

Клиническая задача: двусторонняя пневмония и дыхательная недостаточность у молодой женщины

С.Н. Авдеев

Больная П., 25 лет, поступила в пульмонологическое отделение в конце марта 2004 г. с жалобами на выраженную одышку (при минимальном физическом напряжении – разговоре, приеме пищи), лихорадку до 39°C, сухой кашель и слабость.

Анамнез заболевания. Около месяца назад повысилась температура тела (до 37,5–38,0°C) и появилась незначительная одышка. Эти симптомы были расценены как острая респираторная инфекция, лечилась самостоятельно без использования антибиотиков, однако лихорадка сохранялась, постепенно нарастала одышка, присоединился непродуктивный кашель. Больная обратилась к участковому врачу и с подозрением на пневмонию была госпитализирована в терапевтическое отделение. При рентгенологическом исследовании были выявлены двусторонние легочные инфильтраты. Проводилась антибактериальная терапия цефотаксимом внутривенно, затем ципрофлоксацином, но, несмотря на терапию, персистировала лихорадка, прогрессировала одышка, и пациентка была переведена в пульмонологическое отделение.

Анамнез жизни. Социальный статус благополучный, замужем. Курение и злоупотребление алкоголем отрицает. В возрасте 17–18 лет принимала наркотики, но от зависимости удалось освободиться. Аллергических реакций не отмечала.

Объективный статус. При поступлении в пульмонологическое от-

деление состояние было расценено как тяжелое. Обращали на себя внимание тахипноэ (ЧД до 26/мин), наклонность к ортопноэ. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Отеков нет. В легких выслушивалось равномерно ослабленное везикулярное дыхание, рассеянная скудная крепитация, больше в нижних отделах, притупления при перкуссии не отмечено. Ритм сердца правильный, тоны несколько приглушены, тахикардия до 98/мин, АД 110/80 мм рт. ст. В остальном физикальное обследование без особенностей.

Данные инструментального обследования. При пульсоксиметрии – выраженная гипоксемия (сатурация гемоглобина кислородом 70% при дыхании воздухом), причем сатурация еще больше снижалась при минимальной физической нагрузке (до 63%). Газы артериальной крови (исходно, при дыхании воздухом): PaO_2 36 мм рт. ст., PaCO_2 33 мм рт. ст., pH 7,46, альвеоло-артериальный градиент $\text{P}_{(\text{A-a})}\text{O}_2$ 70 мм рт. ст.

В клиническом анализе крови: анемия (гемоглобин 118 г/л), повышение CO_2 до 50 мм/ч, нормальное чис-



Рентгенограмма грудной клетки.

Сергей Николаевич Авдеев – докт. мед. наук, зав. лаб. дыхательной недостаточности и интенсивной терапии НИИ пульмонологии МЗ РФ, Москва.

ло лейкоцитов $5,0 \times 10^9/\text{л}$ и лейкоцитарная формула; в биохимическом анализе крови – повышение ЛДГ до 920 Ед/л (при норме до 410 Ед/л).

При рентгенографии грудной клетки (рисунок) были выявлены диффузные двусторонние интерстициальные легочные инфильтраты, с преимущественным поражением нижних и средних отделов, а также верхней доли справа. Синусы свободны, сердце в размерах не увеличено.

Больной было назначено лечение: моксифлоксацин внутривенно, инфузионная терапия, кислород, затем ре-

спираторная поддержка (СРАР-терапия 9 см водн. ст.). На фоне терапии удалось добиться некоторого облегчения диспноэ (ЧД 22–23/мин) и улучшения оксигенации крови (повышение PaO_2 до 62 мм рт. ст.), однако сохранялась стойкая высокая лихорадка до 39°C . Посевы крови оказались стерильными.

Поскольку мокрота отсутствовала, то с целью получения материала для бактериологического анализа на 4-е сутки нахождения больной в отделении была проведена фибробронхоскопия с выполнением бронхоаль-

веолярного лаважа (БАЛ) и трансбронхиальной биопсии. При визуальном осмотре во время бронхоскопии слизистая бронхов гиперемирована, отечна, отделяемое слизистое, скудное. Цитологическое исследование жидкости БАЛ: нейтрофилы – 76%, лимфоциты – 2%, макрофаги – 21%, эозинофилы – 1%, скопления пенитовидных масс.

Каков предполагаемый диагноз? Какие детали анамнеза следует выяснить? Какое обследование и терапия показаны данной больной?

Книги издательства “АТМОСФЕРА”



Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у взрослых. Атопический дерматит / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. 272 с.

В новом клиническом руководстве по диагностике и лечению бронхиальной астмы у взрослых и атопического дерматита подробно освещены вопросы эпидемиологии, дифференциальной диагностики и лечения бронхиальной астмы и атопического дерматита, диагностики и лечения профессиональной и аспиринной астмы, астмы у беременных, а также проблемы ночной астмы, тяжелого обострения бронхиальной астмы, респираторной поддержки при астматическом статусе, влияния гастроэзофагеального рефлюкса и физической нагрузки на бронхоконстрикцию.

Для пульмонологов, аллергологов, терапевтов, врачей общей практики.



Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких / Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина. 168 с.

В предлагаемой новой книге подробно освещены вопросы определения, классификации, диагностики, патогенеза, функциональной и дифференциальной диагностики и лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Рассмотрены проблемы медикаментозного лечения ХОБЛ при стабильном течении болезни и при обострениях, а также кислородотерапия, респираторная поддержка и хирургическое лечение ХОБЛ.

Для пульмонологов, терапевтов, врачей общей практики.



Клиническая фармакология бронхиальной астмы (авторы Л.М. Огородова, Ф.И. Петровский, Ю.А. Петровская). 160 с.

Монография посвящена фармакотерапии бронхиальной астмы. Рассмотрены и проанализированы с позиций доказательной медицины последние достижения в терапии бронхиальной астмы. В книге излагаются фармакологические механизмы и содержится полная справочная информация о лекарственных препаратах – ингаляционных глюкокортикостероидах, β_2 -адреномиметиках, теофиллинах, кромолах, антилейкотриенах, антихолинэргических препаратах. Детально освещены вопросы комбинированной терапии и ингаляционных средств доставки препаратов.

Для пульмонологов, терапевтов, клиницистов, врачей общей практики, студентов и аспирантов.

Всю дополнительную информацию можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru