



¹ Казанский
государственный
медицинский
университет
Минздравсоцразвития
России

² Республиканская
клиническая больница
Министерства
здравоохранения
Республики
Татарстан

Инородное тело в левом нижнедолевом бронхе: дифференциальный диагноз с ХОБЛ

Д.м.н., проф. А.А. ВИЗЕЛЬ¹, к.м.н. А.В. БОНДАРЕВ²,
к.м.н. И.Ю. ВИЗЕЛЬ¹

В статье разобран клинический случай пациента Б., у которого при первичной диагностике была предположена ХОБЛ, но дальнейшее детальное обследование позволило установить иной диагноз и избавить пациента от нарушений вентиляционной способности легких по обструктивному типу.

Введение

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – экологически опосредованное хроническое обструктивное воспалительное заболевание легких, распространенность которого продолжает расти во всем мире. По данным ВОЗ, на 2008 г. ХОБЛ в причинах смерти заняла 4-е место [1]. Глобальная инициатива по ХОБЛ (GOLD) обеспечивает постоянное совершенствование протоколов диагностики и лечения этого заболевания. ХОБЛ является обязательным разделом руководств по терапии, пульмонологии, дифференциальной диагностике легочных заболеваний. Уровень осведомленности врачей об этом заболевании растет. Одними из ключевых моментов в обосновании диагноза ХОБЛ являются

исследование функции внешнего дыхания и констатация факта сохранения отношения ОФВ1/ФЖЕЛ (индекс Тиффно) < 0,7 после применения бронходилататора [2]. Мы наблюдали пациента, у которого при первичной диагностике была предположена ХОБЛ, но дальнейшее детальное обследование позволило установить иной диагноз и избавить пациента от нарушений вентиляционной способности легких по обструктивному типу.

Описание случая

Пациент Б., мужчина 1957 г. рождения, до 2005 г. жалоб со стороны органов дыхания не предъявлял. Вел активный спортивный образ жизни, женат, двое детей. Работа инженером-судостроителем не сопровождалась воздействием вред-

ных факторов. Контакт с больными туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями он отрицал, гепатитом не болел, гемотрансфузий ранее не было. Пациент курил в течение 5 лет в возрасте 16–21 года, затем бросил. Алкоголь употреблял умеренно в праздники. Среди сопутствующих заболеваний была выявлена подагра, ранее перенес острый отит. Наследственность была не отягощена. Аллергологический анамнез обнаружил эпизоды ринита и конъюнктивита в июне. В ноябре 2005 г. после переохлаждения у него возник сильный кашель, который не проходил несколько недель. Пациент был дообследован квалифицированным терапевтом (доцентом вуза), было отмечено только жесткое дыхание. У пациента была повышена СОЭ до 19 мм/ч и имел место небольшой лейкоцитоз – 9,6 Гига/л. Спирометрия проведена не была. Был диагностирован острый бронхит и назначен амоксициллин в дозе 500 мг 3 раза в сутки на 7 дней. Все жалобы и клинические проявления болезни кушировались.

В нашу клинику больной обратился 5 октября 2010 г. Он жаловался на



кашель со слизисто-гноющей мокротой в течение двух месяцев, который связывал с перенесенной простудой в конце июля, которая не была тяжелой и не потребовала обращения к врачу. К моменту обращения пациент был обследован у терапевта по месту жительства, где вновь был диагностирован острый бронхит, по поводу которого он последовательно получал N-ацетилцистеин, амброксола гидрохлорид, фенспирид, трехдневный курс азитромицина (500 мг 1 раз в сутки). Тем не менее кашель у него не прекратился, мокрота оставалась слизисто-гноющей, что и стало поводом для обращения к пульмонологу в нашу клинику.

