

Глава 12 Невыдуманные истории

*Учение без размышления бесполезно,
но и размышление без учения опасно*
Конфуций

Описанные выше картина и подходы к бронхиальной астме (БА) и хроническому обструктивному заболеванию легких (ХОЗЛ), уже писалось во введении, как картинки с выставки. В «чистом виде» существуют, но в порядке исключения. Потому что если даже редко друг с другом сочетаются, на другие болезни «наслаиваются», или другие болезни осложняют, как правило. Вспомните главу 5.

В жизни получается, если хотите, госпитальная клиника – и БА и ХОЗЛ.

Необъятное не объять, потому проблему подтвердим двумя клиническими примерами. Они же пылливому читателю хорошая подсказка.

Пример первый – у пациента и БА, и ХОЗЛ. У одного, разумеется.

Пример второй – БА на фоне ... Вот именно, прочитаете сами. Не будем торопить. Заметим только, что успехи в лечении низкие до нашего вмешательства были потому, что предшественниками не предпринимались вмешательства в отношении системного лимфостаза. Мы эту проблему решили, и с БА стало намного лучше.

В общем, что объяснять. Читайте, додумывайте, возмущайтесь, критикуйте. Все на пользу. И вам. И нам. Если критику пришлете.

Клинический случай 1

Пациент Ш., 64 лет, пенсионер. Будем ставить вопрос, у него БА, или ХОЗЛ? В жалобах только одышка смешанного характера при физической нагрузке. Анамнез заболевания по результатам интервьюирования, верифицированным и дополненным изучением медицинской документации, разбиваем на 4 этапа.

Этап 1985 – 2002 (до спирометрии от острого до хронического бронхита).

Октябрь 1985 – начало заболевания. На основании клинической картины в виде кашля, свиста при дыхании и повышения температуры тела до 38⁰С ставится диагноз острого бронхита. Лечится антибиотиками и муколитиками. Выздоровление неполное: длительно сохранявшийся сухой кашель.

1985-1998 – периодические обострения (1-2 раза в год) с прежней симптоматикой. К врачам не обращается. Самолечение с использованием жаропонижающих и муколитиков.

1998 – 2002 – на основании обострений в осенне-весеннее время с продуктивным кашлем (слизисто-гнойная мокрота, больше в утреннее время), одышки при физической нагрузке, эпизодов затрудненного дыхания с повышением температуры тела и общей слабостью ставится диагноз хронического бронхита. Лечение амбулаторное с использованием антибиотиков, муколитиков и метилксантинов.

Этап 2002-2003 (спирометрия Pulmis – ставится диагноз ХОЗЛ).

Март 2002 – очередное обострение с сухим кашлем, усилением одышки, эпизодами затрудненного дыхания и повышением температуры до 37,5⁰С. Впервые исследуется функция внешнего дыхания (ФВД) со следующими данными: ОФВ₁- 60,8 %, прирост в пробе с беродуалом – 15 %. Возникает вопрос, БА или ХОЗЛ? Проводится пробная 3-недельная терапия будесонидом с отсутствием эффекта (при клиническом улучшении прирост ОФВ₁ всего 1 %). Ставится диагноз ХОЗЛ, и проводится базисная терапия последовательно беродуалом и спиривой (июль-август 2003) с результатами клинического улучшения при уменьшении одышки и кашля.

