

© Т. Б. Кучмаева, В. В. Щеглов, 2014

УДК 616-072.1-71

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09110>

ISSN – 2073-8137

РОЛЬ БРОНХОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА

Т. Б. Кучмаева, В. В. Щеглов

Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр

Сегодня, спустя более чем сто лет с тех пор как «отец бронхоскопии» Густав Киллиан впервые ввел эндоскоп в трахею и удалил у пациента аспирированную мясную кость, бронхоскопия является одним из ведущих методов диагностики и лечения заболеваний органов дыхания [5]. Бронхоскопия играет важную роль в дифференциальной диагностике хронических обструктивных заболеваний легких и нарушений проходимости трахеи и бронхов, сопровождающихся бронхообструктивным (астмоидным) синдромом [1]. В первую очередь это относится к опухолям (рис. 1, 2), инородным телам (в том числе эндогенного происхождения – бронхолитам), сдавлению извне (рис. 3) и рубцовым стриктурам трахеи и крупных бронхов, при которых рентгенологическая симптоматика может полностью отсутствовать, а клиническая картина весьма напоминать приступ бронхиальной астмы [2, 5, 7].

Среди показаний к диагностической бронхоскопии также следует назвать резистентный к терапии кашель, не поддающийся лечению в течение как минимум одного месяца, причина которого при этом остается неясной [2, 4, 5].

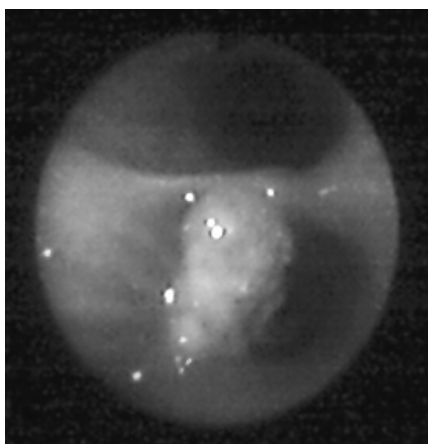


Рис. 1. Рак правого главного бронха

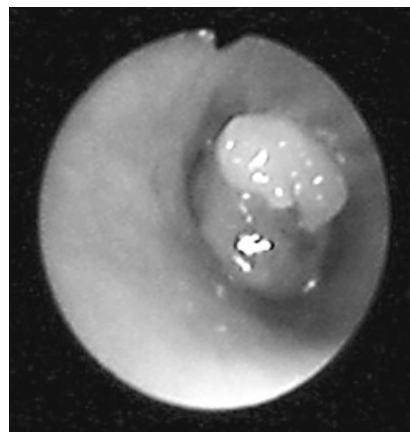


Рис. 2. Полиповидное образование бронха

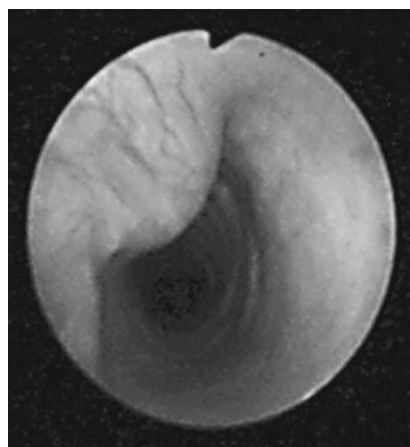


Рис. 3. Сдавление трахеи извне

По данным В. Т. Михно и соавт. [4], из 42 пациентов с затяжным течением пневмонии при выполнении бронхоскопии злокачественные новообразования бронхов были выявлены у 31 (73,8 %), периферический рак легкого, подтвержденный трансбронхиальной биопсией – у 6 пациентов (14,2 %), аденома бронхов – у 3 больных (7,1 %), инородное тело бронхов – у 1 (2,4 %). У одного пациента (2,4 %) выявлена гипоплазия бронхов. Другую группу составили 18 больных с обострением хронической обструктивной болезни легких. В этой группе врожденные аномалии развития выявлены у 7 (38,9 %), инородные тела у 3 (16,7 %), злокачественные новообразования бронхов – у 6 пациентов (33,3 %). У двух (11,1 %) выявлены

Кучмаева Татьяна Борисовна, кандидат медицинских наук, врач-пульмонолог Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра; тел.: 89097597787, 89187414544; e-mail: skkdc@skkdc.ru

Щеглов Владимир Викторович, врач-эндоскопист Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра; тел.: 89283212444

аденомы бронхов. Третья группа состояла из 9 пациентов с диагнозом бронхиальная астма. У 5 из них (55,6 %) выявлена трахеобронхиальная дискинезия, у четверых (44,4 %) – новообразования.

Покажем необходимость выполнения бронхоскопии с целью дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома на примере собственного наблюдения.

Пациент К., 55 лет, был направлен на консультацию к пульмонологу участковым терапевтом с диагнозом «хронический обструктивный бронхит» в связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии. Предъявлял жалобы на кашель, чаще приступообразный, с выделением небольшого количества слизистой мокроты, затрудненное дыхание, одышку, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, дистанционно слышимые хрипы в грудной клетке, учащенное сердцебиение, общую слабость.

Из анамнеза: заболел остро, заболевание ни с чем не связывает, отмечает возможную связь с переохлаждением. По назначению участкового терапевта получил несколько курсов антибактериальной терапии, ингаляции с бронхолитиками через небулайзер без улучшения самочувствия. Курильщик с 35-летним стажем, курит до 30 сигарет в сутки. Из хронических заболеваний отмечает гипертоническую болезнь 2 стадии.

При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Зев и задняя стенка глотки не гиперемированы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Границы сердца расширены влево на 0,5 см. Тоны умеренно приглушены, ритм правильный. Пульс 80 ударов в минуту. АД – 200/100 мм рт. ст. Перкуторно над легкими – легочной звук, аускультативно дыхание везикулярное, рассеянные сухие хрипы. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Рентгенография легких выполнена в поликлинике по месту жительства – признаки бронхита.

В общем анализе крови лейкоцитов $15,43 \times 10^9/\text{л}$, лейкоформула без особенностей, эритроциты $5,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 165 г/л, тромбоциты $204 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 19 мм/час.

Спирография: ЖЕЛ – 79 % от должного, ОФВ₁ – 72 %, индекс Тифно – 71,4 %, МОС₂₅ % – 52 %, МОС₅₀ – 49 %, МОС₇₅ % – 63 %. После пробы с саль-

бутамолом 400 мг прирост ОФВ₁ составил 5,8 %.

Компьютерная томография легких с контрастированием. Нижняя доля правого легкого уменьшена в объеме. В просвете нижнезонального бронха определяется неоднородное мягкотканное содержимое, в легочной ткани S₇ мелкие центрилобулярные очаги и снижение пневматизации по типу матового стекла. В верхнем язычковом сегменте верхней доли левого легкого – участок локального фиброза. В остальном легкие без признаков инфильтрации и очаговых изменений. Корни легких структурные без дополнительных образований и увеличенных лимфатических узлов. Выпота в плевральных полостях не выявлено. Заключение: признаки эндобронхиального процесса в нижнезональном бронхе справа, дифференцировать воспалительный и эндобронхиальный объемный (учитывая уменьшение доли) процесс.

Фибробронхоскопия. Голосовая щель и трахея не изменены. Карина острая, подвижная. Устья бронхов 1–5 порядка округлые, слизистая бронхов правого легкого гиперемирована, сосудистый рисунок смазан. Шпоры бронхов острые, подвижные. Секрет слизистый, в небольшом количестве. Справа в устье В₉ выявлено инородное тело (горошина), которое фрагментарно удалено. Через один месяц при контрольном осмотре жалоб не предъявлял, признаков бронхообструкции не выявлено.

Таким образом, пациенту с наличием бронхообструктивного синдрома и длительным стажем курения был ошибочно установлен диагноз – хронический обструктивный бронхит. Учитывая острое начало заболевания, отсутствие эффекта от проводимой терапии бронхолитиками и антибиотиками, изменения в общем анализе крови, была выполнена компьютерная томография легких, которая однако также не позволила установить окончательный диагноз. При выполнении бронхоскопии в бронхе В₉ справа выявлено инородное тело (горошина). Через месяц после удаления инородного тела из бронха пациент был здоров.

Приведенное наблюдение свидетельствует, что во всех случаях бронхообструктивного синдрома и длительного кашля, не купирующихся медикаментозно, показано выполнение бронхоскопического исследования, нередко выявляющего патологию в крупных дыхательных путях.

Литература

1. Бобков, Е. В. Основные симптомы респираторных заболеваний и их лечение / Е. В. Бобков, В. Н. Абросимов // Пульмонология: нац. руководство / под ред. А. Г. Чучалина. – М.: GEOTAR-Медиа, 2013. – С. 119–142.
2. Даниляк, И. Г. Бронхообтурационный синдром / И. Г. Даниляк. – М.: Ньюдиамед, 1996. – 34 с.
3. Клячкина, И. Л. Лечение нетяжелых обострений хронической обструктивной болезни легких / И. Л. Клячкина, Ю. К. Дмитриев // Клиническая медицина. – 2012. – № 3. – С. 79–82.
4. Михно, В. Т. Роль бронхоскопии в диагностике бронхолегочной патологии / В. Т. Михно, Д. С. Губанов, Н. Е. Моногарова, В. В. Закомолдин // Украинский журнал малоинвазивной эндоскопической хирургии. – 2000. – Т. 4, № 2. – С. 60–64.
5. Овчинников, А. А. Эндоскопическая диагностика и терапия хронического обструктивного бронхита / А. А. Овчинников // Хронические обструктивные болезни легких / под ред. А. Г. Чучалина. – БИНОМ, 1998. – С. 423–435.
6. Хофер, М. Компьютерная томография. Базовое руководство / М. Хофер. – 2-е изд. – М.: Мед. лит., 2008. – 232 с.

