | 3,8 | г/дл |  | 3,5-5,0 |
| Креатинин | 1,2 | мг/дл |  | 0,7-1,4 |
| Неорг. фосфор | 2,9 | мг/дл |  | 2,5-4,5 |
| Глюкоза | 80 | мг/дл |  | 80-120 |
| Азот мочевины | 10 | мг/дл |  | 10-20 |
| Мочевая кислота | 6,84 | мг/дл |  | 2,5-7,0 |
| Общий билирубин | 1,1 | мг/дл | ↑ | 0,2-1,0 |
| Na+ | 143 | мэкв/л |  | 135-145 |
| K+ | 3,8 | мэкв/л |  | 3,5-5,0 |
| ЛДГ | 835 | ед/л | ↑ | 240-480 |
| Г-ГТ | 31 | ед/л |  | 5-61 |
| АСТ | 8,4 | ед/л |  | 0-40 |
| АЛТ | 39,1 | ед/л |  | 0-40 |
| Р креат. крови | 1,2 | мг/дл |  | 0,7-1,4 |
| п Е креат. мочи | 61,9 | мг/дл |  | - |
| р Б конц. индекс | 51,6 |  |  | - |
| о Е сут. диурез | 2200 | мл |  | - |
| б Р мин. диурез | 1,53 | мл/мин |  | - |
| а Г фильтрация | 79 | мл/мин | ↓ | 80-120 |
| А реабсорбция | 98,1 |  |  | 98-99 |
| Экскр. мочевины | 26,5 | г/сут |  | 15,2-34,8 |
| Экскр. моч. к-ты | 775 | мг/сут | ↑ | 400-600 |
| Клир. моч. к-ты | 7,9 | мл/мин |  | 7-12 |
| Экскрец. кальция | 194 | мг/сут |  | 100-300 |
| Экскрец. фосфора | 912 | мг/сут |  | 500-2000 |

**Коагулограмма**

23.11.2005

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единица | Отклонение | Норма |
| АЧТВ (нормализованное отношение) | 0,84 |  |  | 0,75-1,25 |
| Протромбиновый индекс | 100 | % |  | 86-110 |
| Фибриноген | 3,75 | г/л |  | 1,8-4,0 |

Заключение: в пределах нормы.

**Иммунологическое исследование крови**

09.11.2005

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Ед. изм. | Норма | Откл. |
| PSA общий | 0,7 | нг/мл | 0-4 |  |

**Иммунологическое исследование крови**

23.11.2005

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Ед. изм. | Норма | Откл. |
| РФ (кач.) | отр. | МЕ/мл | отр |  |
| Антистрептолизин - О | 0 | МЕ/мл | 0-125 |  |
| СРБ (кол.) | 0,39 | мг/дл | 0-0,8 |  |

**Иммунологическое исследование крови**

23.11.2005

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Ед. изм. | Норма | Откл. |
| Комплемент | 27 | гемм. ед. | 20-40 |  |

**Иммунологическое исследование крови**

23.11.2005

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Ед. изм. | Норма | Откл. |
| Иммуноглобулин А | 175 | мг/дл | 50-300 |  |
| Иммуноглобулин М | 120 | мг/дл | 40-200 |  |
| Иммуноглобулин G | 1750 | мг/дл | 600-2000 |  |

**Исследование мокроты**

09.11.2005

Количество 1,5

Консистенция: п/вязкая

Характер: слизисто-гнойный

Запах: обычный

Цвет: серый

Лейкоциты: 30-50-80 в п/зр

Эритроциты: 1-3 в п/зр

Спирали Куршмана: 1 в п/зр

Макрофаги: много

Клетки сердечных пороков: не найдены

Эозинофилы: не найдены

Кристаллы Шарко-Лейдена: не найдены

Эластические волокна: не найдены

Атипичные клетки: не найдены

Нормофлора – смешанная, много

**Электрокардиограмма**

08.11.2005

Ритм: синусовый правильный. Частота сокращений в I минуту 64.

Интервал P-R=164 мс (норма до 0,18’)

Интервал QRS=96 мс (норма до 0,09’)

QRS I, II, III, IV не деформирован.

Вольтаж не снижен.

Зубец Рi +, РII +, РIII +, V2-6 (+)

Зубец Тi +, ТII +, ТIII +, ТIV сн., V2-6 (+)

Заключение: ЭОС расположена горизонтально. Ритм синусовый, правильный. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ЭКГ-признаки начальной гипертрофии миокарда левого желудочка..

**ЭхоКГ**

15.11.2005

Корень аорты, камеры сердца не расширены (А – 3,3 см, ЛП – 3,9 см, ПЖ – 2,2 см, Дд – 5,0 см). Легочная артерия не расширена -2,2 см. Клапанные структуры органически не изменены. Стенки левого и правого желудочков на верхней границе нормы (ТМЖП – 1,0 см, ТЗСЛЖ – 1,1 см, ТПСПЖ – 0,4 см). Зоны гипокинезии не выявлены. Фракция выброса 66%. При ДКГ – турбулентные протоки не выявлены. Признаков легочной гипертензии нет. Функция диастолического расслабления миокарда не нарушена. Е/А=0,66/0,66. При сравнении с ЭхоКГ от июля 2005 г. без существенной динамики.

