

© Коллектив авторов, 2015
УДК 616.233-003.6-07-089

А. Л. Акопов, В. П. Молодцова, И. В. Чистяков, А. А. Ильин, М. А. Васильева

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НЕДИАГНОСТИРОВАННОГО ИНОРОДНОГО ТЕЛА БРОНХА

НИИ хирургии и неотложной медицины (дир. — академик РАН проф. С. Ф. Багненко), ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

Ключевые слова: бронхоскопия, инородное тело трахеобронхиального дерева, билобэктомия

Введение. Существенные трудности для диагностики и лечения представляют незамеченные при аспирации инородные тела бронхов, так как нередко у больных отсутствуют характерные анамнестические данные [3]. В таких наблюдениях диагностика инородного тела имеет место после развития осложнений: хронического бронхита, бронхиальной астмы, бронхоэктазов, абсцесса легкого и др. [1, 2].

Чаще всего аспирация инородных тел встречается у детей младше двух лет [7, 8]. Незамеченные инородные тела являются следствием повышенной подвижности в этом возрасте, склонности детей брать предметы в рот, попытки говорить во время еды. Инородные тела бронхов чаще не рентгеноконтрастны [4, 6], в связи с чем заподозрить его наличие можно в большинстве наблюдений только при бронхоскопии.

«Золотым» стандартом диагностики и извлечения инородного тела из бронхов является бронхоскопия. Поэтому успех ранней диагностики зависит от применения бронхоскопии на начальном этапе обследования больных с воспалительными заболеваниями легких, маскирующими давно аспирированные инородные тела бронхов [5].

Попадая в бронхиальное дерево, инородные тела чаще локализуются в бронхах правого легкого [1, 3, 8]. Одной из основных причин, определяющих характер изменений в легочной ткани после попадания инородного тела в бронх, является соотношение диаметров бронха и инородного тела. Длительное нахождение инородного тела в дыхательных путях вызывает патологические изменения: отек слизистой оболочки, образование

грануляций, что, в свою очередь, иногда приводит к окклюзии бронха.

Приводим случай редкого наблюдения интрамурально расположенного, незамеченного на протяжении 25 лет инородного тела правого нижнедолевого бронха.

Пациент А., 26 лет, в марте 2013 г. обратился за консультацией к торакальному хирургу ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова с предварительным диагнозом «бронхоэктазы средней и нижней долей правого легкого». Жалобы: периодический подъем температуры тела до субфебрильных значений, кашель с гнойной мокротой на протяжении последних 2 мес. В течение последней недели в мокроте появились прожилки крови. Болен с годовалого возраста, когда перенес тяжелую острую пневмонию, после чего отмечал ежегодные многократные обострения. Обследовали и лечили по месту жительства на юге Казахстана. Выполняли рентгенографию органов грудной клетки, консультирован ЛОР-врачом, находился на диспансерном учете и лечении у пульмонолога. В связи с отсутствием положительной динамики рекомендовано сменить место жительства из-за засушливого климата. В последующем было отмечено субъективное улучшение в виде сокращения частоты обострений, уменьшения приступов кашля, которые стали беспокоить реже — только в весенне-осенний период года. Проводили ежегодное динамическое наблюдение. В возрасте 9 лет в Таджикистане выполнена бронхоскопия, по результатам которой высказано предположение о бронхоэктазах нижней доли правого легкого. Рекомендовано оперативное лечение в более зрелом возрасте.

В дальнейшем пациент занимался спортом, обострения заболевания имели место реже. Поступил в университет в г. Екатеринбурге, после окончания которого переехал в Санкт-Петербург. В 2012 г. обратил внимание на учатившиеся острые бронхиты — до трех раз в год. За медицинской помощью не обращался.

В марте 2013 г. выполнена рентгенограмма органов грудной клетки в двух проекциях (рис. 1, а, б), на которых выявлена повышенная прозрачность легочных полей с обеднением легочного рисунка. Нижняя доля правого легкого уменьшена в объеме.