Июнь-ноябрь 2003 – череда обострений ХОЗЛ. Каждый раз кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты, свист при дыхании, одышка при физической нагрузке, эпизоды затрудненного дыхания, повышение температуры тела. Снижение показателей ФВД: июнь-август: ОФВ₁ – 50 %, сентябрь – ОФВ₁ – 55 %, ноябрь – ОФВ₁ – 48 %. Повышение дозы бронхолитиков (беродуал), присоединение антибиотиков и муколитиков обеспечивает клиническое улучшение состояния. Однако показатели ФВД продолжают ухудшаться, что говорит о прогрессировании ХОЗЛ

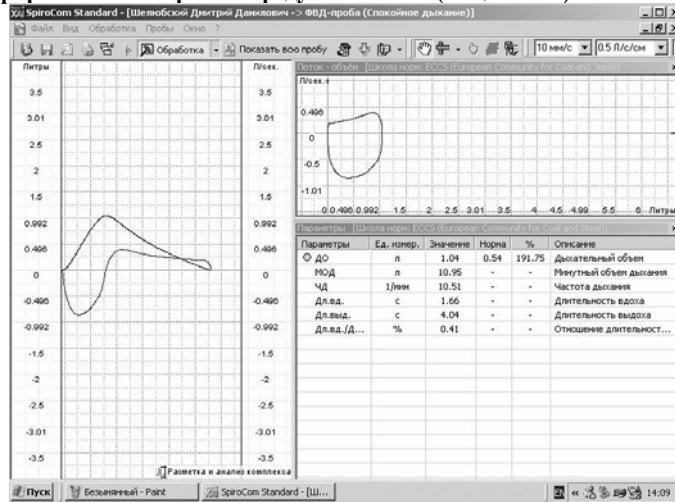
Этап 2004 (спирометрия Spirosom ХАИ медика-ХОЗЛ или БА?).

В январе 2004 новое обострение с «прорисовыванием» клинической картины БА, а именно, кашель со слизисто-гнойной мокротой в утреннее и ночное время, приступы удушья по ночам (3-4 в неделю), свист при дыхании, одышка при обычной физической нагрузке, повышение температуры тела до 38⁰С. Потребность в беродуале возросла до 10 раз в сутки. Используются стандартно антибиотики, муколитики и беродуал.

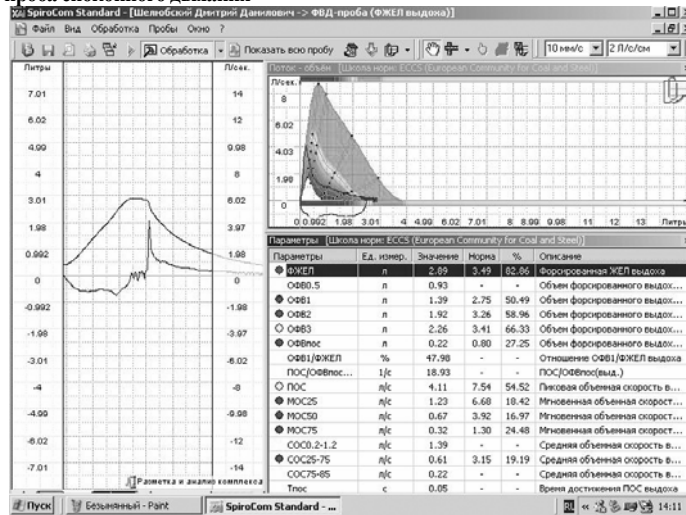
Февраль 2004 – результаты ФВД, а именно, ФЖЕЛ-115 %, ОФВ₁-55 %, прирост ОФВ₁ в пробе с беродуалом – 22 %, позволят поставить диагноз «персистирующая БА, средней степени тяжести, III ступень, обострение

средней тяжести». Терапия дополняется будесонидом (2 вдоха 3 раза/сутки). Соответствующие данные представлены на рис. 1.1.