Пациент Б. – высокий мужчина правильного, крепкого телосложения. Кожные покровы имели нормальную окраску, периферические лимфатические узлы не были увеличены. Температура тела была нормальной. Тоны сердца были ритмичными и ясными. Пульс 76 в 1 минуту, артериальное давление на плечевой артерии 120/80 мм рт. ст., насыщение крови кислородом в покое, по данным пульсоксиметрии, 96%. При аускультации было выявлено жесткое дыхание и по всем полям легких, больше над нижними отделами, выслушивались сухие хрипы. Перкуторный звук был легочным. Живот был мягким, безболезненным; перкуторные размеры печени и селезенки были в пределах нормы. Симптом Пастернацкого был отрицательным с обеих сторон, естественные отправления были не нарушены. Пациент в августе 2010 г. проходил цифровую флюорографию, при описании которой рентгенолог отметил небольшое обогащение легочного рисунка. Была проведена спирометрия форсированного выдоха, на которой было отмечено небольшое снижение ФЖЕЛ до 3,82 л (74% от должной), более заметное снижение ОФВ1 – 2,63 л (64% от должного), а индекс Тиффно составлял 68,8%. Пиковая объемная скорость выдоха (ПОС) при этом была в пределах нормы (8,32 л/с, 88% от должной), что можно связать со спортивным образом жизни пациента, однако мгновенные объемные скорости на

уровне 25%, 50% и 75% ФЖЕЛ от начала теста были снижены и составляли 69%, 43% и 19% от должных, СОС²⁵⁻⁷⁵ также была снижена до 37% от должного значения. Проба с 400 мкг сальбутамола не привела к достоверному улучшению показателей. В клиническом анализе периферической крови СОЭ была 20 мм/час, лейкоцитоз 8,6 Гига/л, лейкоформула оставалась нормальной. На основании этих данных был выставлен диагноз ХОБЛ средней тяжести течения и были рекомендованы ингаляции тиотропия по 1 капсуле 1 раз в сутки.

22 ноября 2010 г. больной вновь обратился к пульмонологу в связи с тем, что не отметил облегчения после применения тиотропия. В течение последних 10 дней кашель усилился, мокрота стала серо-зеленой, в единичных плевках пациент заметил прожилки крови. При этом температура тела была нормальной, одышки при нагрузке он не отмечал. Больной пожаловался также, что слышит свое шумное дыхание и просыпается по ночам от свистящих хрипов и кашля, когда лежит на левом боку. При аускультации, как и прежде, были выслушаны жесткое дыхание и сухие хрипы по всем полям на выдохе. Вопреки ожиданиям (пациент получал современный бронхолитик), функция дыхания несколько снизилась, ФЖЕЛ стала 3,58 л (70%), а ПОС – 7,01 (74%). При этом индекс Тиффно увеличился до 72,3%, что поставило под сомнение наличие ХОБЛ. Дальнейшая терапия бронхолитиками без постановки окончательного диагноза становилась необоснованной. Пациенту было рекомендовано пройти рентгено-компьютерную томографию (РКТ) органов грудной клетки высокого разрешения для оценки возможной причины отрицательной динамики функциональных показателей.

26 ноября 2010 г. выполнена РКТ органов грудной клетки (рис. 1 и 2): «Грудная клетка симметричная, признаков смещения средостения нет. В правом легком без очаговых и инфильтративных изменений. В базальных отделах нижней доли левого легкого на фоне повы-

