

АО «Медицинский университет Астана»

Кафедра внутренних болезней интернатуры

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР

Выполнили: 795 ВБ
798 ВБ

Астана, 2016 г.

Паспортные данные

- ФИО: Ысмайыл Ахметхан Үскенбекұлы
 - Возраст – 59 лет (04.09.1957)
 - Пол – мужской
 - Национальность – казах
 - Образование – высшее
 - Специальность – инженер-строитель
 - Место работы – ТОО «АБК Құрылыс», начальник производственного отдела
 - Адрес: г.Астана, Алматинский район, ул.Ташенова 4/1, кв 79
 - Дата поступления: 11.10.2016 в 15:25
 - Дата выписки: 20.10.2016 в 14:10
-

Жалобы

- Одышка инспираторного характера в покое, чувство нехватки воздуха при малейшей физической нагрузке;
 - Постоянный кашель с мокротой в небольшом количестве (20-30 мл) слизисто-гнойного характера, усиливающийся ночью;
 - Общая слабость;
 - Похудание за последний месяц на 9 кг;
 - Болезненность в пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных суставах летучего характера, не постоянные, асимметричные, утренняя скованность не более 30 минут
-

Анамнез заболевания

С 2004 года больной переносил пневмонию с частотой до 2 раз в год. С 2012 года одышка стала носить постоянный характер, усиливалась при умеренной физической нагрузке. Позже присоединился кашель с трудноотделяемой мокротой, по поводу чего обратился в поликлинику по месту жительства, был обследован. На КТ грудного сегмента от 2012 года было выявлена картина двусторонней нижнедолевой пневмонии, бронхоальвеолита, локального пневмофиброза. Был взят на Д-учет с диагнозом ХОБЛ, БЭБ без базисной терапии, (на основании амбулаторной карты). Данное ухудшение состояния около месяца, когда одышка стала прогрессировать и беспокоить в покое стали нарастать вышеуказанные жалобы, одышка беспокоила при малейшей физической нагрузке. В связи с этим обратился к участковому терапевту, после чего был экстренно направлен в ургентную клинику с диагнозом двусторонняя пневмония и госпитализирован в отделение пульмонологии ЦДБ.

Анамнез жизни

Родился в городе Кызылорда, где проживает до настоящего времени. Рос и развивался соответственно возрасту. Со слов пациента в детстве часто болел вирусными инфекциями. Призывался в армию, служил в ракетных войсках. В 1980 году окончил Политехнический институт в городе Кызылорда по специальности инженер-строитель.

Профессиональный анамнез:

- 1980-1986 гг – трест «Агропромстрой» в должности техник-мастера;
 - 1986-1998 гг – трест «Кызылорда мелиорация и водное хозяйство» в должности начальника участка;
 - 1998-2005 гг – АО «Акмаржан» в должности начальника цеха;
 - 2005-2010 гг – ТОО «Агропромстрой» в должности прораба;
 - 2010-2012 гг – Силикатный завод в должности мастера по выпуску кирпича (кремний);
 - 2012-2013 гг – Кирпичный завод в должности мастера по выпуску кирпича (кремний)
-

Анамнез жизни

Из вредных привычек отмечает курение около 20 лет в среднем по 10 сигарет в день, индекс курения – 10. Состоит на Д учете у кардиолога по поводу ИБС, стенокардия напряжения, ФКП.

С 2004 года наблюдается у эндокринолога с диагнозом аутоиммунный тиреоидит.

С 2013 года выставлен диагноз ревматоидный артрит, суставная форма, полиартрит в стадии ремиссии. Получал преднизолон около 2 лет, позже был заменен на метилпред, который больной принимал в течение 1 года. В апреле 2016 года самостоятельно прекратил прием метилпреда, при этом ухудшения состояния со стороны костно-суставного аппарата не наблюдалось.

Перенес холецистэктомию в апреле 2016 года.

~~Аллергоанамнез со слов пациента не отягощен.~~

Объективное обследование

Сознание ясное, положение активное. Общее состояние средней степени тяжести, обусловленное дыхательной недостаточностью. Тип телосложения – нормостеническое, удовлетворительного питания (ИМТ=24,3 кг/м²). Температура тела – 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны, сухие, на ладонных поверхностях кистей и в области ягодиц определяются трофические изменения. При осмотре наблюдаются изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек» и ногтей в виде «часовых стекол».















- При пальпации болезненности мышц нет, мышечная сила и тонус сохранены. Деформаций, болезненности костей не выявлено. Конфигурация суставов сохранена, припухлости, гиперемии, локальной гипертермии нет, активная и пассивная подвижность суставов в полном объеме.
 - Дыхание через нос свободное.
 - Форма грудной клетки нормальная (коническая), симметричная, тип дыхания брюшной.
 - Пальпаторно выявлено усиление голосового дрожания в нижних отделах обоих легких.
 - При перкуссии определяется укорочение перкуторного звука справа и слева.
-

	Правое легкое	Левое легкое
Верхняя граница		
Спереди	На 2 см выше ключицы	На 3 см выше ключицы
Сзади	На уровне 7 шейного позвонка	На уровне 7 шейного позвонка
Нижняя граница		
Окологрудинная линия	IV межреберье	
Среднеключичная линия	V ребро	
Передняя подмышечная линия	VI ребро	VI ребро
Средняя подмышечная линия	VII ребро	VII ребро
Задняя подмышечная линия	VIII ребро	VIII ребро
Лопаточная линия	IX ребро	IX ребро
Околопозвоночная линия	Остистый отросток X грудного позвонка	Остистый отросток X грудного позвонка

- Аускультативно выслушивается ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах, крепитация в нижне-базальных отделах с обеих сторон.
- ЧДД – 26 мин⁻¹, сатурация 90% без кислородного концентратора.
- При осмотре в области сердца и крупных сосудов наличие сердечного горба и патологических пульсаций не выявлено. Границы сердца не смещены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 81 уд/мин. АД – 100/60 мм рт.ст., пульс – 80 мин⁻¹.
- Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.
- При пальпации области почек болезненность не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с ~~обеих сторон. Диурез адекватный, отеков нет.~~

Предварительный диагноз

На основании жалоб на одышку в покое, кашель с мокротой слизисто-гнойного характера, усиливающегося ночью, чувство нехватки воздуха, общую слабость, похудание и анамнеза заболевания, который свидетельствует о наличии у данного пациента ХОБЛ с 2012 года, анамнеза жизни, указывающий на контакт с производственной пылью был выставлен предварительный диагноз:

- Основной: ХОБЛ, смешанная форма, тип Д, средней степени тяжести, обострение. Интерстициальная болезнь легких?
 - Осложнение: ДН 2 ст.
 - Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК, ХСН ФКII. Ревматоидный артрит, суставная форма, в стадии ремиссии. Аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз.
-
- Холецистэктомия от 2016 г.

План обследования

- ОАК
- ОАМ
- Кал на я/г
- Кровь на микрореакцию
- БАК (общий белок и его фракции, глюкоза, креатинин, мочеви́на, АсАТ, АлАТ, РФ, СРБ, АЦЦП)
- Коагулограмма
- Общий анализ мокроты, бак.посев мокроты и определение чувствительности к антибиотикам
- Рентгенография ОГК в прямой проекции
- ЭКГ, ЭхоКГ
- Спирография с бронхопровокационной пробой
- КТ грудного сегмента
- Торакоскопия с биопсией легочной ткани
- ~~Консультаций ревматолога, кардиолога, эндокринолога~~

ОАК от 12.10.2016

- Эритроциты – $4,07 \times 10^{12}/\text{л}$
- Гемоглобин – 124 г/л
- Гематокрит – 37,4%
- Лейкоциты – $8,9 \times 10^9/\text{л}$
- Нейтрофилы – $4,3 \times 10^9/\text{л}$ (48,1%)
- Лимфоциты – $3,5 \times 10^9/\text{л}$ (39,3%)
- Моноциты – $1,1 \times 10^9/\text{л}$ (12,6%)
- Тромбоциты – $324 \times 10^9/\text{л}$
- СОЭ – 15 мм/ч

Заключение: снижение гемоглобина, относительный моноцитоз, ускорение СОЭ

ОАМ от 12.10.2016

- Количество – 600 мл
- Цвет – соломенно-желтый
- Прозрачность – полная
- Относительная плотность – 1015
- Реакция – 5,0
- Белок – отрицательный
- Глюкоза – отрицательный
- Плоский эпителий – ед. в п/з
- Лейкоциты – 0-2 в п/з

Заключение: ОАМ без особенностей

БАК от 12.10.2016

- Общий белок – 80,3 г/л
- Мочевина – 3,7 ммоль/л
- Креатинин – 68 мкмоль/л
- Глюкоза – 5,9 ммоль/л
- АлАТ – 29 ЕД/л
- АсАТ – 32 ЕД/л
- Билирубин общий – 7,6 мкмоль/л
- РФ – 9 МЕ/мл
- АЦЦП – 3 МЕ/мл
- СРБ+

Заключение: повышение уровня СРБ

Коагулограмма от 12.10.2016

- Протромбиновое время – 14 сек
- МНО – 1,0
- АЧТВ – 54 сек
- Фибриноген – 2,7 г/л

Заключение: удлинение времени АЧТВ

Анализ кала на я/г от 12.10.2016

Заключение: яйца гельминтов не обнаружены.