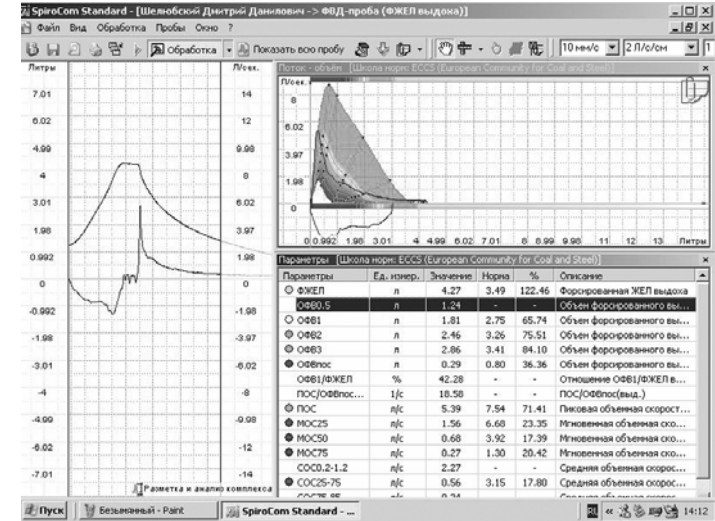
Рисунок 1.1. Обструктивные изменения средней тяжести преимущественно в области бронхов крупного и среднего калибра. Прирост ОФВ1 в пробе с беродуалом – 22 % (Пациент Ш).



а) проба спокойного дыхания



б) проба форсированного выдоха



в) проба форсированного выдоха на высоте фармакологической пробы с салбутамолом

Ключевыми в анамнезе жизни явились следующие данные:

- курил с 18 летнего возраста 15 лет в среднем по 0,5 пачки/сут., но последние 25 лет не курит,
- работал 20 лет на УкрХимМаш и имел периодические контакты с производственными поллютантами (удобрения, пестициды, серная кислота),
- страдал частыми респираторными инфекциями,
- наследственный и аллергологический анамнез не отягощены.

Итак, ставим диагноз, – ХОЗЛ и/или БА?

Для этого оценим факторы риска, динамику клинических признаков и данных дополнительных исследований. Факторы риска «двумя руками» за ХОЗЛ и БА (табл. 11, выделенные факторы – общие для ХОЗЛ и БА).

Динамика клинических признаков представлена в табл. 12, и в соответствии с ней в 2004 от ХОЗЛ отказаться трудно.

Лабораторные данные мало дают в отношении диагноза. Анализ мокроты в период обострения, если это действительно мокрота, показывает ее слизистый характер с вязкой консистенцией. Цвет серый. Эпителия много, лейкоцитов немного, а эозинофилов, эластических волокон и микобактерии туберкулеза нет. Чтобы понять, что это не мокрота, достаточно обратиться к Приказу МОЗ Украины от 28.10.03. № 499, в соответствии с которым «наличие в мазках менее 25 лейкоцитов и более 10 эпителиальных клеток в

поле зрения с большой долей вероятности указывает на то, что исследуемый материал является содержимым ротовой полости».

Таблица 11
Факторы риска ХОЗЛ и БА (Пациент Ш)

ХОЗЛ	БА
Эндогенные	
наследственные факторы	наследственные факторы
оксидативный стресс	гиперреактивность бронхиального дерева
<i>мужской пол</i>	атопия
снижение синтеза IgA	
недостаточность макрофагальной системы	
Экзогенные	
курение (включая пассивное)	аллергены (бытовые, окружающей среды профессиональные поллютанты)
<i>профессиональные (пыль, химические вещества и др.)</i>	стресс
частые и тяжелые респираторные инфекции в детском возрасте	лекарственные средства, вакцины
бытовые поллютанты	респираторные инфекции
низкий социально-экономический статус	экологические воздействия
	погрешности в диете
	курение
	ожирение

Таблица 12.
Динамика клинических признаков пациента Ш. в 2004

Критерии	1998-2003	2004
Кашель	Чаще в утреннее или дневное время суток Периодический Продуктивный	В утреннее и ночное время суток Периодический Приступообразный Сухой и продуктивный
Одышка	Персистирующая (при физической нагрузке) Усиливающаяся во время обострения Прогрессирующая Эпизоды затрудненного дыхания	Персистирующая (при физической нагрузке) Усиливающаяся во время обострения Приступы экспираторной одышки
Приступы удушья	Отсутствуют	Во время обострения
Свист при дыхании	Присутствует	Присутствует

Что касается клинического анализа крови, никаких отклонений от физиологической нормы. Динамика показателей функции внешнего дыхания представлена в табл. 13 и в соответствии с ней в 2004 от ХОЗЛ отказаться можно.