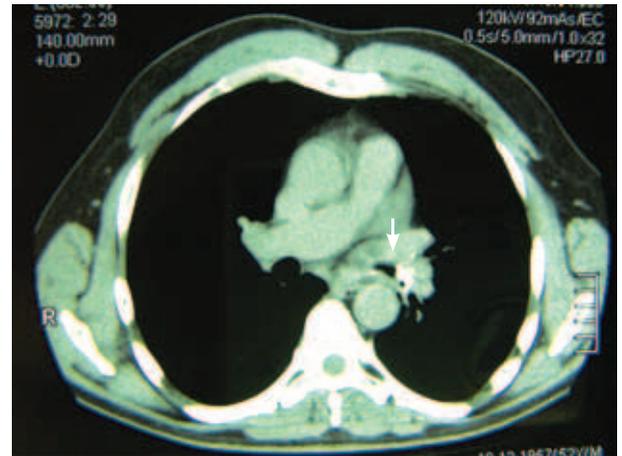


Рис. 1. РКТ больного Б. Справа в проекции корня видно инородное тело

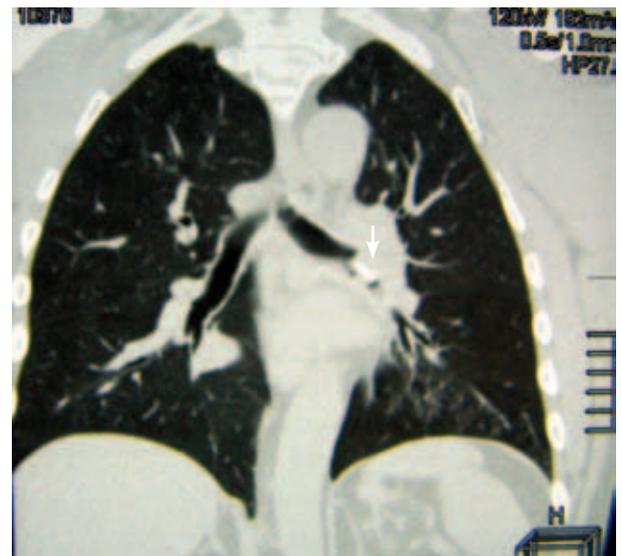


Рис. 2. РКТ больного Б. Реконструкция. Слева в нижнедолевом бронхе видно инородное тело

шенной пневматизации легочной паренхимы выявляются мелкие перибронхиальные очажки инфильтрации. Слева в проекции проксимальных отделов нижнедолевого бронха выявляется инородное тело высокой плотности 500–700 ед Н (возможно, кость). Инородное тело суживает просвет нижнедолевого бронха. Выпота в плевральных полостях не определяется, имеются плевро-диафрагмальные спайки слева. Отмечается усиление бронхососудистого рисунка в медиабазальных отделах легких. Структура средостения четко дифференцируется, патологических образований не выявлено. Визуализируются не-

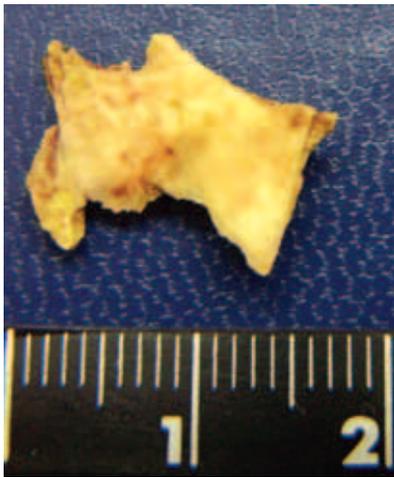


Рис. 3. Кость, извлеченная из левого нижнедолевого бронха больного Б.

многочисленные парааортальные, бифуркационные и бронхопульмональные лимфоузлы. Границы сердца не расширены. Очагов деструкции в позвонках не выявлено».

27 ноября 2010 г. с пациентом был обсужден результат РКТ, и он сообщил, что летом 2010 г. он был на отдыхе и поперхнулся. Был кашель, и больной обратился в приемный покой близлежащей больницы. Пациент был опрошен, осмотрен, прослушан, проконсультирован ЛОР-врачом. Было рекомендовано наблюдение, но поскольку кашель прошел, то пациент не связал это событие с возникшим спустя три недели длительным кашлем.

30 ноября 2010 г. проведена фибробронхоскопия: «Анестезия – лидокаин 1%. Осмотрены просветы трахеи и бронхов до 5–7-й генерации справа. Карина и бронхиальные шпоры эластичные. Рельеф хрящевых колец прослеживается. Слева просвет нижнедолевого бронха перекрыт до

щелевидного бугристыми разрастаниями красного и цианотичного цвета, с повышенной контактной кровоточивостью, среди складок которых иногда проглядывает инородное тело. Умеренно выраженная гиперемия слизистой проксимальных бронхов. Умеренное количество слизисто-гнойной мокроты на стенках бронхов с обеих сторон, преимущественно слева. Повышен кашлевой рефлекс. Под контролем экрана было захвачено щипцами и удалено инородное тело – мясная кость (которая визуальнo исчезала в грануляциях). Проведены санация, лаваж физиологическим раствором, вливание диоксида в левый нижнедолевой бронх за грануляции». Удаленная кость представлена на рисунке 3. Спустя 10 дней состояние больного стало удовлетворительным, сохранялось покашливание, мокрота стала слизистой. Функция дыхания улучшилась, ФЖЕЛ – 3,8 л, ОФВ1 – 2,8 л. Пациент в течение года к пульмонологам не обращался.

17 ноября 2011 г. после простудного заболевания больной вновь был проконсультирован в нашей клинике в связи с жалобами на покашливание. Других жалоб не было. Состояние было удовлетворительным. При аускультации дыхание было жестким, хрипов не было. Функция дыхания свидетельствовала о дальнейшем улучшении показателей, признаков бронхообструктивного синдрома не было. Динамика показателей спирограммы отражена на рисунке 4. Следует заметить, что все процедуры были выполнены в амбулаторных условиях.

Обсуждение

Аспирация инородного тела представляет собой проблему дифференциальной диагностики при работе врача как с детьми, так и со взрослыми. Инородное тело, попавшее в трахеобронхиальное дерево, вызывает эпизодический кашель, одышку и хрипы, что часто приводит к ложной диагностике бронхиальной астмы, если врач не имеет информации о возможной аспирации. Наиболее важным методом в этих ситуациях считается рентгено-

логическое обследование, а методом решения проблемы – извлечение инородного тела при бронхоскопии. При отсутствии осложнений большинство пациентов после удаления инородного тела полностью выздоравливают. Тем не менее в литературе описаны случаи, когда больные (особенно дети) носили в себе аспирированный гвоздь и получали лечение от бронхиальной астмы [3]. Инородные тела в дыхательных путях приводят не только к развитию хронического кашля и пневмонии, но также вызывают одышку и цианоз. Симптоматика при попадании инородных тел вариабельна – от банальных симптомов раздражения до необратимых изменений в бронхах и легких, которые могут угрожать жизни пациента. При поздней диагностике этого состояния воспалительные грануляции могут плотно окружить инородное тело, что создает серьезные проблемы при его извлечении [4]. Следует отметить, что инородные тела в трахеобронхиальном дереве рассматриваются среди состояний, требующих дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой и ХОБЛ [5]. В представленном случае инородное тело (кость) находилось в бронхе примерно 2 месяца. Рентгенологическое исследование (РКТ) было последним и решающим в постановке окончательного диагноза, а путь к нему лежал через отсутствие эффекта от муколитической и антибактериальной терапии на первом этапе и отсутствие эффекта от бронхолитика – на втором. Из этого наблюдения мы должны извлечь следующие уроки:

- лучевое исследование является обязательным компонентом дифференциальной диагностики ХОБЛ;
- отсутствие эффекта от современной бронхолитической терапии должно быть причиной дальнейшего обследования пациента, уточняющего причины обструкции;
- рациональная пульмонологическая помощь не требует госпитализации пациента для «пробной терапии» и даже инвазивных процедур. ☺