3-х кратное исследование мокроты на БК от 12.10.2016 – результат отрицательный.

Общий анализ мокроты от 12.10.2016

- Цвет – серый
 - Характер – слизистая
 - Примеси – без примесей
 - Консистенция – вязкая
 - Эпителий – 1-2 в п/з
 - Лейкоциты – 20-24 в п/з
-

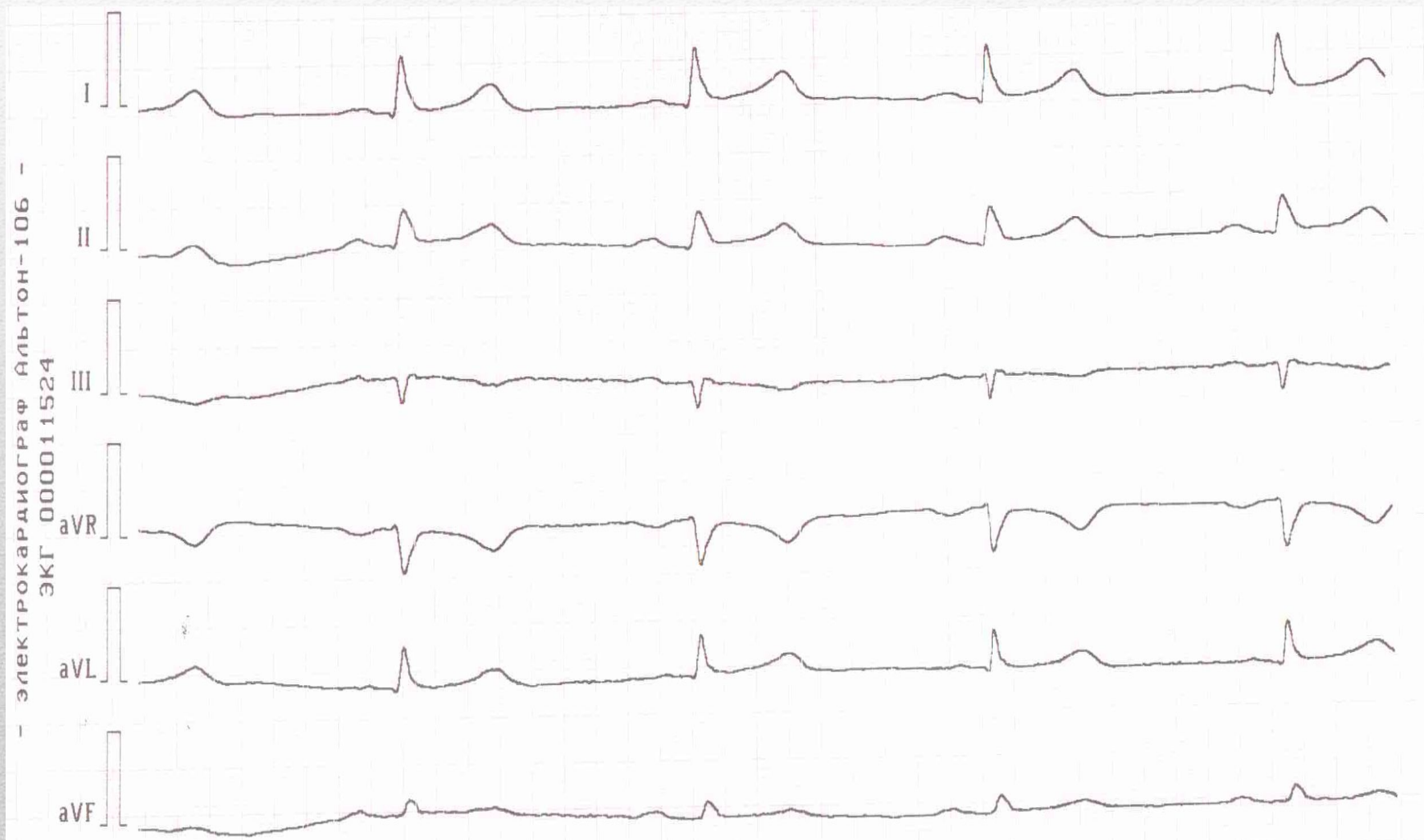
Бак.посев мокроты и определение чувствительности к антибиотикам

- *Morganella morganii* 2×10^5 КОЕ/мл (в норме $< 10^4$ КОЕ/мл)
- *Candida glabrata* 2×10^4 КОЕ/мл (в норме $< 10^4$ КОЕ/мл)

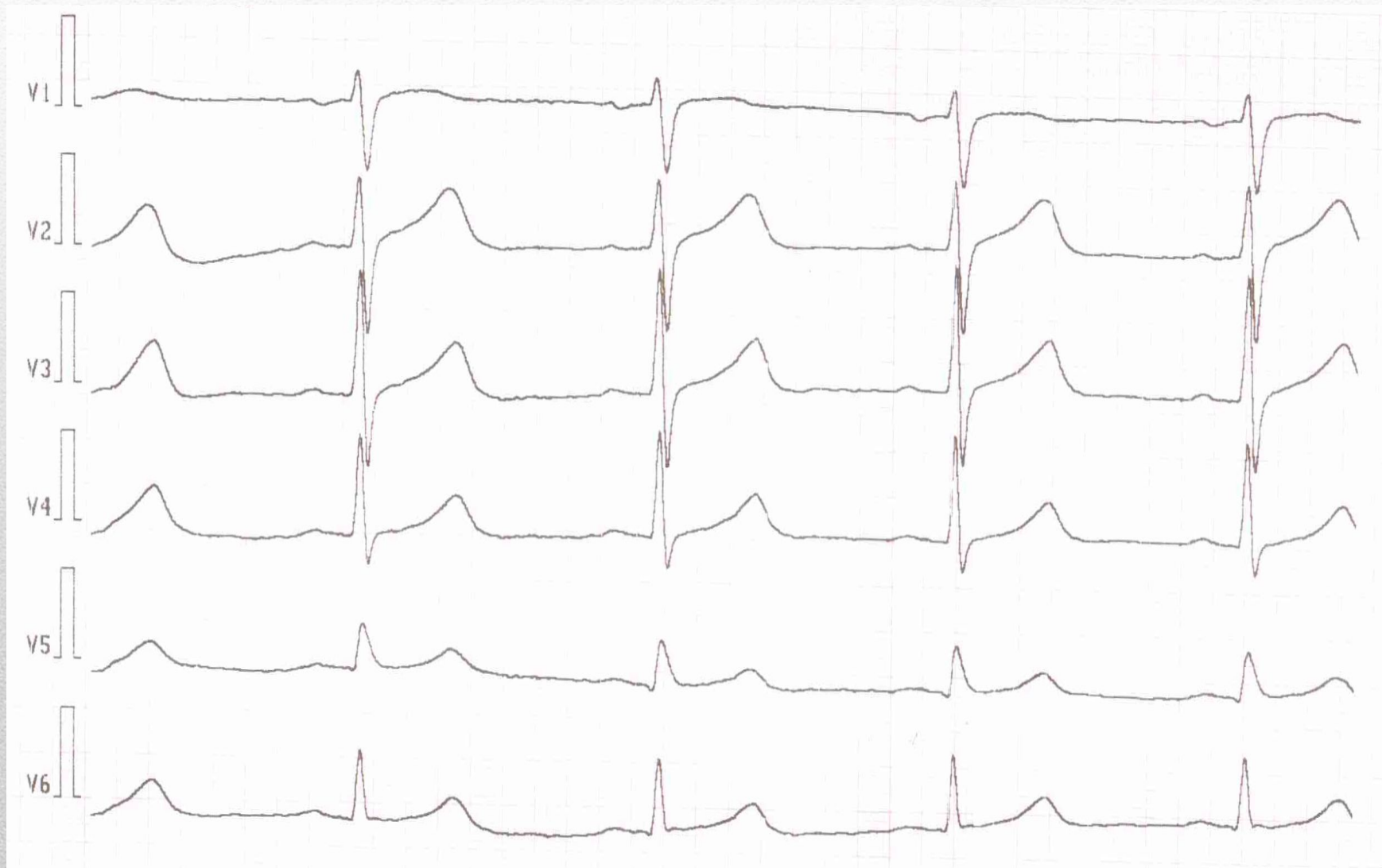
Чувствительны к: амоксициллину, гентамицину, амикацину, цефазолину, цефтриаксону, цефалеперазону, ципрофлоксацину, нистатину, амфотерицину.