Сведения об авторах:

Акопов Андрей Леонидович (e-mail: akopovand@mail.ru), Молодцова Валентина Павловна (e-mail: molodtsova@mail.ru),

Чистяков Иван Владимирович (e-mail: iofann@yandex.ru), Ильин Андрей Андреевич (e-mail: andrewilyin@icloud.com),

Васильева Мария Алексеевна (e-mail: vasilek.87@mail.ru), НИИ хирургии и неотложной медицины,

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Рентгена, 12

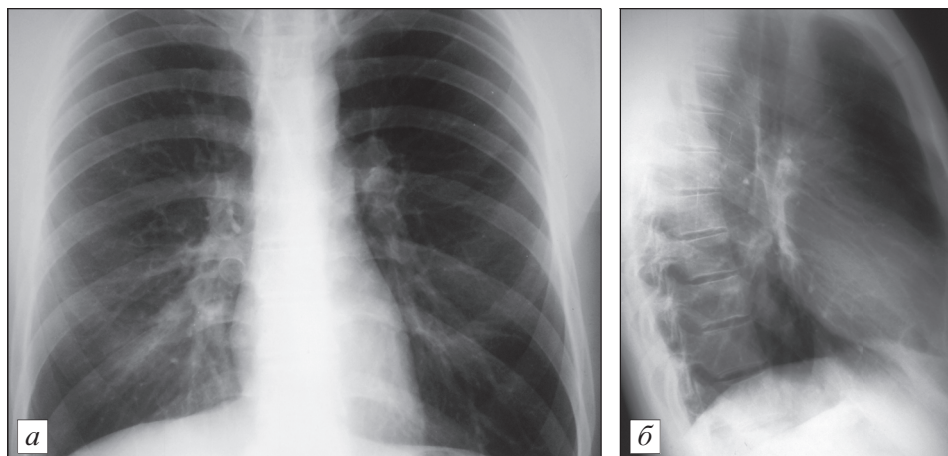


Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки пациента А., 26 лет, прямая (а) и боковая (б) проекция

Элементы бронхососудистого рисунка сближены между собой, прослеживаются утолщенные стенки сегментарных бронхов в проекции базальных сегментов с расширением их просветов. Крупноочечистая деформация легочного рисунка в прикорневом отделе правого легкого (предположительно в проекции S_{V1}). Корни легких не расширены, структурны. Низко расположена диафрагма. Сердечная тень в размерах не увеличена. **Заключение:** рентгенологические признаки бронхоэктазов нижней доли правого легкого.

Бронхофиброскопия 05.03.2013 г. — амбулаторно (рис. 2). В трахее и бронхах левого легкого патологических изменений не выявлено. Бронхи правого легкого: слизистая оболочка и конфигурация устьев, просветов главного, верхнедолевого и промежуточных бронхов без патологических изменений. Устье нижнедолевого бронха облитерировано грубым звездчатым рубцом в виде «перетяжек» с множественными углублениями диаметром 0,25 мм, откуда при кашле появляется скудное количество крови.

Устье среднедолевого бронха смещено медиально и дистальнее, в его просвете определяется умеренное количество гнойного содержимого, поступающее повторно после аспирации, преимущественно из устья V_4 . **Заключение:** нельзя исключить наличие бронхолита, прилежащего к стенке рубцово-измененного нижнедолевого бронха, в результате возможно перенесенного туберкулезного бронхоаденита (в детстве) с кальцинозом бронхопюльмонального лимфатического узла либо интрамурально расположенного, не диагностированного инородного тела.

После консультации фтизиатра туберкулез был исключен. При детальном сборе анамнеза выяснилось, что в возрасте 1 года пациент предположительно поперхнулся пищей (пловом с мелкими костными фрагментами). Асфиксии при этом не наблюдалось, хотя длительное время у ребенка был кашель, он перенес тяжелую пневмонию с частыми ежегодными обострениями на протяжении последующих 25 лет.

Учитывая отсутствие эффекта от консервативной терапии, значительный объем поражения, кровохарканье, рекомендовано выполнение мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки. От госпитализации больной отказался, сославшись на семейные обстоятельства.

В январе 2015 г. у пациента развился повторный эпизод кровохарканья, он был госпитализирован в торакальное отде-

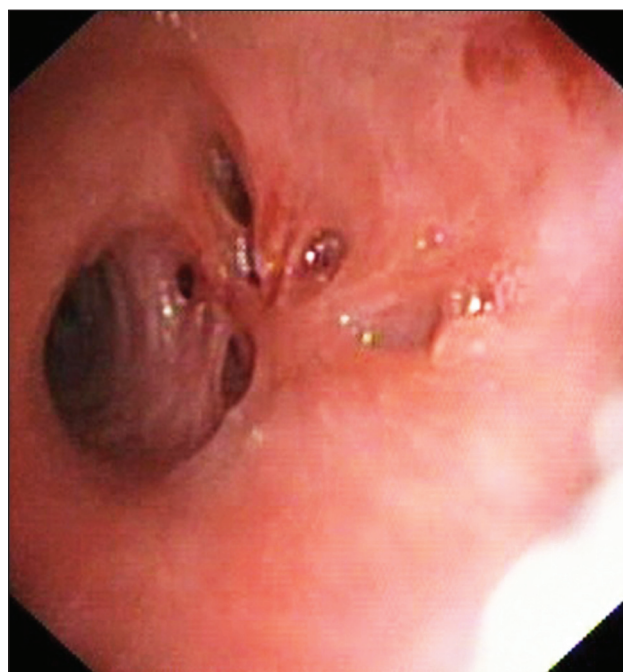


Рис. 2. Эндоскопическая картина.