Таблица 13.
Динамика показателей функции внешнего дыхания пациента Ш.

Критерии	1998-2003	2004
ОФВ ₁	62 – 48 %	55, 46, 50 %
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	59-65 %	56-63 %
Острая проба с беродуалом (прирост ОФВ ₁)	+15 %, +1 %	24-15 %
Уровень обструкции (МОС _{25, 50, 75})	На всех уровнях	На всех уровнях
3- недельная проба с будесонидом	Сохранение исходного ОФВ ₁ , прирост ОФВ ₁ +1 %	Некоторое снижение исходного ОФВ ₁ прирост ОФВ ₁ +24 %

Компьютерная томография тогда же выявила справа в области верхушек и в медиальных отделах верхней доли правого легкого эмфизематозные буллы до 5 мм. Сосудистый рисунок был несколько обогащен. В бронхах крупного и среднего калибра определялись признаки воспаления. Воздушные пути на всем протяжении были проходимы.

С учетом всей совокупности данных можно поставить такой диагноз:

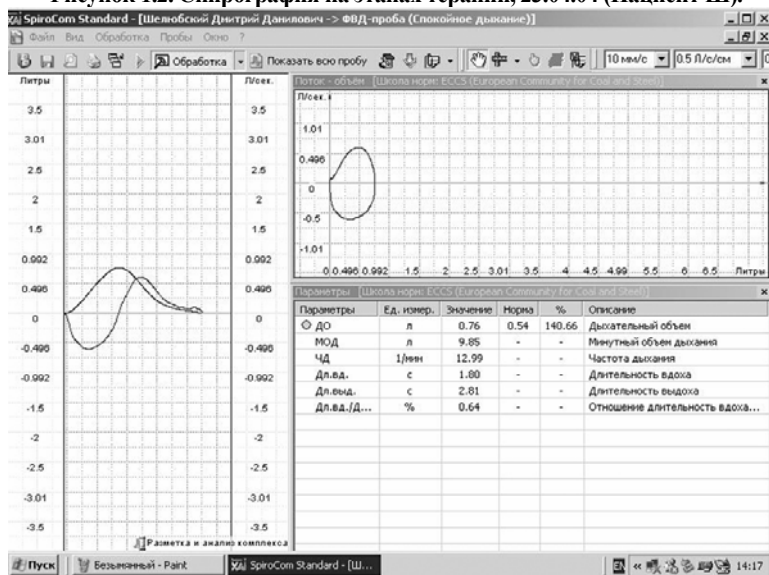
Основное заболевание: Персистирующая БА, средней степени тяжести, III степень, стадия ремиссии. Сопутствующее заболевание: ХОЗЛ, II стадия, средней тяжести, фаза ремиссии. Осложнения: Диффузный пневмосклероз. Эмфизема. ЛН I стадия.

Лечение выглядит следующим образом.