Умеренно чувствительны к: флуконазолу, клотримазолу, интраконазолу

ЭКГ от 12.10.2016



ЭКГ от 12.10.2016



ЭКГ от 12.10.2016

Заключение: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 64 уд/мин, горизонтальное положение ЭОС

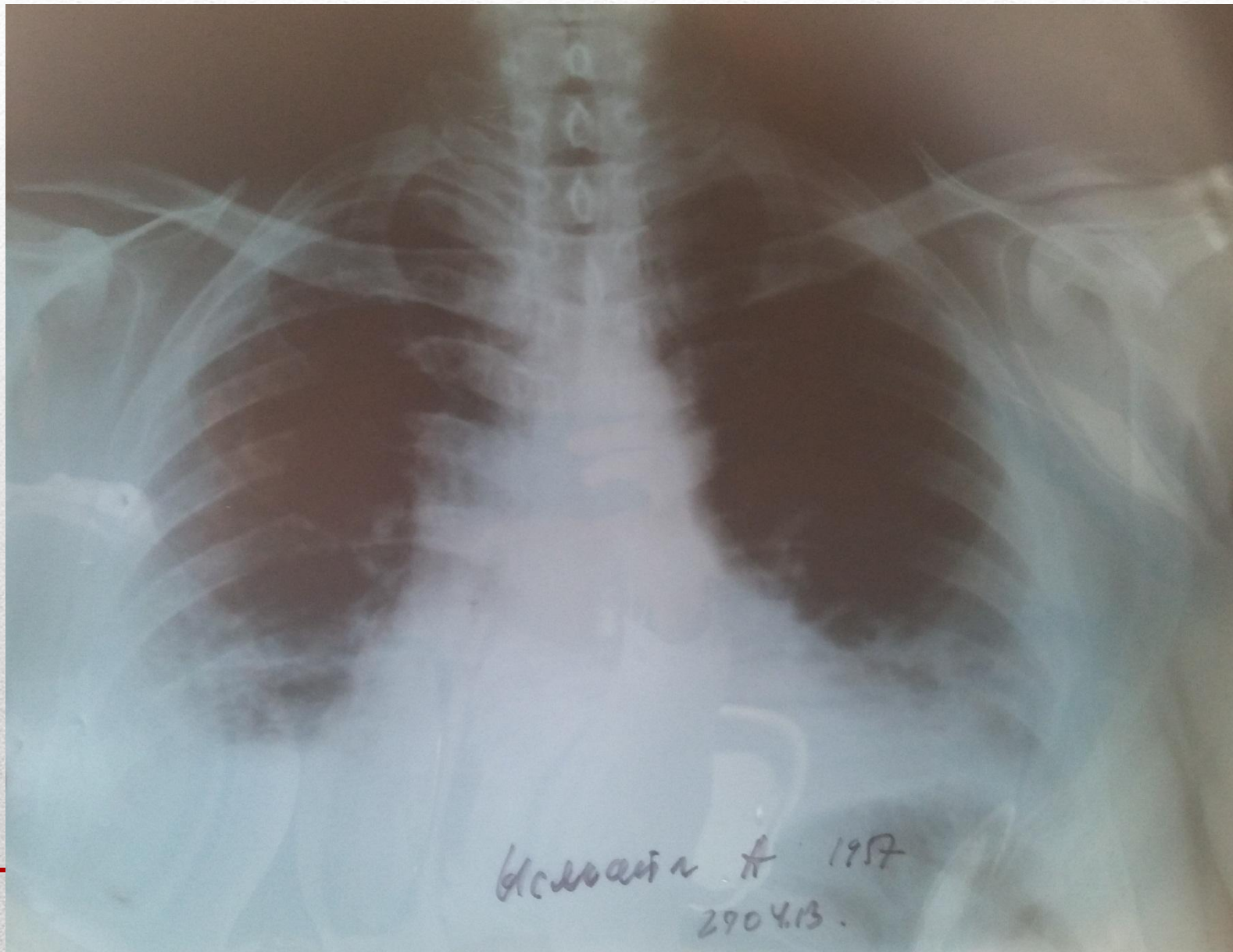
Спирография от 19.10.2016

Параметр	Измерено	Должное значение	% должного
ЖЕЛВд, л	2,04	3,85	72,7
ФЖЕЛ, л	1,88	3,67	51,2
ПОС, л/с	9,06	7,44	122
ОФВ0.5, л	1,82	—	—
ОФВ1, л	1,88	3	62,5
ОФВ3, л	1,88	—	—
ОФВ1/ЖЕЛ, %	67,1	76,7	87,4
ОФВ1/ФЖЕЛ, %	100	—	—
ОФВ3/ЖЕЛ, %	67,1	—	—
ОФВ3/ФЖЕЛ, %	100	—	—

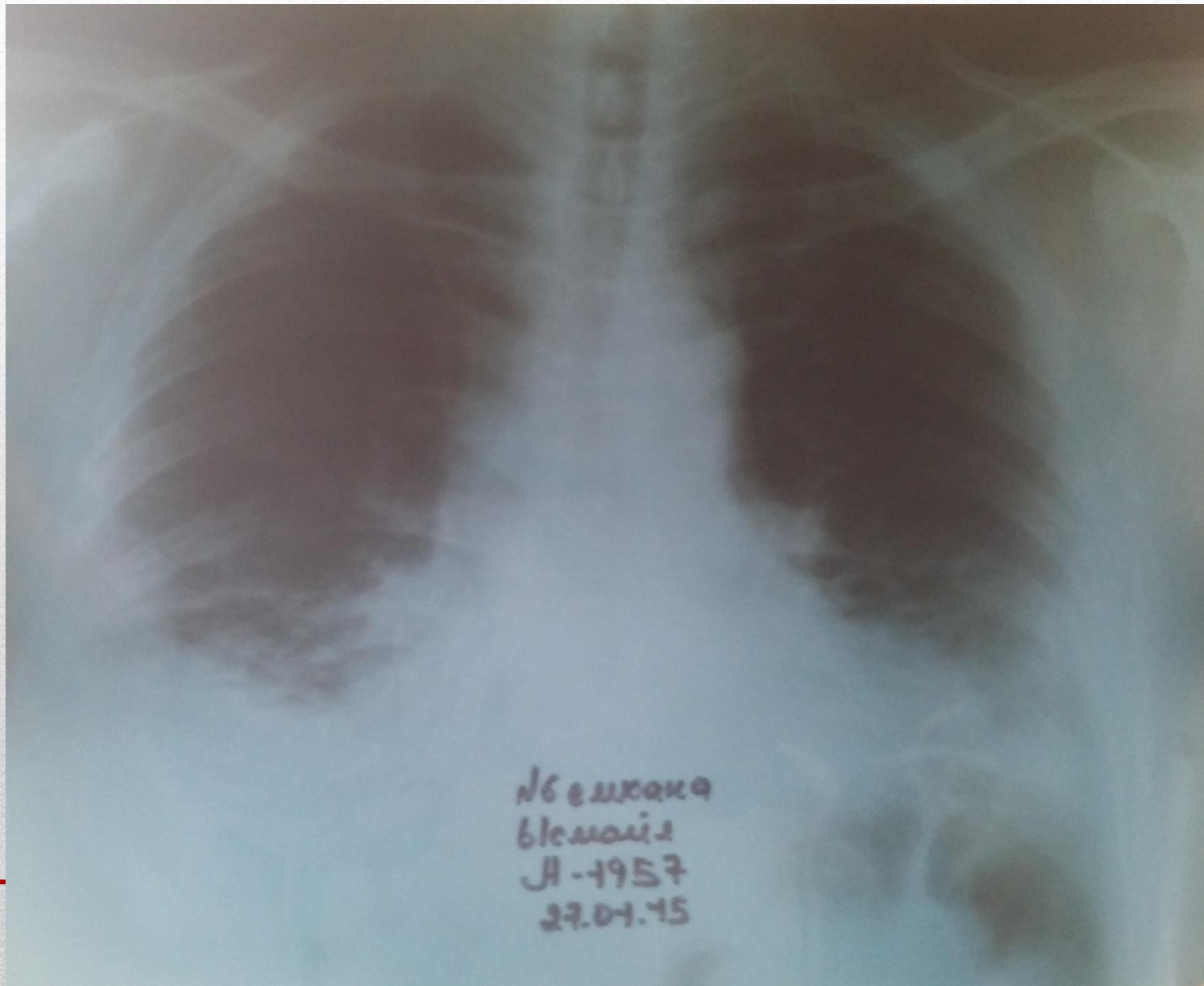
Параметр	Измерено	Должное значение	% должного
СОС200-1200, л/с	6,13	—	—
СОС75-85, л/с	2,18	—	—
МОС75, л/с	2,52	1,88	134
МОС50, л/с	5,17	4,3	120
МОС25, л/с	8,37	6,68	125
СОС25-75, л/с	4,74	3,54	134
Аех, л*л/с	9,36	—	—
О _{пос} , л	0,394	—	—
Т _{пос} , с	0,061	—	—
Т _{выд} , с	0,668	—	—
FIV05	1,56	—	—
FEV05/FIV05, %	117	—	—
ПОС _{вд} , л/с	5,63	—	—
MIF50	5,18	—	—
MEF50/MIF50	99,8	—	—

Заключение: легкое нарушение вентиляционной способности по обструктивному типу и умеренное нарушение по рестриктивному типу

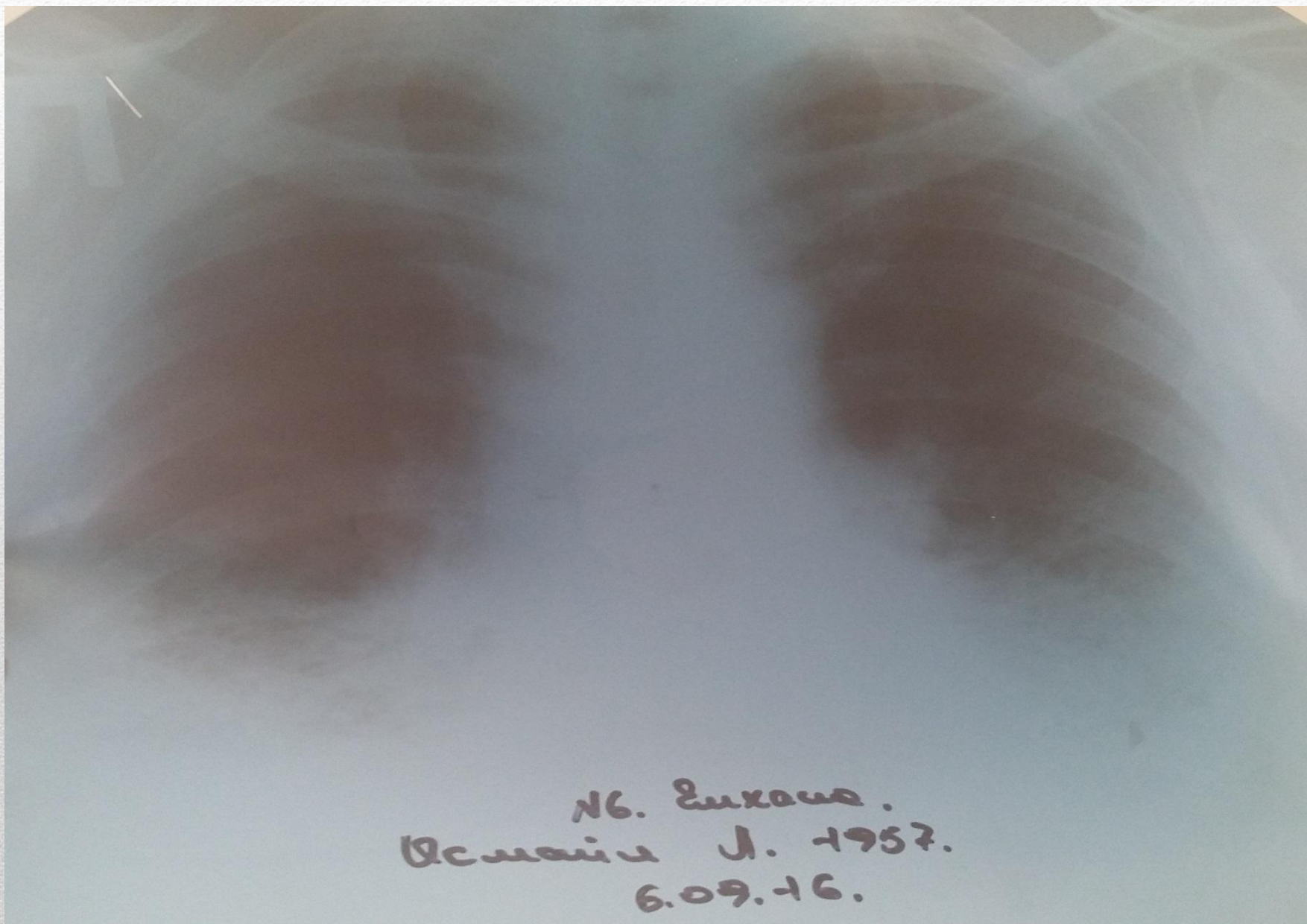
Рентгенография ОГК от 29.04.2013



Рентгенография ОГК от 27.04.2015



Рентгенография ОГК от 06.09.2016



Рентгенография ОГК от 06.09.2016

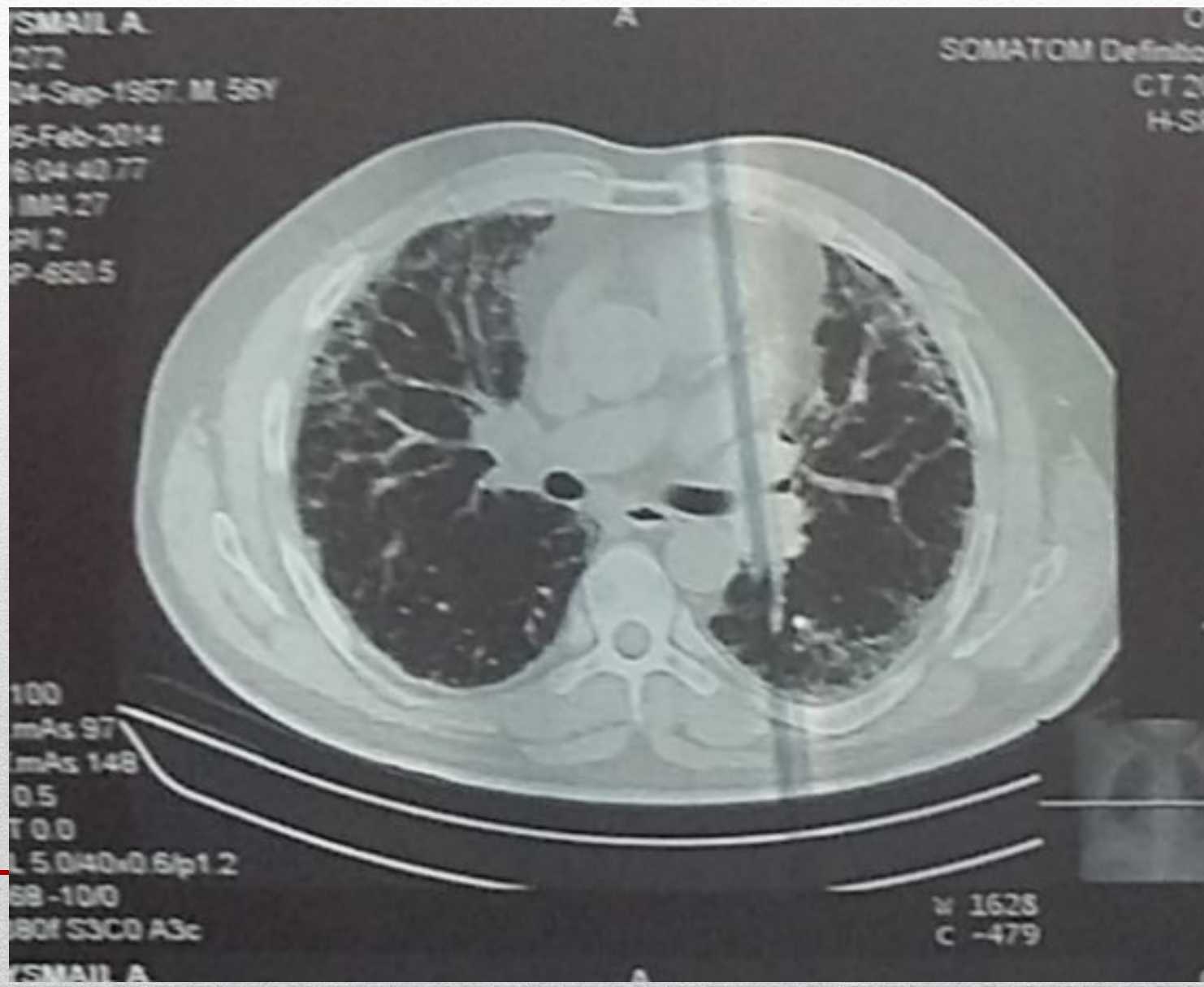
Описание: на обзорной рентгенограмме ОГК в обоих легких определяется усиление легочного рисунка с фиброзными изменениями. Корни легких расширенные. Синусы свободные.

