

Бурова О. С., Малиновский В. А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Шелихов В. Г.

Кафедра госпитальной терапии и клинической фармакологии

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Актуальность. В Российской Федерации распространенность бронхиальной астмы (БА) среди взрослого населения составляет 6,9 %. Среди всех осложнений БА спонтанный пневмоторакс (СП) и подкожная эмфизема встречаются относительно редко, в некоторых случаях разрешаются самостоятельно, однако могут быть потенциально фатальными осложнениями.

Цель: проанализировать клинический случай развития спонтанного пневмоторакса при бронхиальной астме.

Материалы и методы. История болезни больного К., находившегося на лечении в областной клинической больнице скорой медицинской помощи.

Результаты и их обсуждение. Больной К., 24 года, поступил экстренно 12.12.2018 г. в пульмонологическое отделение с жалобами на приступ удушья. Пациент наблюдается амбулаторно у терапевта с 2014 года, первый приступ удушья возник после физической нагрузки. Развитие заболевания связывает с переездом в частный сектор (физическая нагрузка: уборка снега, автономное печное отопление). Выставлен диагноз БА, назначен Бекламетазон по 250 мкг 2 р/сут. По потребности принимает Беродуал. У аллерголога не обследован. Наследственность по БА не отягощена. Периодические обострения в зимнее время (1-2 раза). Настоящее обострение 11.12.18 – возник приступ удушья. Неоднократно использовал Беродуал, без эффекта. Субъективное улучшение в положении ортопноэ. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи (СМП), приступ купирован. Повторный приступ 12.12.18 – одышка смешанного характера, боль в грудной клетке. Бригадой СМП госпитализирован в стационар.

Объективно: при пальпации подкожной клетчатки в области шеи ощущается крепитация, при сравнительной перкуссии легких справа притупление легочного звука, слева определяется ясный легочный звук одинаковой громкости; над симметричными областями грудной клетки справа и слева выслушивается смешанное дыхание, по всем легочным полям хрипы рассеянные, сухие свистящие.

ОАК: лейкоциты $15,1 \cdot 10^9$, изменений формулы крови нет. ЭКГ – замедление проведения по правой ножке пучка Гиса, обменные нарушения миокарда. Р-логически: подкожная эмфизема плечевого пояса с обеих сторон, шеи; в области верхушки правого легкого полоса воздуха 3-5 мм; на уровне 2 межреберья справа кистоподобные образования в количестве трех, диаметром 3 мм. Мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки: эмфизема мягких тканей шеи, грудной клетки с обеих сторон. Выставлен окончательный диагноз: Бронхиальная астма неуточненного генеза, обострение средней степени тяжести. Спонтанный пневмоторакс. Эмфизема мягких тканей шеи.

На фоне лечения положительная динамика: уменьшение выраженности синдрома бронхообструкции, скопления воздуха в плевральной полости и выраженности подкожной эмфиземы.

Выводы. 1. Данный клинический случай показывает важность комплексного и своевременного обследования пациентов на ранних этапах развития бронхиальной астмы, которое позволило бы прогнозировать развитие осложнений и предотвратить их. 2. Для установления причины спонтанного пневмоторакса и генеза кистоподобных образований, а также с целью исключения сопутствующей патологии (дисплазии соединительной ткани, буллезно измененных альвеол) требуются дополнительные исследования, в том числе торакоскопия и биопсия легких.