**Функция внешнего дыхания**

23.11.2005

Заключение: IV степень дыхательной недостаточности по рестриктивному типу.

**Ультразвуковое исследование**

Печень не увеличена, левая доля 140 мм, правая доля 56 мм, контуры ровные, эхоструктура ее диффузно изменена по типу жирового гепатоза.

Внутри и внепеченочные желчные протоки не расширены.

Желчный пузырь не увеличен, поперечник 30 мм, стенки 2 мм, с перегибом в шейке, в просвете пузыря камней нет, по обеим стенкам множественные полипы до 5 мм.

Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, эхоструктура неоднородная, гиперэхогенная. Главный панкреатический проток не расширен.

Селезенка увеличена, размерами 135х55 мм, эхоструктура однородная.

Вены портальной системы не изменены: селезеночная вена 5 мм, воротная вена 9 мм.

Почки обычно расположены, контуры ровные, нормальных размеров: левая 110х56 мм, толщина паренхимы 16 мм, правая 112х56 мм, толщина паренхимы 16 мм, кортико-медуллярная дифференциация сохранена. ЧЛС не расширена. Камней, кист и других патологических образований не выявлено. Подвижность почек при дыхании обычная. ЧЛС регионарно уплотнена, убедительных данных за наличие МКБ не получено.

Заключение: Ультразвуковые признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы, спленомегалии, полипов желчного пузыря.

**МСКТ грудной клетки**

10.11.2005

Программа исследования: толщина среза 5 мм. Шаг томографа 5 мм. Режим сканирования: МСКТ, 1,0х1,0 КТВР.

На серии аксиальных томограмм – по всем легочным полям снижение пневматизации легочной ткани по типу «матового стекла» до -720едН (норма – 900едН), уплотнение междолькового интерстиция за счет фиброза по типу «сотового легкого», максимально выраженная в базальных отделах. Наличие внутридольковой и парасептальной эмфиземы, булл в нижней доле справа до 16 мм в диаметре, в язычковых сегментах до 22 мм. В базальных отделах бронхоэктазы.

Бронхи прослежены до уровня субсегментарных ветвей, стенки уплотнены, просветы свободны.

Структуры средостения и корней легких дифференцированы. Интракорнеальные лимфатические узлы увеличены: парааортальные до 11,2 мм, паратрахеальные до 16,8 мм, бифуркационные до 21,9 мм.

Выпота в серозных полостях нет, листки плевры неравномерно утолщены, плевродиафрагмальные спайки.

Форма и размеры сердца соответствуют возрасту пациента, листок перикарда тонкий. Структура скелета исследованного уровня без особенностей. Магистральные сосуды обычного калибра.

Заключение: КТ-картина «сотового легкого» с признаками активности процесса. Незначительная положительная динамика по сравнению с данными от 29.06.05 в виде уменьшения лимфоаденопатии средостения.

**IV. Клинический диагноз**

**Основное заболевание:** Идиопатический фиброзирующий альвеолит (обычная интерстициальная пневмония на стадии «сотового легкого», леченный кортикостероидами, в том числе и в сверхвысоких дозах (суммарная доза метипреда – 3000 мг).

*Обоснование:*

1. Сухой кашель.
2. Одышка при физической нагрузке.
3. При аускультации - жесткое дыхание.
4. На рентгенограмме грудной клетки - множественные участки затемнения по всем отделам легких, деформация корней легких.
5. Данные МСКТ грудной клетки.
6. Данные открытой биопсии легкого.
7. Хороший ответ на терапию глюкокортикостероидами.

**Сопутствующие заболевания:** Нарушение пуринового и липидного обменов (ожирение II ст.). Варикозное расширение вен нижней конечности.

*Обоснование:*

1. Гиперурикозурия (экскреция мочевой кислоты 775 мг/сут).
2. ИМТ = 30,1.
3. Толщина кожной складки на животе 4 см.
4. Данные осмотра.

**Осложнения:** Дыхательная недостаточность II ст.

*Обоснование:*

1. ЧДД 30 в минуту.
2. Пальцы в виде барабанных палочек.
3. Ногти в виде часовых стекол.
4. Эритроцитоз.
5. Данные исследования функции внешнего дыхания.

**V. Лечение**

1. Стол А. (Щадящая диета для пациентов, принимающих глюкокортикостероиды перорально).
2. Преднизолон 5 мг 5-3-0 (Для купирования процессов фиброза).
3. Омез 20 мг 0-0-1 (Профилактика язвы желудка на фоне перорального приема глюкокортикостероиды).
4. Эналаприл 5 мг ½-0-½ (Контроль АД у пациентов, получающих глюкокортикостероиды).
5. Ингаляции увлажненным О2 по 10 мин 4 р/сут. (Для улучшения оксигенации крови).

**VI. Прогноз**

1. *Прогноз для жизни* – относительно благоприятный.
2. *Прогноз для трудовой деятельности* – неблагоприятный (значительное ограничение физической нагрузки из-за одышки).