Заключение: двусторонний пневмофиброз легких, хронический бронхит

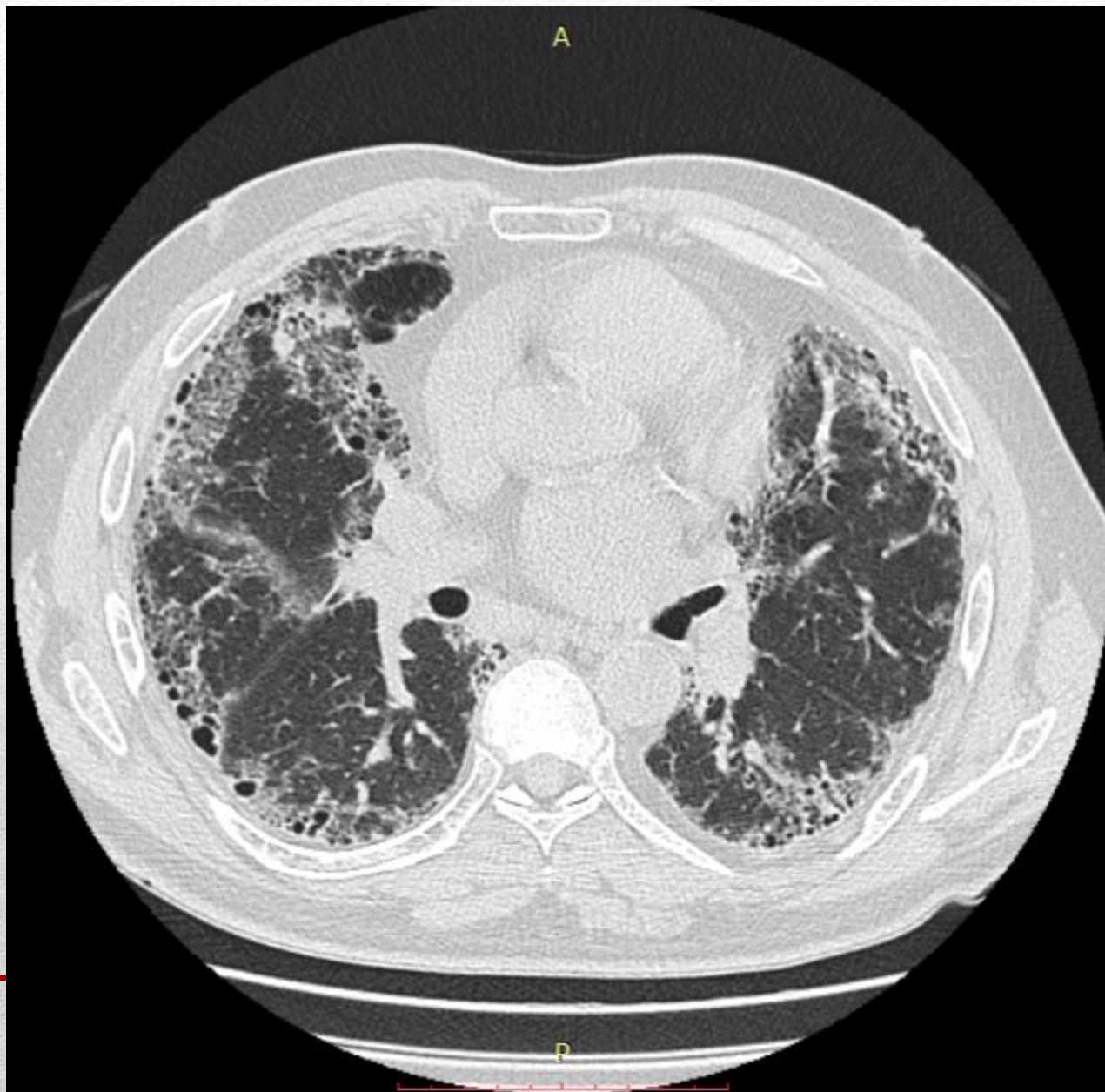
КТ грудного сегмента от 28.12.2012



КТ грудного сегмента от 05.02.2014



КТ грудного сегмента от 12.10.2016



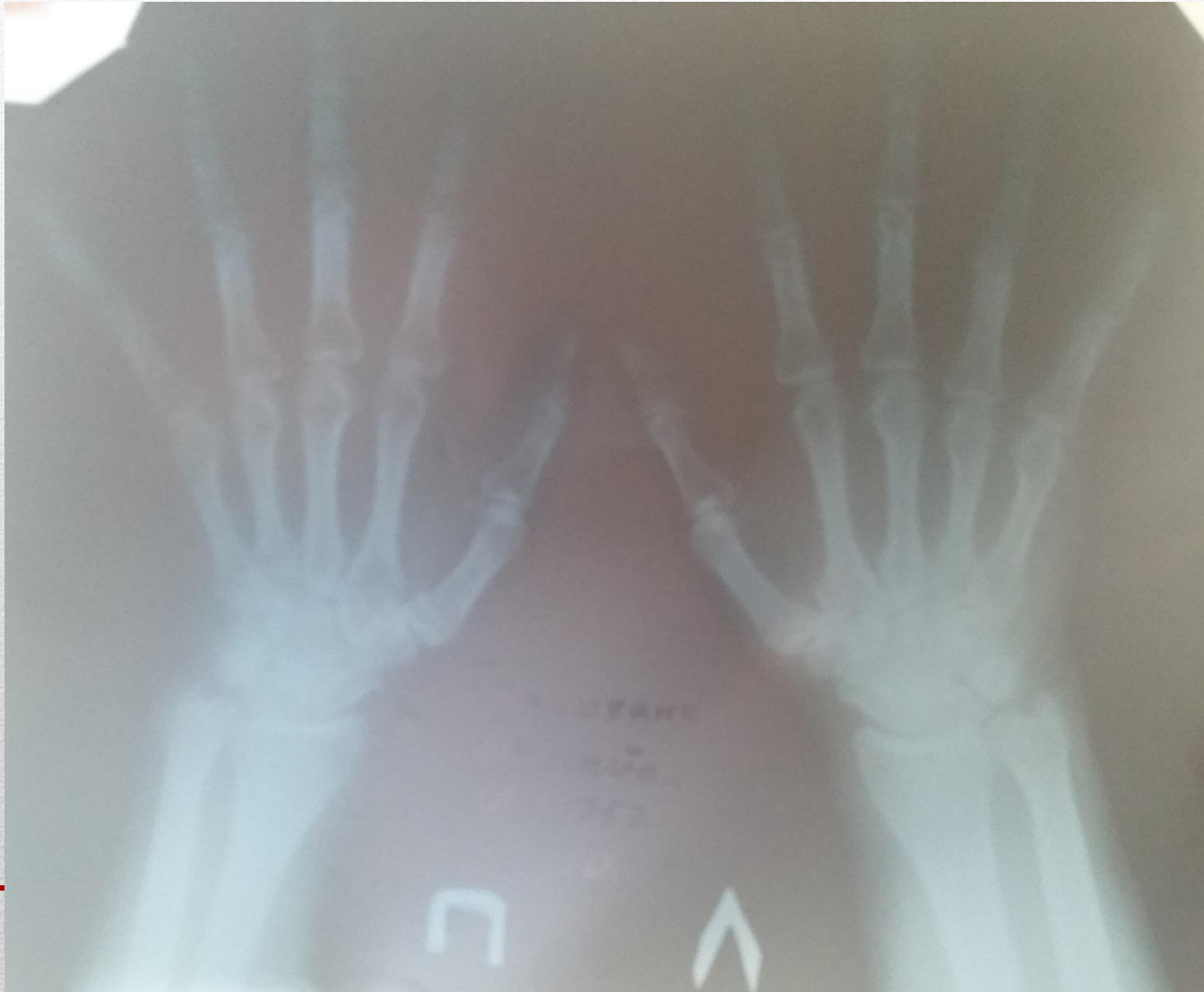
Протокол компьютерной томографии грудного сегмента от 12.10.2016

