



КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УДК 616.233-003.6

Случай инородного тела правого верхнедолевого бронха

М.Л. ШТЕЙНЕР

Самарский государственный медицинский университет
Самарская городская больница № 4

Штейнер Михаил Львович

кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист, ассистент курса эндоскопии кафедры хирургии Института последипломного образования

443069, г. Самара, ул. Аэродромная, д. 28, кв. 57
тел. 8-927-207-71-18, e-mail: ishte@mail.ru

В статье представлено описание случая инородного тела правого верхнедолевого бронха. У пациентки 92 лет, страдающей тяжелой бронхиальной астмой, отсутствовали анамнестические указания на аспирацию. Ухудшение состояния больной было связано с обострением основного заболевания. При проведении гибкой бронхоскопии по поводу предполагаемой массивной обструкции нижних дыхательных путей бронхиальным секретом было обнаружено «старое» инородное тело, полностью обтурирующее просвет бронха

Ключевые слова: гибкая бронхоскопия, инородное тело бронха.

The case of a foreign body in the right upper lobe bronchus

M.L. SHTEINER

Samara State Medical University
Samara City Hospital № 4

This article describes the case of a foreign body in the right upper lobe bronchus. A 92-year-old patient with severe bronchial asthma had no anamnestic data of aspiration, and the deterioration in the condition of the patient was related to a worsening of underlying disease. After flexible bronchoscopy for the presumed massive lower airways obstruction by bronchial mucous was found an «old» foreign body which completely occluded the bronchial lumen.

Key words: flexible bronchoscopy, bronchial foreign body.

Удаление инородных тел является старейшей проблемой бронхологии. Датой рождения бронхоскопии считается 1898 г., когда Густав Киллиан удалил из правого промежуточного бронха аспирированную мясную кость [1].

Инородные тела трахеи и бронхов являются преимущественно проблемой детского возраста, причем помимо развернутой клинической картины острой дыхательной недостаточности, как правило, присутствуют четкие анамнестические указания на аспирацию [2]. Реже, встречаясь во взрослой практике, инородные тела зачастую представляют наибольшие трудности для диагностики и лечения, т.к. аспирация их нередко проходит незамеченной. Причиной этого являются нарушения сознания раз-

личной этиологии, среди которых лидируют дисциркуляторные энцефалопатии на фоне церебрального атеросклероза, а также состояния алкогольного или наркотического опьянения. После аспирации инородного тела на первый план нередко выходит развивающийся воспалительный процесс, что затрудняет как своевременную диагностику аспирационного поражения, так и последующую экстракцию инородного тела [3-6]. Приводим случай собственного наблюдения.

Больная Х., 92 лет была госпитализирована в мае 2013 г. в I-е пульмонологическое отделение ГБУЗ Самарской области «Самарская городская больница № 4» в экстренном порядке и сразу же помещена в отделение реанимации и интенсивной терапии

(ОРИТ). Пациентка предъявляла жалобы на сильную одышку при малейшей физической нагрузке, надсадный мучительный кашель без отделения мокроты, слабость. Из анамнеза выяснилось, что пациентка страдала бронхиальной астмой и ежедневно использовала 1 дозу симбикорта. Последнее ухудшение продолжалось две недели, причем больная не могла связать его с каким-то конкретным событием.

Объективный статус. Состояние тяжелое, говорит с трудом из-за одышки. Питание — понижено, при осмотре выявлен акроцианоз, число дыхательных движений — 39 в минуту, в акте дыхания принимает участие вспомогательная мускулатура. При пальпации обнаружены отеки стоп и голеней в нижней трети, ослабленное голосовое дрожание. При перкуссии отмечено притупление перкуторного тона в нижних отделах грудной клетки с двух сторон. Аускультативная картина была представлена резко ослабленным дыханием над всеми легочными полями, единичными свистящими хрипами. Тоны сердца приглушены, ритм — синусовый, число сердечных сокращений — 102 в минуту; АД — 160 и 95 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги и частично занимает эпигастрий, край ее мягкий, умеренно болезненный.

Данные дополнительных методов исследования. Общий анализ крови: СОЭ — 26 мм/ч, гемоглобин 110 г/л, эритроциты — $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты — $10,7 \cdot 10^9$ /л. Лейкоцитограмма: эозинофилы — 2%, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные нейтрофилы — 62%, лимфоциты — 20%, моноциты — 12%.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1020; цвет — соломенно-желтый, лейкоциты — 1-2 в поле зрения, эритроциты — единичные в препарате, имеются единичные гиалиновые цилиндры, оксалаты.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 9,0 ммоль/л, мочевины — 7,8 ммоль/л, креатинин — 98 мкмоль/л, глюкоза — 4,1 ммоль/л, общий белок — 67 г/л; фибриноген 5 г/л; общий холестерин 7,2 ммоль/л. Анализ газов крови: pH крови — 7,14, PaCO_2 — 77 мм рт. ст., PaO_2 — 19 мм рт. ст.

