

клиническая демонстрация

**ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЛЕГКИХ**

Кандидат медицинских наук

Сорокин Николай Васильевич

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

- По МКБ X: J80-J84 – другие респираторные болезни, поражающие главным образом интерстициальную ткань;
- D86 – саркоидоз;
- D86.0 – саркоидоз лёгких;
- D86.1 – саркоидоз лимфатических узлов;
- D86.2 – саркоидоз лёгких с саркоидозом лимфатических узлов.

Определение. Интерстициальные заболевания легких (ИЗЛ) – преимущественно хронические заболевания лёгочной ткани, проявляющиеся воспалением и нарушением структуры альвеолярных стенок (альвеолит), эндотелия лёгочных капилляров, перивазальных и перилимфатических тканей.

Паспортные данные

ФИО *больной А.*

Дата рождения (полных лет) *35 лет*

Категория *военнослужащий, офицер*

Дата поступления *в пульмонологическое
отделение 442 Окружного военного
клинического госпиталя 17.09.2011 г.*

Жалобы:

на экспираторную одышку,
ощущение тяжести в грудной клетке,
общую слабость, субфебрилитет.

Анамнез заболевания.

Болен с осени 2006 г. (возраст 31 год), когда после физической нагрузки появилась одышка. За медицинской помощью не обращался. В 2007 г. во время планового флюорографического обследования выявлены увеличенные внутригрудные лимфатические узлы. Был направлен в 442 ОВКГ, где впервые выставлен диагноз: саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов. Проводилась пульс-терапия преднизолоном (10 мг/сут), после чего наступила ремиссия. Состояние ухудшилось через 2 года: на фоне переохлаждения стали возникать одышка, появились неприятные ощущения в грудной клетке, общая слабость. Отмечал длительный субфебрилитет. При рентгенологическом исследовании вновь определялись увеличенные внутригрудные лимфатические узлы. Был повторно направлен на стационарное лечение..

Анамнез жизни.

Родился и вырос в Саратове. Материально-бытовые условия хорошие. В детстве от сверстников не отставал. С 14 лет активно занимался спортом. В течении 18 лет служит в ВС РФ. Инженер РЛС. Длительно служил на Крайнем Севере.

Перенесенные заболевания: аппендектомия в 1998 г..

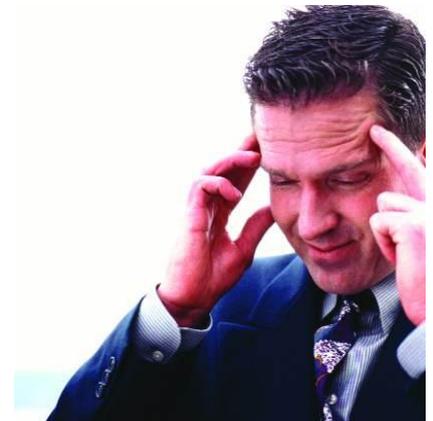
Курит 15 лет до 20 сигарет в сутки. Алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез. Лекарственную и другие проявления аллергии отрицает.

ОБСУЖДЕНИЕ анамнеза:

обращает внимание
малоинформативность анамнеза,
наличие незначительной
вариабельности симптомов, а
также случайный характер
выявления заболевания.



Объективные данные

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Астенической конституции. Телесные повреждения, физические недостатки и аномалии развития отсутствуют. Удовлетворительного питания: толщина кожной складки у реберной дуги – 2,5 см, около пупка – 2,0 см, ИМТ – 27,3. Кожные покровы обычной окраски, чистые, теплые на ощупь, влажные, эластичность (тургор) не изменены. Отеков нет.

Сердечно-сосудистая система

При пальпации лучевых артерий пульс синхронный, одинаковый на обеих руках, ритмичный, частотой 78 уд. в мин., нормального наполнения, равномерный, напряжен, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. Артериальное давление: на правом плече – 120/80, на левом плече – 120/75 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая, верхняя - норма; левая - по левой срединноключичной линии. Ширина сосудистого пучка в пределах нормы. При аускультации тоны сердца приглушены. Число сердечных сокращений соответствует пульсу.