Литература → С. 60

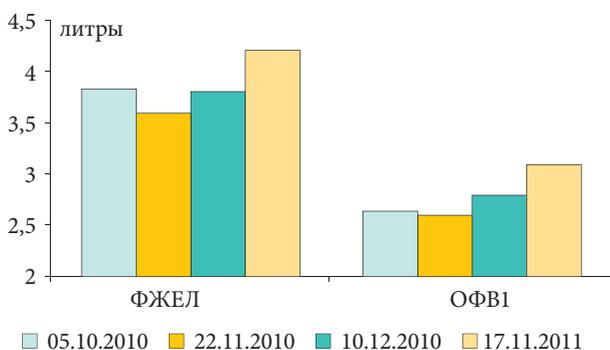


Рис. 4. Динамика параметров форсированного выдоха в течение наблюдения больного



Литература

В.В. ВИШНЯКОВ, Э.В. СИНЬКОВ

Комплексное лечение пациентов с острым риносинуситом

1. *Лопатин А.С.* Острый риносинусит. Всегда ли необходимо назначение антибиотиков? // Мед. кафедра. 2002. № 4. С. 50–54.
2. *Gwaltney J.M.* Acute community-acquired sinusitis // Clin. Infectious Disease. 1996. Vol. 23. № 6. P. 1209–1225.
3. *Wald E.R.* Management of acute bacterial sinusitis in children // Infection diseases and antimicrobial therapy of the ears? Nose and throat / J.T. Johnson, V.L. Yu, eds. 1997. P. 333–340.
4. *Дергачева В.С., Кочетков П.А., Бондарева В.Ю.* Лечение острого гайморозтмоидита Синупретом // Consilium medicum. 1999. T. 7. № 10. С. 23–24.
5. *Корпухина Н.А., Гаращенко Т.И.* Результаты применения препарата Синупрет при лечении некоторых заболеваний ЛОР-органов у детей // Тезисы VII Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2000.
6. *Дрынов Г.И., Иванюшина О.К., Пискун А.М.* Лечение респираторных вирусных инфекций у больных с аллергическими заболеваниями // Медицинская помощь. 2002. № 6. С. 19–22.
7. *Магомедов М.М., Полякова Т.С., Владимирова Е.Б.* Улучшение динамики репаративных процессов в верхнечелюстных пазухах после радикального хирургического лечения на фоне применения препаратов Синупрет и Ринофлуимуцил // Тезисы IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». М., 2002. С. 272.

В.В. ВИШНЯКОВ, А.М. КОРНИЕНКО, Р.А. КОРНИЕНКО
Обоснование выбора нейротропных комплексов Мильгамма и Мильгамма композитум при лечении нейросенсорной тугоухости

1. *Морозова С.В.* Нейросенсорная тугоухость: основные принципы диагностики и лечения // РМЖ. 2001. № 15. С. 662–663.
2. *Чистякова В.Р., Ковищенко Ю.Д.* Возможности восстановления слуха в остром периоде нейросенсорной тугоухости в детском возрасте // Лечащий врач. 1999. № 4. С. 16–18.
3. *Ших Е.В.* Витаминный статус и его восстановление с помощью фармакологической коррекции витаминными препаратами: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 36 с.
4. *Спиричев В.Б.* Витамины, витаминоподобные и минеральные вещества: справочник. М., 2004. 230 с.
5. *Корниенко А.М., Корниенко Р.А.* Применение витаминов и витаминно-минеральных комплексов в оториноларингологии // Российская оториноларингология. 2011. № 2 (51). С. 149–153.
6. *Singleton C.K., Martin P.R.* Molecular mechanisms of thiamine utilization // Curr. Mol. Med. 2001. Vol. 1. № 2. P. 197–207.
7. *Va A.* Metabolic and structural role of thiamine in nervous tissues // Cell. Mol. Neurobiol. 2008. Vol. 28. № 7. P. 923–931.
8. *Gibson G.E., Zhang H.* Interactions of oxidative stress with thiamine homeostasis promote neurodegeneration // Neurochem. Int. 2002. Vol. 40. № 6. P. 493–504.
9. *Loew D.* Pharmacokinetics of thiamine derivatives especially of benfothiamine // Int. J. of Clin. Pharmacol. and Therap. 1996. Vol. 34. № 2. P. 47–50.
10. *Луцкий И.С., Лютикова Л.В., Луцкий Е.И.* Витамины группы В в неврологической практике // Международный неврологический журнал. 2008. № 2. С. 89–93.
11. *Mooney S., Leuendorf J.E., Hendrickson C. et al.* Vitamin B6: a long known compound of surprising complexity // Molecules. 2009. Vol. 14. № 1. P. 329–351.
12. *Markle H.V.* Cobalamin // Crit. Rev. Clin. Lab. Sci. 1996. Vol. 33. № 4. P. 247–356.