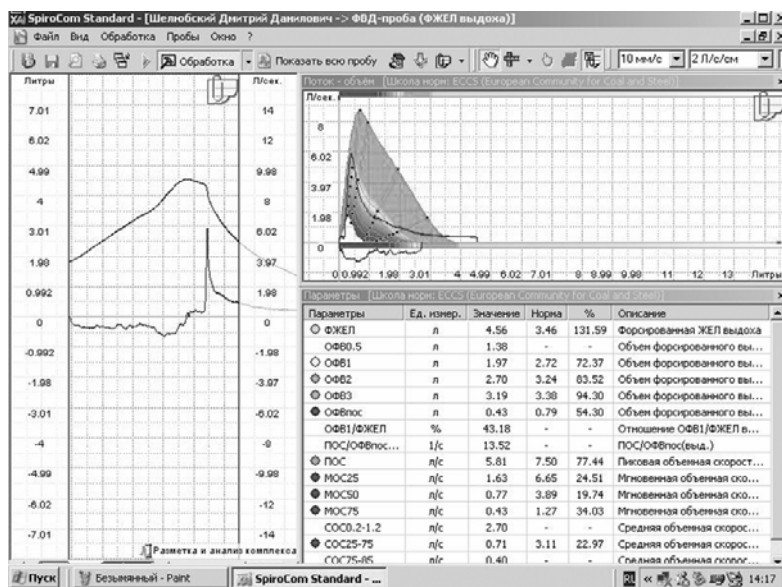
Общие рекомендации включают ограничение контакта с бытовыми поллютантами, использование пикфлоуметра с ведением дневника, гипоаллергенную диету и тренировку дыхательной мускулатуры (дыхание по Бутейко). Из медикаментозных средств рекомендуются фликсотид 125 по 2 вдоха 2 раза в день, беродуал по 1 вдоху 2 раза в день и АЦЦ 800 мг/сутки.

На фоне терапии улучшение общего самочувствия. Спирометрия 23.04.04 показала некоторое повышение исходного ОФВ₁ (51 %) и ФЖЕЛ (84 %). Прирост ОФВ₁ в пробе с беродуалом составил 15 % (Пациент Ш) (рис. 1.2.).

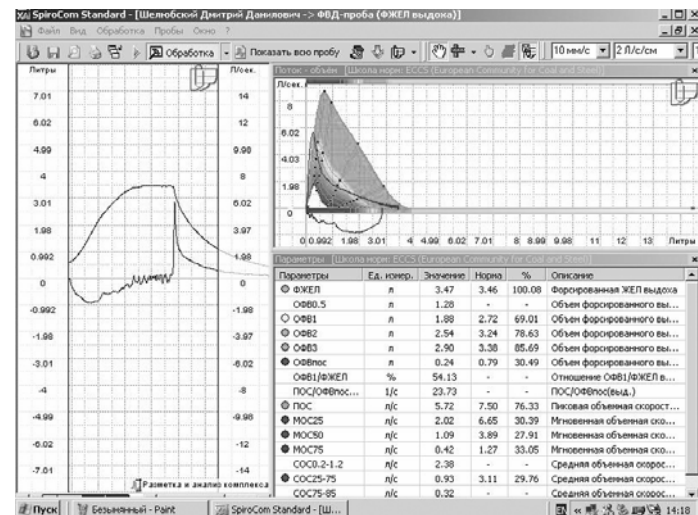
Рисунок 1.2. Спирография на этапах терапии, 23.04.04 (Пациент III).



а) проба спокойного дыхания



б) проба форсированного выдоха



в) проба форсированного выдоха на высоте фармакологической пробы с беродуалом

Подводя итоги, заключаем, что имеется клиническое улучшение. Недостаточное повышение исходного $ОФВ_1$ можно объяснить двумя причинами – пациент следовал рекомендациям и принимал фликсотид только 2 недели, после чего по экономическим причинам самостоятельно перешел на беклазон-эко со снижением дозы.

На вопрос «что делать?» простой совет – продолжать обучать пациента «жить вместе с болезнью», развивать партнерские отношения «врач-пациент», стремиться в тандеме с пациентом к лучшим стандартам лечения.

Клинический случай 2

Пациентка О., 55 лет, учетчица на заводе. Случай интересен тем, что ставит приоритеты на «прикроватной диагностике».

Жалобы пациентки предъявляет на дневные приступы удушья до 6 раз в день, ночные приступы каждую ночь, экспираторную одышку в покое, отсутствие эффекта от ингаляции β_2 -агонистов и частые обострения.