Система органов дыхания.

Грудная клетка правильной формы, симметричная. Частота дыхания 18 в минуту, дыхательные движения ритмичные, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии над легкими притупление перкуторного тона от правой парастернальной линии до срединноключичной линии. При топографической перкуссии нижние границы легких, ширина полей Кренига в пределах нормы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Бронхофония отрицательная с обеих сторон.

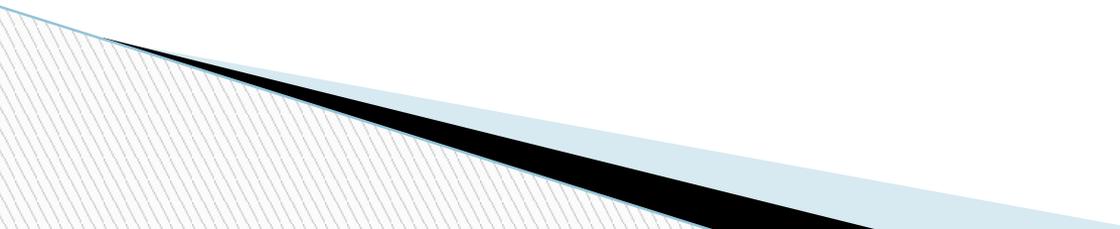
Пищеварительная система. Язык влажный, обложен желтым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени ровный. Размеры печени по Курлову 14*10*7 см. Селезенка не пальпируется.

Мочевыделительная система. Мочеиспускание не затруднено. Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Поколачивание по пояс-нической области безболезненное с обеих сторон.

ОБСУЖДЕНИЕ объективного статуса:

Полученные данные о притупление перкуторного тона над расширенным средостением.

Для того, чтобы подтвердить диагноз и оценить степень активности процесса и степень функциональных нарушений у нашего больного необходимо провести **лабораторные и инструментальные исследования.**



- **Анализ периферической крови:** гемоглобин 138 г/л, эритроциты $5,24 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты $8,7 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерных 59%, моноцитов 7%, базофилов 1%, эозинофилы 4%, лимфоциты 38%, тромбоцитов $318 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/час.
- **Биохимический анализ крови:** общий билирубин – 12,8 мкмоль/л, АЛТ 27 ед/л, АСТ 21 ед/л, креатинин 82 мкмоль/л, холестерин 6,0 ммоль/л, глюкоза 4,53 ммоль/л. Фибриноген 2,6 г/л. Иммуноглобулины крови: Иммуноглобулины крови: IgM – 9,2 г/л, IgG – 11,2 г/л. ЦИК – 32 ед. Реакция Вассермана, РНГА с хламедийным антигенами – отрицательные. Анализ крови на маркеры гепатитов В и С – отрицательные.
- **Анализ мочи:** относительная плотность – 1030, белок – отрицательно, эритроциты 0-1 в п/зр, лейкоциты 2-3 в п/зр.

- Рентгенография органов грудной клетки: в легких без свежих очаговых и инфильтративных изменений. Расширение и удлинение корней легких за счет опухолевидного увеличения лимфатических узлов с обеих сторон. Легочный рисунок в средних и нижних отделах усилен.
- **Бронхоскопия – бронхиальные сосуды расширены, извитые с эктазией в дистальных отделах бронхов.**
- ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС – 76 уд. в 1 мин., ЭОС не отклонена.
- ЭхоКГ: ЗСЛЖ – 9,8 мм, МЖП – 10 мм, ЛЖ – 52 мм, ПЖ – 14,7 мм, ЛП – 38 мм, АО – 30,6 мм, АК – 22,4 мм, ФВ – 40%, ФУ – 23%. Миокард не утолщен, полости сердца не расширены, кинетика миокарда сохранена. Перикард без особенностей.
- УЗИ органов брюшной полости – без патологических изменений.