13. *Mauro G.L., Martorana U., Cataldo P. et al.* Vitamin B12 in low back pain: a randomised, double-blind, placebocontrolled study // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2000. Vol. 4. № 3. P. 53–58.

Н.В. ОРЛОВА

Современные подходы к лечению бронхиальной астмы

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких (пересмотр 2007 г.) / Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина М.: Атмосфера, 2008. 100 с.
2. *Овчаренко С.И.* Бронхиальная астма: диагностика и лечение // Русский медицинский журнал. 2002. № 17. С. 766.
3. *Княжеская Н.П., Потапова М.О.* Диагностика, классификация и принципы лечения бронхиальной астмы с учетом современных рекомендаций GINA-2002 // Трудный пациент. 2003. № 3. С. 3.
4. *Мачарадзе Д.Ш.* Бронхиальная астма и остеопороз: некоторые аспекты современной терапии // Лечащий врач. 2010. № 6. С. 52–55.
5. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». 3-е изд., испр. и доп. М.: Атмосфера, 2008. 108 с.
6. *Ledford D.K.* Omalizumab: overview of pharmacology and efficacy in asthma / Expert. Opin. Biol. Ther. 2009. Vol. 9. № 7. P. 933–943.

А.А. ВИЗЕЛЬ, А.В. БОНДАРЕВ, И.Ю. ВИЗЕЛЬ
Инородное тело в левом нижнедолевом бронхе: дифференциальный диагноз с ХОБЛ

1. Top ten causes of death: fact sheet // World Health Organization. URL: http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310_2008.pdf. 2008.
2. Стандарты по диагностике и лечению больных хронической обструктивной болезнью легких (ATS/ERS, пересмотр 2004 г.) / Пер. с англ. под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2005. 96 с.
3. *Arias Cruz A., González Díaz S.N., Galindo Rodríguez G. et al.* Bronchial foreign body as a differential diagnosis for asthma. Report of a case and review of the literature // Rev. Alerg. Mex. 2002. Vol. 49. № 3. P. 95–98.
4. *Takenaka M., Hanagiri T., Ono K. et al.* Management of patients with bronchial foreign bodies // J. УОЕН. 2011. Vol. 33. № 2. P. 157–161.
5. *Friege B., Friege L., Pelz J. et al.* Bronchial asthma and chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation: preclinical differential diagnostic and emergency treatment // Anaesthesist. 2009. Vol. 58. № 6. P. 611–622.

А.А. ВИЗЕЛЬ, А.С. СОЗИНОВ, А.З. ФАРРАХОВ, Р.И. ТУИШЕВ, В.П. ПОТАНИН, Н.Б. АМИРОВ, Р.П. ГУСЛЯКОВА, И.Н. САФИН, И.Ю. ВИЗЕЛЬ, А.В. ПОТАНИН
Оказание медицинской помощи больным саркоидозом в Республике Татарстан

1. *Дауров Б.И.* Саркоидоз. М.: Оверлей, 2006. 264 с.
2. Саркоидоз: от гипотезы к практике / Под ред. А.А. Визеля. Казань: Изд-во «Фэн» Академии наук РТ, 2004. 348 с.
3. Саркоидоз: монография / Под ред. А.А. Визеля (серия монографий Российского респираторного общества; гл. ред. серии Чучалин А.Г.). М.: Атмосфера, 2010. 416 с.
4. *Hunninghake G.W., Costabel U., Ando M. et al.* Statement on sarcoidosis // Amer. J. Crit. Care Med. 1999. Vol. 160. № 2. P. 736–755.