- Чернеховская, Н. Е. Хронические обструктивные болезни легких / Н. Е. Чернеховская, И. В. Ярема. – М.: РМАПО, 1998. – 148 с.
- Чернеховская, Н. Е. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания / Н. Е. Чернеховская, Г. Г. Федченко, В. Г. Андреев. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс, 2011. – 242 с.

References

- Bobkov E. V., Abrosimov V. N. Osnovnye simptomnyye respiratornykh zabolevaniy i ikh lecheniye. Pulmonologiya: nats. rukovodstvo pod redaktsiyey A. G. Chuchalina. – М.: «GEOTAR-Media»; 2013. P. 119-142.
- Danilyak I. G. Bronkhoobturatsionny sindrom. – М.: «Nyudiamed». 1996. 34 p.
- Kljachkina I. L., Dmitriev Ju. K. *Klinicheskaja medicina. – Clinical medicine.* 2012;3:79-82.
- Mihno V. T., Gubanov D. S., Monogarova N. E., Zakomoldin V. V. *Ukrainskij zhurnal maloinvazivnoj jendoskopicheskoj hirurgii. – Ukrainian journal of minimally invasive endoscopic surgery.* 2000;4(2):60-64.
- Ovchinnikov A. A. Jendoskopicheskaja diagnostika i terapija hronicheskogo obstruktivnogo bronhita. Hronicheskie obstruktivnye bolezni legkih: pod red. A. G. Chuchalina. – BINOM; 1998. P. 423-435.
- Hofer M. Kompyuternaya tomografiya. Bazovoye rukovodstvo. 2-e izd. – М.: «Med. lit.»; 2008. 232 p.
- Chernekhovskaya N. E., Yarema I. V. Khronicheskiye obstruktivnye bolezni legkih. М.: «РМАПО»; 1998. 148 p.
- Chernekhovskaya N. E., Fedchenko G. G., Andreyev V. G. Rentgeno-endoskopicheskaya diagnostika zabolevaniy organov dykhaniya. 2-e izd. М.: «MEDpress»; 2011. 242 p.

РОЛЬ БРОНХОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА Т. Б. КУЧМАЕВА, В. В. ЩЕГЛОВ

Представлен клинический случай бронхообструктивного синдрома и длительного кашля у больного с инородным телом бронха. На примере клинического случая показана необходимость выполнения бронхоскопического исследования во всех случаях бронхообструктивного синдрома и длительного кашля, не купирующихся медикаментозной терапией.

Ключевые слова: бронхообструктивный синдром, инородное тело бронха

THE ROLE OF BRONCHOSCOPY IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BRONCHIAL OBSTRUCTION SYNDROME KUCHMAYEVA T. B., SHCHEGLOV V. V.

The clinical case of syndrome of bronchial obstruction and protracted cough in a patient with a foreign body in the bronchial tube is presented.

On the example of clinical case the authors show the necessity of implementation of bronchoscopic research for all cases of syndrome of bronchial obstruction and protracted cough, which are not stopped by medication therapy.

Key words: bronchoobstructive syndrome, bronchial foreign body

© Э. Б. Арушанян, 2014
УДК 612.397:611-018.74:577.17
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09111>
ISSN – 2073-8137

ЭСТРОГЕННЫЕ ГОРМОНЫ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Сообщение 1. Эстрогены и метаболический синдром

Э. Б. Арушанян

Ставропольский государственный медицинский университет

Недостаточная выработка эстрогенных гормонов яичниками сопровождается у женщин целым комплексом соматических расстройств. К ним относятся различные проявления эндотелиальной дисфункции, в число которых входит метаболический синдром (МС). Ожирение в виде его основного внешнего проявления, превращающееся в развитых странах мира в некую эпидемию XXI века, в свою очередь провоцирует распространение тяжёлой эндокринной патологии типа сахарного диабета и увеличивает

риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Происхождение МС у женщин, безусловно, определяется множеством факторов, среди которых возраст, расовая и национальная принадлежность, стиль жизни, пищевой рацион, но именно дефициту эстрогенов в генезе данной патологии зачастую отводят ведущую роль. На этом основании представляется чрезвычайно актуальным, опираясь на современные данные, обсудить вклад овариальных эстрогенов в генез и ограничение МС.

Нарушения метаболизма жиров при МС. Для МС при эстрогенной недостаточности наиболее типична масштабная дезорганизация липидного и сопряженного с ним углеводного обмена веществ. Коль скоро нарушениям жиров

Арушанян Эдуард Бениаминович, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой фармакологии Ставропольского государственного медицинского университета;
тел.: (8652)353429; e-mail: eduard.arush@mail.ru