Анамнез заболевания, если «разложить по полочкам», выстраивается следующим образом:

2000. Городская клиническая больница (ГКБ) 13. Жалобы: постоянные приступы удушья, отсутствие эффекта от ингаляций β_2 -агонистами, одышка, свистящие хрипы. Флюорограмма (ФГ): без патологии. Лечение: дексаметазон, комбивент, ингокорт, сервент. Диагноз (Д-з): БА, 4 степень,

тяжелое течение, гормонозависимая. Период приступов. ХОЗЛ обострение. Эмфизема. Пневмосклероз. ДН 1. Хронический аллергический ринит.

2000. «Шаманство»: высокие дозы гормонов при лечении «заезжим» целителем.

2001. Поликлиника (П-ка) 6. Жалобы: сухой кашель, повышение температуры, приступы удушья 4-6 раз в день, в основном ночью. ФВД: ОФВ₁ – 89 %, ФЖЕЛ – 101 %, МОС₇₅ – 88 %, МОС₅₀ – 38 %, МОС₂₅ – 14 %. ФГ: без патологии. Лечение: дексаметазон в/в N10, будесонид, беродуал, теофеллин, лазолван.

Диагноз: БА, 4 ступень, тяжелое течение, гормонзависимая. Период приступов. ДН 2. Последнее ухудшение состояния в ноябре 2003 г.

Динамика показателей ФВД представлена в табл. 14.

Таблица 14.
Динамика показателей ФВД пациентки О.

ФВД	1999	2002	2003	2004
ФЖЕЛ, %	101	67	61	70
ОФВ ₁ , %	89	46	62	63
Прирост ОФВ ₁ , %	-	20	6	6
МОС ₂₅ , %	68	24	49	65
МОС ₅₀ , %	38	11	43	41
МОС ₇₅ , %	14	32	79	68

В анамнезе жизни обращают внимание частые простудные заболевания. В 1989 секторальная резекция левой молочной железы. В 1999 диагностирована гипертоническая болезнь, тяжелой степени, II стадия. СН2, 2ФК. С 2000 значительное увеличение массы тела. В 2004 рожистое воспаление левой голени на фоне хронического лимфостаза. 20 лет работала прессовщицей пластмассовых изделий. С детства аллергический ринит.

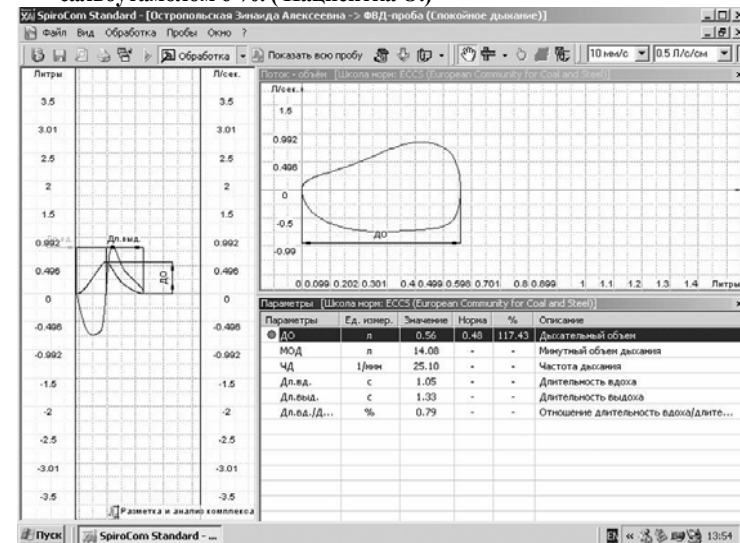
Объективный осмотр (на уровне отклонений от физиологических нормативов) выявил следующие клинические признаки:

- одышка при разговоре,
- разговор фразами,
- сознание не нарушено,
- частота дыхания 25 дв/мин,
- участие в дыхании вспомогательной мускулатуры,
- свистящее дыхание,