На электрокардиограмме отмечались синусовая тахикардия, отклонение электрической оси влево, полная блокада правой ножки пучка Гиса, «р-pulmonale», признаки гипертрофии левого желудочка. Сатурация кислорода в покое составляла 90%; при нагрузке снижалась до 82-83%.

При проведении рентгенографии органов грудной клетки было выявлено диффузное усиление легочного рисунка, наличие «кольцевых» теней бронхов, низкое стояние купола диафрагмы, наличие линий Керли, признаки увеличения тени сердца, отсутствие очаговых и инфильтративных поражений.

Был установлен диагноз: Бронхиальная астма. Обострения тяжелой степени. Дыхательная недостаточность III-й степени. Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации. НИБ. Гипертоническая болезнь (артериальная гипертензия) II стадии. Степень 2. Риск 4.

Учитывая наличие у пациентки клинических признаков нарастающей обструкции трахеобронхиального дерева бронхиальным секретом и быстро нарастающей дыхательной недостаточности, было принято решение о проведении гибкой бронхоскопии по экстренным показаниям на фоне респираторной протекции с использованием бронхологического варианта невозвратной масочной системы.

Бронхоскопическое исследование проводилось с помощью бронхоскопа MAF type TM (Olympus) с наружным диаметром 5,2 мм и диаметром биопсийного канала 2,8 мм. Во время проведения бронхоскопии у пациентки отмечалось умеренное количество вязкого слизисто-гнойного секрета, большая которого была эвакуирована в ходе исследования. Во время осмотра была обнаружена полная obturация правого верхнедолевого бронха белесовато-желтыми массами и фибриной пленкой (рис. 1). Поскольку отсутствовали признаки опухолевой инфильтрации слизистой, локальные изменения сосудистого рисунка обнаруженная эндобронхиальная картина была расценена, как «старое» инородное тело. Для удаления инородного тела был использован захватывающий форцепт типа «пасть крокодила».

Рисунок 1.
Обтурация правого верхнедолевого бронха инородным телом

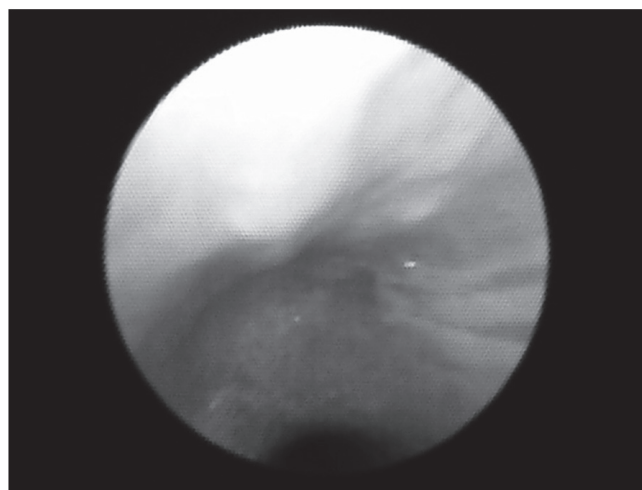
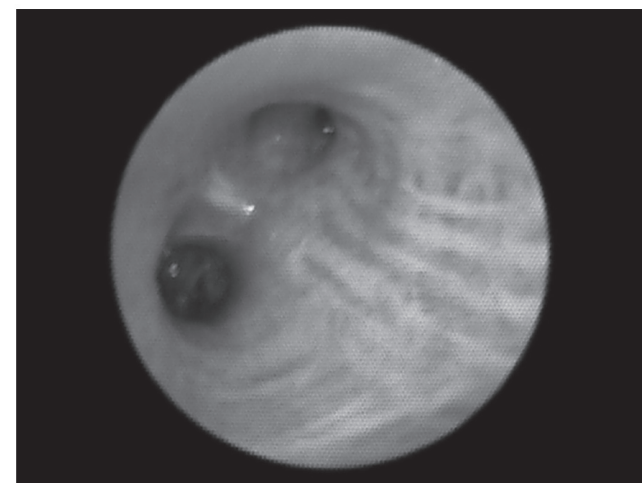


Рисунок 2.
Состояние после удаления инородного тела из правого верхнедолевого бронха



После удаления фибриной пленки, были обнаружены множественные фрагменты яблочной мякоти. После удаления инородного тела и посегментарного лаважа верхнедолевого бронха обычная картины устьев сегментарных бронхов верхней доли правого легкого была полностью восстановлена (рис. 2).



По итогам проведения бронхологического пособия было сделано следующее заключение: «Инородное тело правого верхнедолевого бронха (мякоть яблока). Диффузный эндобронхит II-й степени интенсивности воспаления по Лемуану. Удаление инородного тела. Лаваж с 60 мл изотонического раствора до «чистой воды». Гибкая бронхоскопия проводилась на фоне непрерывной подачи кислорода с использованием невозвратной масочной системы».