Устье нижнедолевого бронха облитерировано грубым звездчатым рубцом в виде «перетяжек» с множественными углублениями диаметром 0,25 мм, откуда при кашле появляется скудное количество крови. Устье среднедолевого бронха смещено медиально и дистальнее

ление НИИ хирургии и неотложной медицины. Выполнена видеобронхоскопия 19.01.2015 г. Эндоскопическая картина не изменилась, кроме поступления свежей крови из области рубцово-облитерированного нижнедолевого бронха. Выполнена санация с аспирацией крови и гнойного содержимого из среднедолевого бронха с последующим эндобронхиальным введением 4 мл этамзилата. Кровотечение прекратилось. После бронхофиброскопии в январе 2015 г. выполнена МСКТ органов грудной клетки (рис. 3, а, б): в просвете правого нижнедолевого бронха определяется наличие плотной тени (кальцинат?, инородное тело?) до 10 мм, стенка бронха на этом уровне утолщена и деформирована.

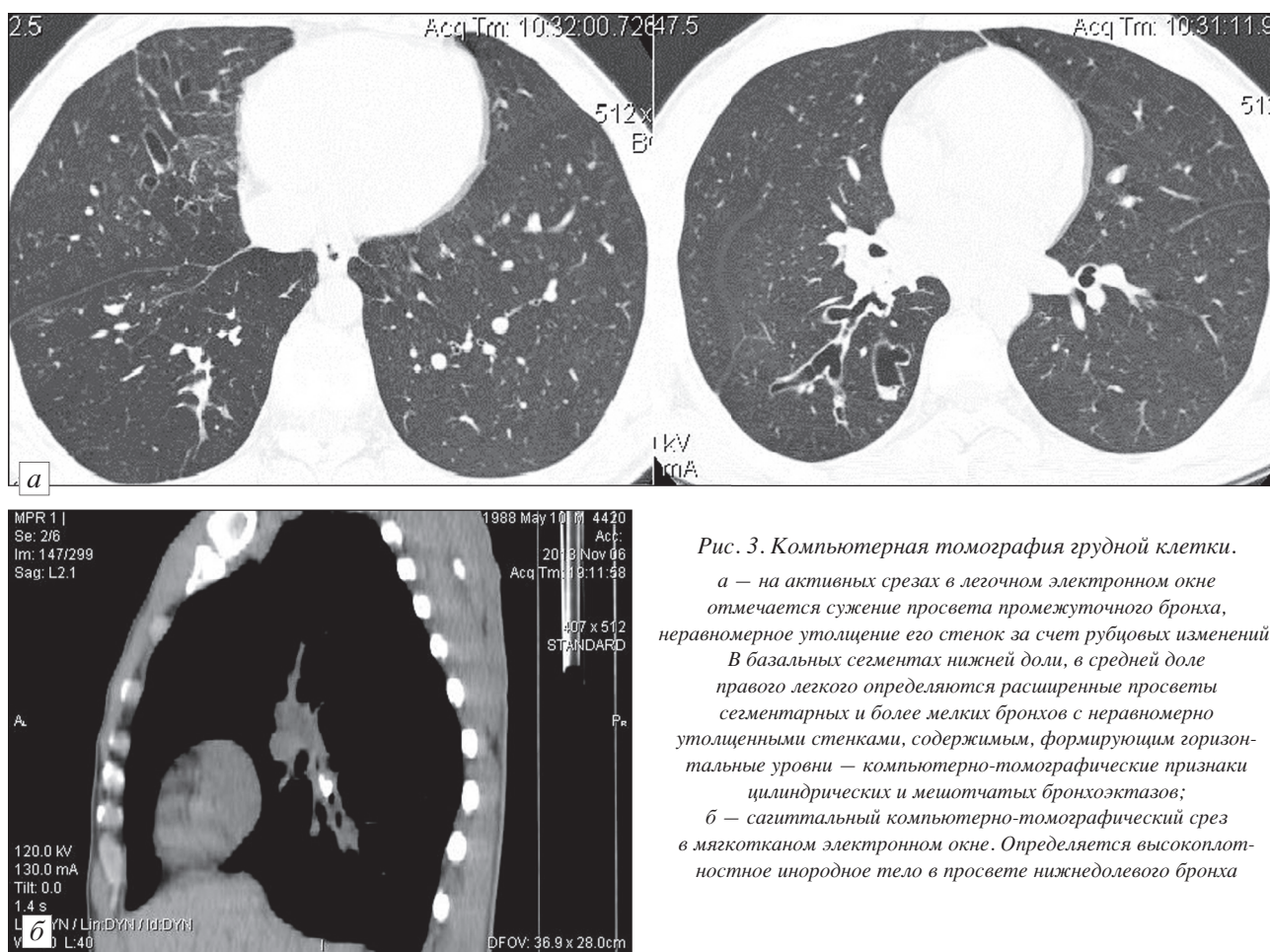


Рис. 3. Компьютерная томография грудной клетки.