Функция внешнего дыхания

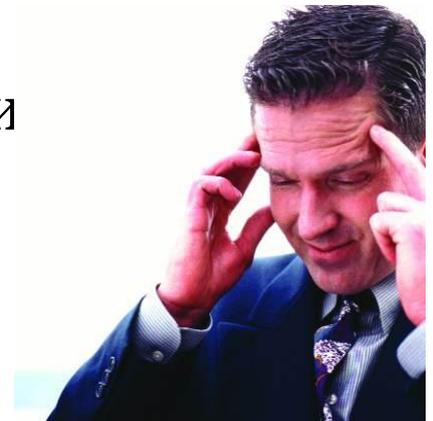
• **ФВД – незначительные нарушения вентиляционной функции по смешанному типу.**

	фактич.	Должное	Факт/должн (%)	Комментарий
• ЖЕЛ	3,98	4,72	72	Незначительное снижение
• ФЖЕЛ	3,42	3,74	82	Незначительное снижение
• ОФВ1	3,173,74	78		Незначительное снижение
• ОФВ1%ЖЕЛ	77,67	78,31	95	Норма
• МОС50(л/с)	4,99	5,29	93	Норма

• Проба с физической нагрузкой положительная.

ОБСУЖДЕНИЕ данных лабораторно-инструментального обследования:

1. Изменение рентгенологической картины легких (двустороннее увеличение лимфатических узлов и усиление легочного рисунка).
2. В биохимических исследованиях: увеличение Са, повышение Ig M и Ig G, появление ЦИК.
3. Нарушения функции внешнего дыхания (снижения ЖЕЛ, незначительное снижение ОФВ₁), при этом положительная проба с физической нагрузкой.



Дифференциальный диагноз

- **Дифференцировать** заболевание следует с хронической обструктивной болезнью легких, лимфомой, туберкулезом легких, раком легких. Увеличение лимфатических узлов сопровождается лимфогранулематоз и болезнь кошачьей царапины.
- Незначительные клинические изменения со стороны проходимости бронхиального дерева (жесткое дыхание), отсутствие бронхиальной обструкции позволяют отличить у данного больного заболевание от ХОБЛ и хронического бронхита.
- Исключительно легочные проявления саркоидоза его хроническое течение, двусторонняя лимфаденопатия позволяют отличить его у данного больного от других заболеваний. Изменений выявленные при бронхоскопии (бронхиальные сосуды расширены, извитые с эктазией в дистальных отделах бронхов) также подтверждают диагноз саркоидоз.

• **ДИАГНОЗ:**

- Таким образом, учитывая клинические и лабораторно-инструментальные данные диагноз больного М.:
- **Саркоидоз** **внутригрудных** **лимфатических узлов, II стадия,** **обострение. ДН-о.**

Характеристика лечебных мероприятий

- Используют небольшие дозы ГКС (преднизолон 20-30 мг/сут.) в течение нескольких месяцев, иммунодепрессанты: метотрексат, циклоспорин А, азатиоприн, делагил, НПВС, пентоксифиллин, витамин Е. Показан плазмаферез, лимфоцитозферез и экстракорпоральная модификация лимфоцитов. Иногда, несмотря на лечение, процесс прогрессирует, развивается фиброз легких, легочно-сердечная недостаточность. Показания к назначению противотуберкулезной терапии при саркоидозе является: положительная (особенно гиперергическая) туберкулиновая реакция; обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте, жидкости бронхоальвеолярного лаважа; признаки присоединившегося туберкулеза, особенно с четкими клинико-рентгенологическими признаками.

Лечение конкретного пациента

- Режим
- Диета № 15.
- Медикаментозная терапия:
 - Преднизолон 20 мг внутрь, ежедневно;
 - Витамины В6 и В12 внутримышечно
- В результате проведенного лечения температура тела в пределах нормы, одышка и общая слабость уменьшилась, улучшились показатели ФВД. Однако при контрольной рентгенографии сохраняется увеличение внутригрудных лимфатических узлов.