Вскоре после проведения гибкой бронхоскопии пациентка почувствовала облегчение состояния, что выражалось в уменьшении одышки. На 5-й день пребывания в стационаре больная была переведена в общее отделение.

Таким образом, аспирация инородного тела имитировала картину обострения фонового хронического обструктивного процесса в легких, что представляется достаточно типичным для взрослой практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овчинников А.А. Трахеобронхоскопия: история и прогресс // Атмосфера: пульмонология и аллергология. — 2005. — № 1. — С. 18-22.
2. Лукомский Г.И., Овчинников А.А. Эндоскопия в пульмонологии // В кн.: Руководство по клинической эндоскопии. (Под ред. акад. Савельева В.С., Буянова В.М., Лукомского Г.И.). — Москва: Медицина, 1985. — С. 348-468.
3. Самойлов А.В., Нагай И.В., Карпов С.Ю., Добровольский С.Р. Удаление крупного инородного тела из промежуточного бронха при фибробронхоскопии // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 12. — С. 51-52.
4. Чернеховская Н.Е., Коржева И.Ю., Мальцева И.М. с соавт. Клинико-эндоскопическая диагностика инородных тел бронхов // Пульмонология. — 2009. — № 2. — С. 120-123.
5. Алешина Р.М., Ватанская И.Ю. Аспирационная пневмония (обзор литературы) // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология (Украина). — 2009. — № 3 (7) (интернет-версия). — Режим доступа: <http://studentdoctorprofessor.com.ua/ru/node/914>. — Дата обращения: 10.06.2013.
6. Donnelly T.J., York E. Аспирация // Медицина неотложных состояний (Украина). — 2006. — № 5 (6) (интернет-версия). — Режим доступа: <http://urgent.mif-ua.com/archive/issue-13520/>. — Дата обращения: 14.06.2013.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

В ЕС ОДОБРЕНА ЕДИНСТВЕННАЯ ПНЕВМОКОККОВАЯ ВАКЦИНА, ПРЕДОТВРАЩАЮЩАЯ ИНВАЗИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ВСЕХ ВОЗРАСТОВ

Pfizer получил европейское одобрение расширения показаний для вакцины «Превенар 13» для профилактики инвазивной пневмококковой инфекции у взрослых пациентов в возрасте от 18 до 49 лет.

Компания Pfizer объявила о том, что в Европе одобрено расширение показаний для конъюгированной пневмококковой вакцины «Превенар 13» (пневмококковая полисахаридная конъюгированная вакцина [13-валентная, абсорбированная]). Теперь она также может использоваться для активной иммунизации населения в возрасте от 18 до 49 лет с целью предотвращения инвазивной пневмококковой инфекции, вызванной бактериями *Streptococcus pneumoniae*. «Превенар 13», ранее одобренный в Европе для применения у детей и подростков в возрасте от 6 недель до 17 лет, а также у взрослых в возрасте от 50 лет и старше, сегодня является единственной пневмококковой вакциной в ЕС, предотвращающей инвазивные заболевания (ИЗ) у пациентов всех возрастов. Европейская комиссия первой одобрила «Превенар 13» в качестве средства, защищающего от ИЗ на всех жизненных этапах.

«Превенар 13» уже используется миллионами людей во всем мире, и полученное нами в Европе одобрение расширенных показаний доказывает приверженность Pfizer созданию инновационных лекарств, которые помогают предотвращать серьезные, а иногда и смертельные заболевания в любой период жизни», — отметил доктор Эмилио Эмини, главный научный советник подразделения вакцин компании Pfizer. Решение Европейской комиссии было принято после изучения данных III фазы клинического исследования в популяции здоровых взрослых пациентов в возрасте от 18 до 49 лет². Исследование, объединившее все первичные и вторичные цели, показало, что «Превенар 13» обладает одинаковой иммуногенностью как для возрастной группы 18–49 лет, так и для группы 60–64 года, что подтвердили данные, собранные через месяц после проведения вакцинации². Помимо этого, вакцина продемонстрировала благоприятный профиль безопасности и хорошую переносимость в целом. «В связи с возрастающим риском заболеваемости пневмококковой инфекцией взрослые в возрасте от 18 до 49 лет с определенными сопутствующими заболеваниями выиграют от возможности иммунизации вакциной «Превенар 13», — заявил доктор Луис Жодар, вице-президент, Глобальная медицинская группа развития, Вакцины, Pfizer. — Pfizer будет продолжать сотрудничество с органами здравоохранения во всем мире для того, чтобы найти возможность обеспечения вакциной тех, кто подвержен риску развития данного заболевания». «Превенар 13» впервые появился на европейском рынке в декабре 2009 и предназначался для вакцинации новорожденных и маленьких детей. Сегодня эти показания одобрены в более чем 120 странах мира, включая Россию, а в более чем 80 странах вакцина используется для иммунизации взрослых от 50 лет и старше.