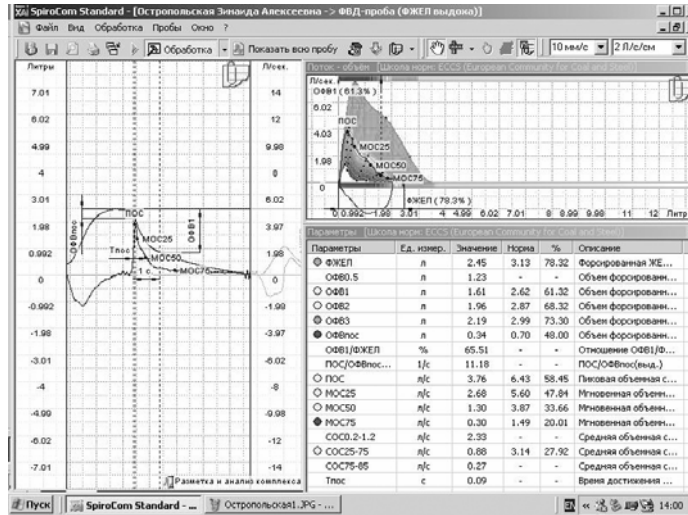
- смешанный тип ожирения (индекс массы тела (ИМТ) 35,2 (N 18,5-24,9)),
- системный лимфостаз,
- уменьшение голосового дрожания с обеих сторон,
- притупление легочного звука над обеими легкими,
- ослабленное везикулярное дыхание, единичные рассеянные сухие хрипы в нижних отделах обоих легких,
- толчок в 5 межреберье на 1 см слева от среднеключичной линии,
- расширение границ относительной сердечной тупости влево на 1 см от левой среднеключичной линии,
- артериальное давление (АД) – 180\110 мм рт. ст. на обеих руках.

Результаты исследования ФВД 24.02.2004, если только пропустить системный гемостаз, можно ошибочно интерпретировать не как БА, но ХОЗЛ (рис. 1.3). Они интерпретируются так: умеренные вентиляционные нарушения смешанного типа, обструкция на фоне рестриктивных ограничений значительной степени выраженности преимущественно на уровне бронхов крупного и среднего калибра, прирост ОФВ₁ после пробы с салбутамолом 6 %.

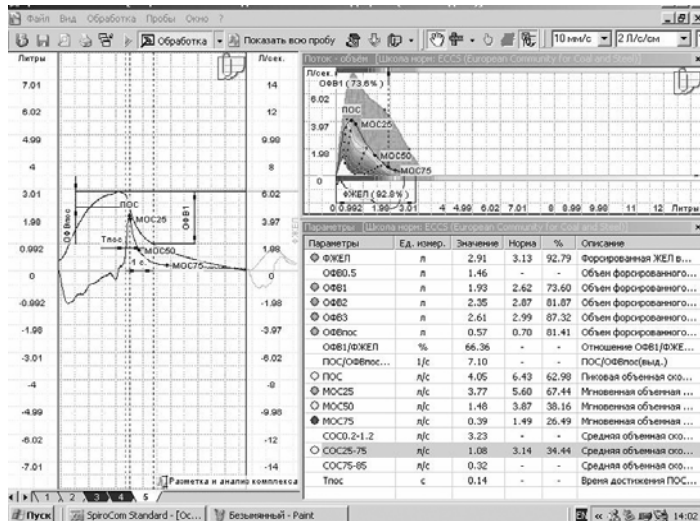
Рисунок 1.3. Обструкция на фоне рестриктивных ограничений значительной степени выраженности преимущественно на уровне бронхов крупного и среднего калибра. Прирост ОФВ₁ после пробы с салбутамолом 6 %. (Пациентка О.)



а) проба спокойного дыхания



б) проба форсированного выдоха



в) проба форсированного выдоха на высоте фармакологической пробы с салбутамолом

Клинический диагноз сформулирован в следующем виде:

- Тяжелая персистирующая бронхиальная астма. Обострение средней тяжести. ЛН2.

- Гипертоническая болезнь II ст. Тяжелая степень. СН2. ФК2.
- Эндокринно-метаболическое ожирение 2 ст., стабильная форма, смешанный тип.
- Системный лимфостаз.
- Хроническая лимфовенозная недостаточность на фоне посттромбофлебитического синдрома обеих нижних конечностей.

Лечение включало вмешательста в стиль жизни и использование медикаментозных препаратов. Рекомендации по стилю жизни – гипоаллергенная, бессолевая, низкохолестериновая, низкокалорийная (1200 ккал/сутки) диета, тренировка дыхательной мускулатуры (комплекс упражнений Стрельниковой), ограничение контакта с триггерами. Медикаментозные препараты: серетид 250 мкг (1 ингаляция 2 раза в день), салбутамолом во время приступа удушья, гидрохлортиазид (25 мг x 3 р/сут.), аспирин (325 мг/сут.), АЦЦ (800 мг/сут.). Был отменен полькортолон по схеме.

В итоге спустя 3 недели количество дневных приступов удушья было снижено до 0-1-2 в день, ночные симптомы исчезли, АД снизилось до 135/95 мм.рт.ст., значительным образом уменьшился объем нижних конечностей с одновременным снижением ИМТ до 28,6.

При исследовании ФВД найдены умеренные вентиляционные нарушения смешанного типа, обструкция на фоне рестриктивных ограничений, преимущественно на уровне бронхов крупного и среднего калибра. Прирост ОФВ₁ после пробы с салбутамолом 6%. Динамика показателей ФВД, АД и ЧСС на этапах терапии представлена в табл. 15, 16 и 17, соответственно.

Таблица 15. Динамика показателей ФВД на этапах терапии пациентки О.

Параметры ФВД	2003	2004		
		14.05	17.05	21.05
ФЖЕЛ, %	61	70	78	101
ОФВ ₁ , %	62	63	61	76
Прирост ОФВ ₁ , %	6	6	12	5
МОС ₂₅ , %	49	65	47	68
МОС ₅₀ , %	43	41	33	36
МОС ₇₅ , %	79	68	20	20

Ближайшие планы – продолжение решения проблемы системного лимфостаза, контроль гиперреактивности бронхиального дерева, контроль АД (акценты на диастолическом) и общий контроль веса.

Таблица 16.
Динамика показателей АД пациентки О.

АД (мм.рт.ст.)	2004		
	14.05	17.05	21.05
САД	180	145	135
ДАД	110	100	95

Таблица 17.
Динамика показателей ЧСС пациентки О.

ЧСС (уд\мин)	2004			
	24.02	14.05	17.05	21.05
В покое	78	79	74	75
Ортостаз	87	90	82	80

Узелки

Нет болезней. Есть пациенты, болезнями этими страдающие. И здесь смешивается все. Похлеще, чем в доме Облонских. И генетические, и приобретенные факторы. И «плата за цивилизацию». И позиция жизненная тоже. Которая в смысле бережливого или нет отношения пациента к собственному здоровью. И настроенности. Серьезной. Заниматься здоровьем или нет. С вниманием отнестись к рекомендациям врача. Или посетить его для простого успокоения.

Смешивается все и с позицией жизненной врача. Его знаниями и опытом. Его способностью и желанием изнурительной работы над собой. Желаниями, превращающимися в действия. Креативные. Чтобы не только помощником. Но и примером быть пациенту. Да еще на хорошей моральной подложке. Когда врача заповедь – так нижний отрезной уровень этой моральности.

Не просто навстречу легкому дыханию. Примеры это показывают. Но примеры показывают и другое. Показывают они, что к пациенту надо быть просто ближе.