

# Клиническая задача: рефрактерный пневмоторакс у больного ХОБЛ

**С.Н. Авдеев**

Больной Т., 72 лет, поступил в пульмонологическое отделение в октябре 2004 г. Основными жалобами при поступлении были выраженная одышка при небольшой физической нагрузке (ходьба до 20 м), кашель с гнойной трудно отделяемой мокротой и повышение температуры тела до 37,5°C.

**Анамнез заболевания.** Длительное время курит (стаж курения более 40 пачек/лет), страдает хроническим обструктивным бронхитом более 30 лет. В течение последних 7–8 лет отмечал значительное нарастание одышки, появляющейся при физическом напряжении, приблизительно 3–4 раза в год переносил обострения заболевания, в том числе и тяжелые (1–2 обострения), которые требовали госпитализации. Регулярно принимал ингаляционные бронхолитики (беродуал) и ингаляционные глюкокортикостероиды (беклометазон), а также аспирин и нитраты (по поводу стенокардии напряжения II функционального класса). Ухудшение состояния возникло примерно за 4 дня до госпитализации, когда заметно усилилась одышка, мокрота стала более вязкой и приобрела зеленовато-серую окраску, появилась субфебрильная лихорадка в вечерние часы.

**При осмотре** состояние больного было расценено как тяжелое. Кожные покровы слегка цианотичные, чистые, сухие, отеков нет. Отмечалось небольшое набухание шейных вен и напряжение шейных мышц при спокойном дыхании. Ритм сердца правильный, тоны несколько приглушены, тахикардия до 95/мин, АД 140/80 мм рт. ст. При аус-

культации легких выслушивалось равномерно ослабленное везикулярное дыхание, сухие низко- и высокочастотные хрипы, изменений перкуторного звука не отмечено, ЧД 22–24/мин. В остальном физикальное обследование без особенностей.

**Данные инструментально-лабораторного обследования.** По данным пульсоксиметрии – легкая гипоксемия (сатурация гемоглобина кислородом 90% при дыхании воздухом). В анализе крови выявлен лейкоцитоз ( $13,1 \times 10^9/\text{л}$ ) и небольшой сдвиг формулы влево (палочкоядерные нейтрофилы – 7%). При функциональном обследовании за 3 мес до госпитализации определялись выраженные об-

структивные нарушения: ФЖЕЛ 2,52 л (68% от должного значения), ОФВ<sub>1</sub> 1,06 л (36% от должного).

На рентгенограмме грудной клетки (рис. 1) – признаки умеренной легочной гиперинфляции, эмфиземы легких, кроме того, в левой плевральной полости был обнаружен свободный газ, визуализировалась тонкая линия висцеральной плевры, левое легкое было поджато примерно на 1/3 объема, т.е. наблюдалась картина левостороннего пневмоторакса.

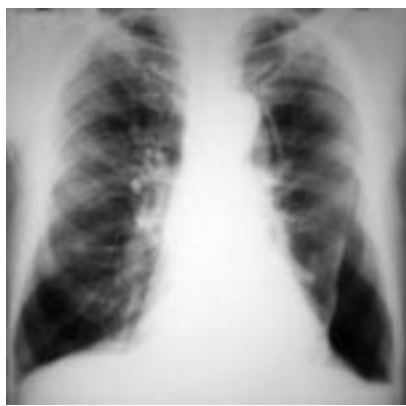
Больной был переведен в отделение интенсивной терапии, где проводилось дренирование плевральной полости при помощи тонкого катетера. Кроме того, больной получал кислород (3 л/мин через носовые канюли), беродуал через небулайзер, внутривенно антибиотики (цефтазидим и ципрофлоксацин), рег ос муколитики (амброксол). При проведении аспирации отмечено лишь небольшое поступление воздуха через “водяной замок” в первые минуты после установки катетера, затем отхождение пузырьков воздуха прекратилось. Состояние больного оставалось практически неизменным, а при контрольной рентгенографии грудной клетки через сутки пневмоторакс сохранялся без динамики. Учитывая рефрактерность пневмоторакса к лечению, было принято решение об удалении катетера из плевральной полости и проведении компьютерной томографии (КТ) грудной клетки (рис. 2).

Что определяется на КТ грудной клетки?

Какой метод обследования показан больному?

Чем объясняется рефрактерность пневмоторакса к лечению?

Какова дальнейшая тактика терапии?



**Рис. 1.** Рентгенограмма грудной клетки.



**Рис. 2.** КТ грудной клетки.

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