- На серии томограмм – в кортикальных отделах обоих легких диффузно отмечается снижение пневматизации по типу «матового стекла», плотностью около -662едН, с участками интерстициальной инфильтрации, тракционными расширениями субсегментарных бронхов, утолщением междольковых перегородок в виде линейных тяжей, множественные мелкокистозные полости в субплевральных отделах.
- Трахеи и главные бронхи визуализируются до сегментарного уровня, стенки бронхов склерозированы.

Протокол компьютерной томографии грудного сегмента от 12.10.2016

- Сердце, перикард, грудной отдел аорты, легочный ствол и его ветви дифференцированы. Лимфатические узлы средостения не увеличены.
- Висцеральная и париетальная плевры не изменены, свободной жидкости в плевральных полостях и полости перикарда не определяется. Мягкие ткани и костная структура дифференцированы.
- Заключение: КТ-признаки интерстициального поражения легких (фиброзирующий альвеолит в стадии формирования «сотового легкого»)

Рентгенография кистей



ЭхоКГ от 12.10.2016

Митральный клапан в диастолу разнонаправлен.

Заключение: размеры полостей сердца не увеличены.

Задняя створка митрального клапана

кальцифицирована. Митральная регургитация (+1,5).

Уплотнены стенки створки аортального клапана.

Атеросклероз аорты. СДЛА 20,6 мм рт.ст. Перикард без особенностей. Систолическая функция левого желудочка не нарушена.

Заключение

Учитывая жалобы, анамнез заболевания, данные рентгено-томографических исследований в динамике (КТ грудного сегмента 2012, 2014, 2016 гг), оценивая клиническое течение заболевания можно предположить, что определяемые изменения в легких расцениваются как ИФЛ в стадии сотового легкого.

Выделение синдромов

- Синдром уплотнения легочной ткани, заключающийся в усилении голосового дрожания при пальпации грудной клетки, укорочении перкуторного звука, ослаблении везикулярного дыхания и синдроме затемнения при рентгенологическом исследовании;
 - Синдром диссеминированного поражения легких в виде множественных очаговых затемнений и усилении, сетчатой деформации легочного рисунка двусторонней локализации;
 - Бронхитический синдром в виде постоянного сухого кашля и расширения корней легких на обзорной рентгенографии.
 - Синдром дыхательной недостаточности, проявляющийся одышкой, учащенной ЧДД до 26 мин^{-1} , снижением SaO_2 до 90%, цианозом кожных покровов, изменением пальцев рук по типу «барабанных палочек» и ногтей в виде «часовых стекол», нарушением вентиляционной способности по обструктивному и рестриктивному типам;
-

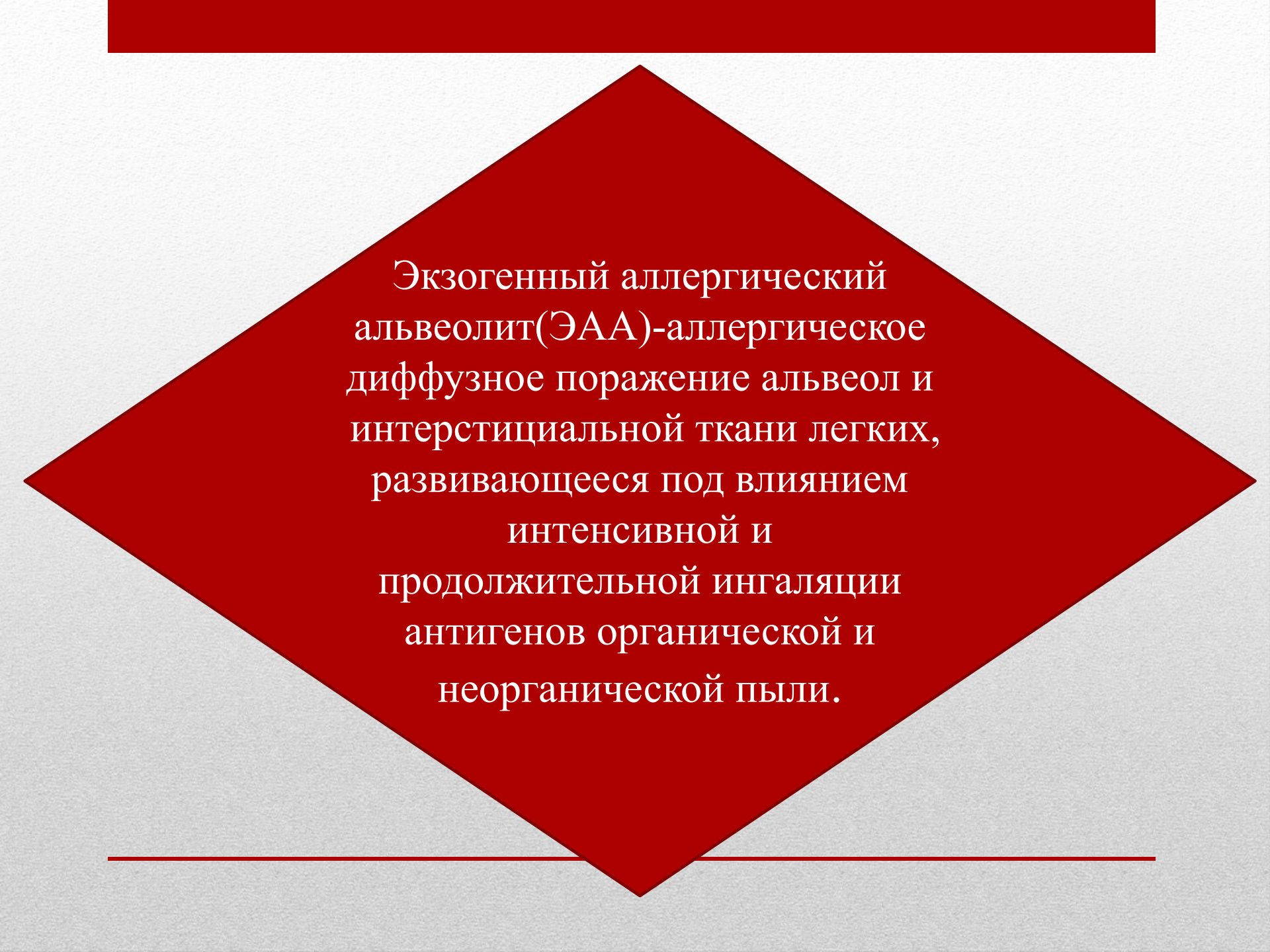
Выделение синдромов

- Суставной синдром, проявляющийся периодической болезненностью пястно-фаланговых, локтевых и коленных суставов летучего характера, без четкой симметрии и утренней скованностью не более 30 минут.
 - Синдром поражения клапанов, на что указывают митральная регургитация (+1,5), уплотнение стенок створки аортального клапана.
 - Синдром общевоспалительной реакции, характеризующийся повышением уровня СРБ и ускорением СОЭ.
-

Дифференциальная диагностика

Учитывая наличие у больного синдрома диссеминированного поражения легких дифференциальная диагностика проводилась со следующими заболеваниями:

- Экзогенно-аллергический альвеолит
 - Токсический фиброзирующий альвеолит
 - Пневмокониозы
 - Поражение легких при ревматоидном артрите
 - Идиопатический легочный фиброз
-



Экзогенный аллергический
альвеолит(ЭАА)-аллергическое
диффузное поражение альвеол и
интерстициальной ткани легких,
развивающееся под влиянием
интенсивной и
продолжительной ингаляции
антигенов органической и
неорганической пыли.

Признак и	ЭАА	ИЛФ
Этиологический фактор	<ul style="list-style-type: none"> - Термофильные и другие бактерии и продукты их жизнедеятельности(белки,глико- и липопротеиды,полисахариды,ферменты и т.д); - Различные виды грибов; - Белковые антигены животного и растительного происхождения (сывороточные белки и экскременты домашних птиц,крупного рогатого скота, пыль рыбной муки,опилки дуба,коры клена,хлопковая и другие виды растительной пыли и др) <p>Этиологические формы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Альвеолит фермера(“легкое фермера”) - Альволит птицеводов,голубеводов(“легкое любителей птиц”) - Альволит сыроваров 	Неизвестен

Инспираторная одышка	Имеется,но иногда менее выражена и может отмечаться реже,чем при ИЛФ	У нашего больного доминирующий симптом
Невозможность сделать глубокий вдох	Менее характерный признак,чем при ИФА	Характерен для нашего больного
Бронхообструктивный синдром	Может наблюдаться у 3/1 больных	Нехарактерен для нашего больного

Артралгии	Бывают редко	Ассиметричные артралгии коленных, локтевых, лучезапястных суставов. Скованность не более 30 минут.
Сухие хрипы при аускультации легких	У 20-25% больных	Не выслушиваются у нашего больного
Признаки бронхиальной обструкции при исследовании функции внешнего дыхания	Могут наблюдаться у ¼ больных	Умеренное снижение вентиляционной способности легких по обструктивному типу
Течение заболевания	Волнообразное	Неуклонно прогрессирующее

В ходе проведения
дифференциальной
диагностика диагноз
“Экзогенный
аллергический альвеолит”
мало вероятен

*Токсический фиброзирующий
альвеолит- форма
фиброзирующего альволита,
обусловленная токсическим
воздействием на паренхиму легких
химиотоксических веществ и
цитостатических препаратов.*

Признаки

ТФА

ИЛФ

Этиологический
фактор

Лекарственные препараты :
цитостатики, сульфаниламиды,
производные нитрофурана,
противогрибковые,
антиаритмические,
противодиабетические.
Токсические вещества
производственной сферы :
хлор, сероводород, аммиак,
кадмий, ртуть, никель,
бериллий, пластмасса, цинк,
пестициды, гербициды.

Неизвестен

Чаще болеют

Нет возрастной
особенности

от 40 до 70 лет,
причем у мужчин в
1.7-1.9 раза чаще
по сравнению с
женщинами

Инспираторная одышка	Имеет тенденцию к прогрессированию при продолжающемся воздействии причинного фактора или при переходе патологического процесса в стадию фиброзирования	У нашего больного доминирующий СИМПТОМ
Невозможность сделать глубокий вдох	Менее характерный признак, чем при ИФЛ	Характерен для нашего больного
Артралгия	Нехарактерен	Асимметричные артралгии коленных, локтевых, лучезапястных суставов. Скованность не более 30 минут.

Сухие хрипы при аускультации легких	У 20-25% больных	Не выслушиваются у нашего больного
Иммунологический анализ крови	Показатели не меняются	уменьшение количества Т-лимфоцитов супрессоров и повышение Т-хелперов, увеличение общего уровня иммуноглобулинов и криоглобулинов, повышенные титры ревматоидного и антинуклеарного факторов
Течение заболвание	Волнообразное	Неуклонно прогрессирующее

В ходе проведения
дифференциальной диагностика
диагноз “Токсический
фиброзирующий альвеолит” мало
вероятен.

- **ПНЕВМОКОНИОЗЫ** — профессиональные заболевания, вызванное длительным вдыханием производственной пыли и характеризующиеся хроническим диффузным асептическим воспалением легких с развитием пневмофиброза.
- **Этиология:** Кварцосодержащая и угольная пыль, машиностроительная промышленность: литейное производство. Чаще развитие пневмокониоза характерно для работников шахт, бурильщиков, фрезеровщиков.



Признаки	Пневмокониоз	ИЛФ
Этиологический фактор	Производственные пыли (кварцсодержащая и угольная пыль, машиностроительная промышленность: литейное производство)	Неизвестен
Одышка	Прогрессирующая одышка	У нашего больного доминирующий симптом
Невозможность сделать глубокий вдох	характерен	У большинства больных
Артралгия	Не характерен	Ассиметричные артралгии коленных, локтевых, лучезапястных суставов. Скованность не более 30 мин.
Боли в грудной клетке	Колющие боли чаще подлопаточной и межлопаточной области, усиливается при глубоком вдохе.	Не характерен для нашего пациента

Кашель	сухой кашель при прогрессировании приобретает слизисто - гнойный характер	Постоянный кашель с мокротой в небольшом количестве (20-30 мл) слизисто гнойного характера, усиливающийся ночью;
симптомы гипер- и атрофического ринита,	Характерен	Нехарактерен
Пальцы рук виде «барабанной палочки» ногти «часовой стекл»	Характерен	Характерен
Пальпация	Ослабление голосового дрожания в обоих легких	выявлено усиление голосового дрожания в нижних отделах обоих легких.

Аускультация	Выслушивается жесткое дыхание, сухие хрипы.	ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах, крепитация в нижне-базальных отделах с обеих сторон.
Перкуссия	Коробочный звук	укорочение перкуторного звука справа и слева.
Микроскопическое исследование мокроты	Обнаруживает перемеси пыли и макрофагов нагруженных частичками пыли.	<i>Morganella morganii</i> <i>Candida glabrata</i>

По рентген данным	Определяют усиление легочного рисунка, мелкие округлые или неровные затемнения. Корни легких приобретает «обрубленный» вид.	на обзорной рентгенограмме ОГК в обоих легких определяется усиление легочного рисунка с фиброзными изменениями. Корни легких расширенные. Синусы свободные. Заключение: двусторонний пневмофиброз легких, хронический бронхит
симптомы, бронхита, базальной эмфиземы и сухого плеврита	Характерен	Для нашего пациента характерен по рентгенологическим данным – признаки хронического бронхита.

Поражение легких при ревматоидном артрите

- РА могут быть присущи четыре основных типа патологических изменений легких — плеврит, интерстициальный пневмонит, ревматоидные узелки и особый вариант пневмокониоза (синдром Каплана).
-

- Интерстициальный пневмонит — прогрессирующий воспалительный процесс, затрагивающий стенки альвеол и соединительную ткань паренхимы, с возможной вторичной внутриальвеолярной экссудацией исходом в фиброзную перестройку легочных структур.
 - Общая частота данного синдрома при РА невелика—около 1,5%.
-

- Интерстициальный пневмонит (диффузный легочный фиброз, фиброзирующий альвеолит) относительно чаще встречается у больных РА с прогрессирующим суставным процессом и высоким титром РФ и другими признаками иммунологической активности (противоядерные антитела, криоглобулины, нарастание иммунных комплексов [CervantesPerez P. et al., 1980]).
-

- Основные клинические признаки рассматриваемого синдрома — сухой кашель и медленно прогрессирующая одышка, влажные хрипы в нижних отделах легких без значительного изменения характера дыхания и притупления перкуторного звука; на поздних стадиях — цианоз и другие симптомы легочно-сердечной недостаточности. Сравнительно часто обнаруживают утолщения концевых фаланг пальцев в виде «барабанных палочек» и изменения ногтей типа «часовых стекол». Показатели функции легких (жизненная емкость, интенсивность газообмена и др.) снижаются, иногда очень значительно.
- Рентгенологически на первых этапах отмечается усиление интерстициальной структуры легких, затем появление на этом фоне «пушистого» рисунка, характерного для экссудативного альвеолита. Все изменения наиболее выражены в нижних долях, верхушки почти никогда серьезно не поражаются. По мере прогрессирования патологического процесса формируется типичная клиника диффузного легочного фиброза с рентгенологической картиной «пчелиных сот» (сочетание выраженного фиброза с мелкими участками повышенной воздушности в базальных отделах).

