

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Глава 1

ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ПНЕВМОНИИ: СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ, ТРУДНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

С.И. Овчаренко, Е.А. Сон, В.А. Капустина

Современные исследования проблемы интерстициальных заболеваний легких носят мультидисциплинарный характер и базируются, наряду с анализом клинической картины, на изучении данных компьютерной томографии (КТ) высокого разрешения в сопоставлении с данными морфологического исследования ткани легкого. Внедрение результатов этих исследований в клиническую практику позволяет назначать дифференцированную терапию и определять прогноз у конкретного больного.

Приводим клиническое наблюдение, которое иллюстрирует не только возможности современных методов диагностики, но и сложности в терапии интерстициальных заболеваний легких у пожилых больных с сопутствующей патологией (в первую очередь кардиальной).

Больная К., 75 лет, неоднократно наблюдалась в терапевтическом отделении Факультетской терапевтической клиники им. В.Н. Виноградова. При первом поступлении в клинику в декабре 2007 г. предъявляла *жалобы*:

- на выраженную одышку при минимальной физической нагрузке и в покое, сопровождающуюся сердцебиением;
- повышение АД максимально до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся болями в затылке (адаптирована к АД 130 и 80 мм рт.ст.);
- эпизоды перебоев в работе сердца, возникновение которых ни с чем не связывала;
- головокружение и пошатывание при ходьбе;
- ощущение утренней скованности в мелких суставах кистей, длящейся до получаса.

Анамнез заболевания (рис. 1.1): с 45 лет отмечает подъемы АД максимально до 200/100 мм рт.ст.; длительное время постоянной антигипертензивной терапии не получала, с 60 лет принимает комбинацию антигипертензивных препаратов различных групп с некоторым положительным эффектом. Примерно 15 лет назад (в возрасте 60 лет) отметила появление болезненности в правом

	1978 г. (45 лет)	1993 г. (60 лет)	1997 г. (65 лет)	2002 г. (69 лет)	Февраль 2007 г.	Декабрь 2007 г.
↑АД						
Боли в суставах		Тазобедр. (коксартроз)	Кисти, колени		Колени	
Утренняя скованность						
Одышка						
РФ			1:160			
ЭКГ				БПНПГ. БПВЛНПГ. АВ 1ст. ЭС		
Диагноз			Подагра/ РА ???	ХСН		
Антигипер- тензивная терапия		★	★	★	★	★
НПВП		Кеналог в/с	Кеналог в/с		Вольтарен в/м	
Аллапинин 25 мг/сут				★	★	★

Рис. 1.1. Анамнез заболевания больной К., 75 лет

тазобедренном суставе, по поводу чего находилась на стационарном лечении с диагнозом «коксартроз», внутрисуставно вводился кеналог с эффектом.

В начале 1997 г. (в возрасте 65 лет) впервые появилось ощущение скованности, болей и припухания в мелких суставах кистей и коленных суставах. Находилась на стационарном лечении в ГКБ № 5, состояние было расценено как подагра, однако с учетом повышенного титра ревматоидного фактора (РФ) (1:160) проводилась дифференциальная диагностика с ревматоидным артритом. Лечилась нестероидными противовоспалительными препаратами с эффектом. Медицинская документация отсутствует. В это же время впервые отметила появление небольшой одышки при физической нагрузке, на которую особого внимания не обратила (так как связывала ее с возрастом и избыточной массой тела).

В 2002 г. (в возрасте 69 лет) на ЭКГ были зафиксированы блокада правой ножки пучка Гиса, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса, атрио-вентрикулярная блокада I степени, экстрасистолия (?), по поводу чего был назначен аллапинин в дозе 25 мг/сут, который пациентка принимала вплоть до госпитализации в Факультетскую терапевтическую клинику. Все это время постепенно продолжала нарастать одышка, которая с 2002 г. стала возникать при бытовых физических нагрузках. Терапевтом по месту жительства это было

расценено как проявление застойной сердечной недостаточности у больной 69 лет с выявленными изменениями на ЭКГ.

Значительное ухудшение состояния — с февраля 2007 г., когда больная вновь отметила появление отечности и покраснение коленных суставов, лечилась в/м инъекциями нестероидных противовоспалительных препаратов с хорошим эффектом. С этого же времени значительно выросла одышка, которая стала беспокоить при минимальных физических нагрузках и в покое, что резко изменило качество жизни больной. Рентгенологическое исследование легких длительное время не проводилось. С вышеописанными жалобами больная поступила в Факультетскую терапевтическую клинику в декабре 2007 г.

При поступлении: состояние средней тяжести. Обращала на себя внимание повышенная масса тела больной [рост 165 см, вес 93 кг, индекс массы тела (ИМТ) 35,5 кг/м²]. Визуально суставы не изменены, объем движений в них сохранен. ЧД 24 в минуту. Основные изменения были выявлены при аускультации в легких: выслушивались нежная крепитация в базальных отделах обоих легких на большом пространстве, единичные сухие свистящие хрипы на форсированном выдохе. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 96 ударов в минуту, частая экстрасистолия. АД 160/90 мм рт.ст. Живот увеличен за счет жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, жидкости нет. Печень, селезенка не увеличены.

В клиническом *анализе крови*, кроме некоторого снижения тромбоцитов (160 тыс.), патологии не выявлено. В повторных анализах крови число тромбоцитов в пределах нормы. В биохимическом анализе крови — гиперлипидемия 4 типа [триглицериды 213 мг/дл при норме 50–150, общ. холестерин 123 мг/дл, ЛПВП 42 мг/дл, ЛПНП 38,1 мг/дл, ЛПОНП 42,6 мг/дл при норме 10–30, коэффициент атерогенности (КА) 1,93], в остальном без патологии. Обращало на себя внимание повышение уровня С-реактивного белка (СРБ) (++++), а также РФ (++++), и незначительное увеличение титра антинуклеарного фактора (1:40, свечение гомогенное). Австралийский антиген и антитела к вирусу гепатита С не обнаружены.

В первом *анализе мочи* отмечалось увеличение уровня лейкоцитов до 5–7 в п/зр, в анализе мочи по Нечипоренко — 0,125% белка в первой порции, лейкоциты 4750 и 3000 в 1 мл в 1-й и 2-й порциях, эритроциты — 250 и 20000 соответственно.

В клинике урологии им. Р.М. Фронштейна было проведено *УЗИ почек*, при котором выявлен конкремент в чашечке левой почки, микрогематурия была расценена как проявление почечно-каменной болезни, было рекомендовано динамическое наблюдение за больной.

На *ЭКГ (рис. 1.2)* регистрировались частая желудочковая экстрасистолия по типу аллоритмии (бигеминия), АВ-блокада I степени (PQ 0,22 с), полная блокада правой ножки пучка Гиса, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

При *суточном мониторинге ЭКГ по Холтеру* выявлено: PQ днем до 0,22 с, ЧСС днем 55–12/мин (ср. 86/мин), ЧСС ночью 42–84/мин (ср. 50/мин), около 2 тыс. наджелудочковых экстрасистол, а также около 2 тыс. политопных