Диагностические критерии РА

- 1) Утренняя скованность суставов и околосуставных тканей продолжительностью более 1 ч.
- 2) Артрит 3 и более суставных областей
- 3) Артрит суставов кисти
- 4) Симметричный артрит
- 5) Ревматоидные узелки
- 6) Ревматоидный фактор в сыворотке крови повышенный
- 7) Рентгенологические изменения (остеопороз, костные эрозии)
- 8) АЦЦП в сыворотке крови выше нормы

У нашего пациента


- 1) Утренняя скованность не более 30 минут
- 2) Непостоянная артралгия (лучезапястных, локтевых и коленных суставов)
- 3) Непостоянная артралгия
- 4) Асимметричная артралгия
- 5) Нет ревматоидных узелков
- 6) РФ отрицательный
- 7) НА Р- грамме кистей патологии не выявлено
- 8) АЦЦП отрицательный

Диагноз ставится при наличии 4 из 8 критериев.


Диагноз РА был снят.

Идиопатический фиброз легких
(идиопатический фиброзирующий альвеолит) – диссеминированное заболевание легких, характеризующееся воспалением и фиброзом легочного интерстиция и воздухоносных пространств, дезорганизацией структурно – функциональных единиц паренхимы, приводящими к развитию рестриктивных изменений легких, нарушению газообмена, прогрессирующей дыхательной недостаточности.

Заболевание впервые описан **Hamman** и **Rich** в 1935г.



**Вирусные
инфекции**



**Этиологические
факторы**

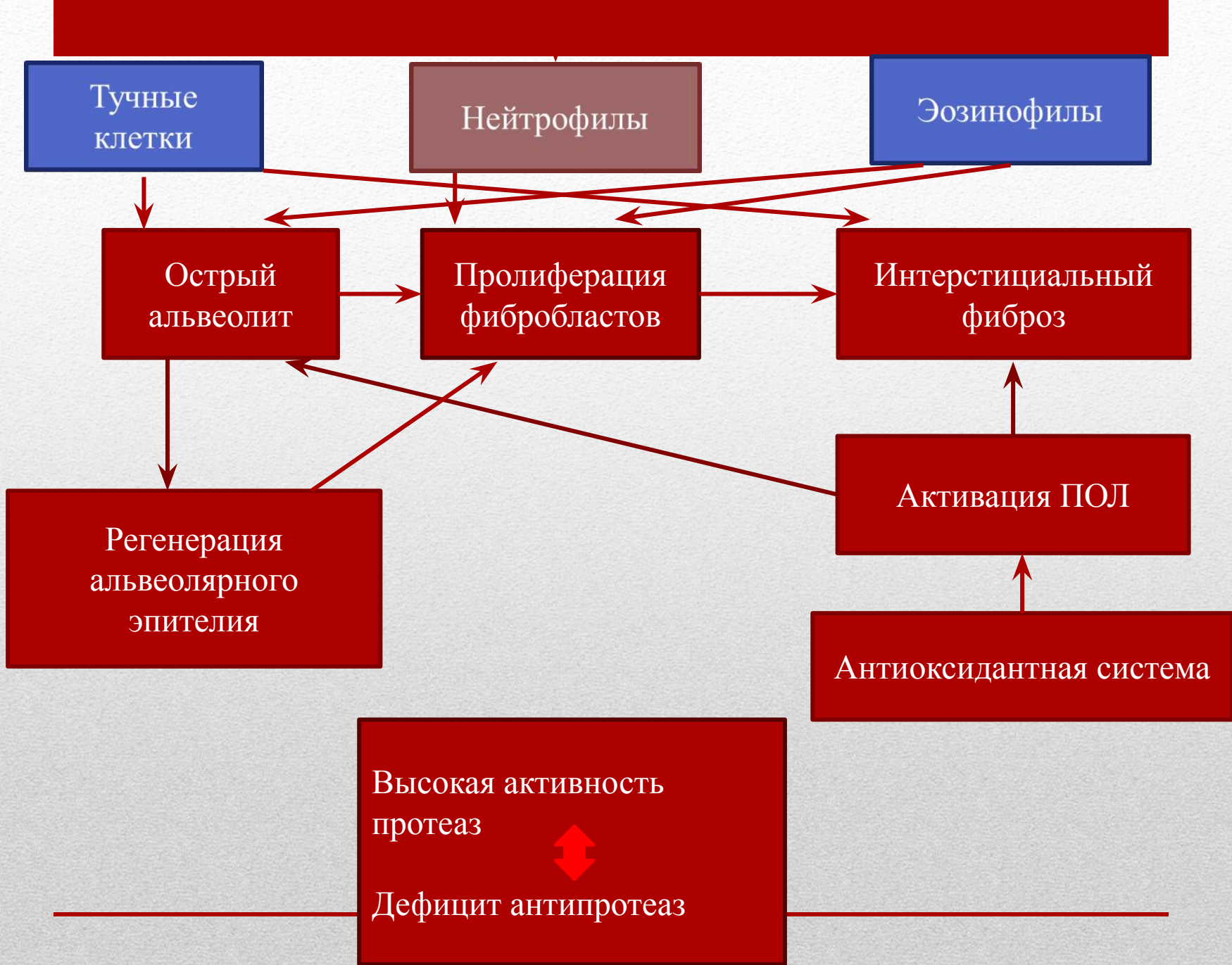


**Экологические и
профессиональные
факторы**



**Генетическая
предрасположенность**





Для ИФА чрезвычайно характерными являются жалобы больных, тщательный анализ которых позволяет заподозрить это заболевание:

- Одышка: выраженная, постоянного характера
 - Кашель у: встречается у 90% больных, чаще сухой
 - Боли в грудной клетке: чаще всего в подложечной области с обеих сторон
 - Похудание: возможно похудание на 10-12 кг в течение 4-5 месяцев
 - Общая слабость
 - Боли в суставах и утренняя скованность
 - Повышение температуры тела
-





Течение ИФА. (Е.И. Коган и соавт ., 1995)

Диагностические критерии

- Прогрессирующая одышка
- Диффузный серо-пепельный цианоз
- Укорочение фаз вдоха и выдоха
- Постоянная нежная крепитация, выслушиваемая над обоими легкими
- преимущественно интерстициальные изменения в обоих легких, двусторонние интерстициальные затемнения различной выраженности и протяженности , картина сотового легкого при рентгенологическом исследовании легких
- Рестриктивный тип дыхательной недостаточности
- Гипоксия без гиперкапнии в покое или только при физической нагрузке
- Характерная морфологическая картина биоптатов легких

На основании жалоб на одышку инспираторного типа в покое, кашель с трудноотделяемой мокротой слизисто-гнойного характера, усиливающегося ночью, чувство нехватки воздуха, общую слабость, похудание, болезненность в пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, коленных суставах летучего характера, не постоянные, асимметричные, утреннюю скованность не более 30 минут и анамнеза заболевания, который указывает на частое заболевание пневмонией (до 2 раз в год), данные объективного осмотра, признаки дыхательной недостаточности, уплотнения легочной ткани нижних отделов обоих легких, данные лабораторно-инструментального исследования, свидетельствующие о наличии фиброза в нижних отделах обоих легких, нарушении вентиляционной способности легких по рестриктивному типу был выставлен

Клинический диагноз

- Основной: Идиопатический легочный фиброз, стадия формирования сотового легкого
 - Осложнение: ДН 2 ст.
 - Сопутствующий: ИБС. Стенокардия напряжения 2 ФК, ХСН ФКII.
 - Аутоиммунный тиреоидит. Гипотиреоз.
-

План лечения

Немедикаментозное лечение

- Режим свободный
- Диета №15
- Оксигенотерапия
- Физические тренировки

Медикаментозное лечение

- Пиперациллин по 1 г 3 раза в день в/м
 - АЦЦ по 200 мг 2 раза в день длительно до 6-12 месяцев
 - Беродуал по 2 вдоха 2 раза в день в течение 3-4 недель, затем ситуационно
 - Преднизолон 30 мг в сутки в течение 4 недель с постепенным снижением до 15 мг в сутки в течение 6 месяцев
-

План лечения

- Азатиоприн начиная с 50 мг в день с увеличивая дозу по 25 мг каждую неделю до достижения 150 мг в течение 6 месяцев с последующей коррекцией
 - НПВС по требованию:
 - Диклофенак по 75 мг 2 раза в сутки или
 - Нимесулид по 100 мг 1 раз в день или
 - Мелоксикам 7,5 мг 1 раз в день
-