а — на активных срезах в легочном электронном окне отмечается сужение просвета промежуточного бронха, неравномерное утолщение его стенок за счет рубцовых изменений. В базальных сегментах нижней доли, в средней доле правого легкого определяются расширенные просветы сегментарных и более мелких бронхов с неравномерно утолщенными стенками, содержащим, формирующим горизонтальные уровни — компьютерно-томографические признаки цилиндрических и мешотчатых бронхоэктазов; б — сагиттальный компьютерно-томографический срез в мягкотканом электронном окне. Определяется высокоплотное инородное тело в просвете нижнедолевого бронха

Просвет промежуточного бронха деформирован, устье B_{VI} достоверно не визуализируется. Незначительное уменьшение в объеме нижней доли правого легкого, отмечается расширение бронхов базальной пирамиды справа с формированием цилиндрических и мешотчатых бронхоэктазов. Стенки бронхов в описанной выше области неравномерно утолщены, в части выявляется жидкостное содержимое, формирующее горизонтальный уровень. Аналогичные по характеру изменения, меньшие по протяженности и выраженности имеют место в средней доле правого легкого. В остальных отделах легких свежих очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Заключение: компьютерно-томографические признаки инородного тела в просвете нижнедолевого бронха, рубцовых изменений в промежуточном бронхе, цилиндрических и мешотчатых бронхоэктазов в нижней и средней долях правого легкого.

Больному назначена гемостатическая, антибактериальная терапия — отмечена положительная динамика: купирован кашель, прекратилось кровохарканье. Учитывая анамнез, рецидивирующий характер кровохарканья, данные бронхофиброскопии, компьютерной томографии, рекомендовано оперативное лечение.

22.01.2015 г. выполнена операция: правосторонняя нижняя билобэктомия. На разрезе препарата легкого в стенке окклюзированного нижнедолевого бронха обнаружена кость размером 1,0×0,5 см (фрагмент бараньей реберной косточки) (рис. 4). Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удалены в срок. Пациент выписан на 7-е сутки

в удовлетворительном состоянии. При обследовании через 6 мес жалоб не предъявляет. На контрольной рентгенограмме легких через 6 мес легкие расправлены, признаков наличия жидкости и воздуха не определяется.

Наиболее опасны инородные тела органического происхождения. При рентгенологическом исследовании они определяются лишь у 10% пациентов [3]. Нередко при отсутствии типичных рентгенологических признаков врачи отказываются от бронхоскопии, если нет четких анамнестических указаний на возможность аспирации. В представленном случае с учетом ретроспективного опроса удалось установить приблизительный момент аспирации инородного тела, хотя при бронхоскопии, выполненной у больного в 9-летнем возрасте, наличие инородного тела в бронхах не было даже заподозрено. Рентгенологически диагноз инородного тела не был своевременно установлен из-за отсутствия его рентгеноконтрастности. МСКТ органов грудной клетки позволяет обнаружить инородное тело в большинстве наблюдений, хотя компьютерно-томографическая картина бронхоэктазов имеет много общего с изображением рентгеноконтрастных инородных тел. Выявление предполагаемого бронхоэктаза в стенке бронха или инородного тела при бронхоскопии затруднено, так как вокруг инородного тела развивается грануляционная ткань. В данном случае грануляции отсутствовали, наблюдалась лишь резко выраженная рубцовая облитерация устья нижнедолевого бронха. Кровь в области рубцовой деформации могла быть вызвана прилежащим, интрамурально расположенным бронхоэктазом. Фтизиатр не подтвердил специфическую природу заболевания. За длительный период

после аспирации инородного тела в бронхиальное дерево возникает стенозирование просвета бронха, что часто затрудняет эндоскопическое выявление и может служить основанием для ошибочного заключения (туберкулез, аномалии развития) [1]. При рентгенологическом обследовании у маленьких детей (1–2 года) картина в большинстве случаев бывает без патологии или частыми признаками являются изменения дистального отдела легкого за инородным телом [8].

Таким образом, анализ клинических, рентгенологических, МСКТ и бронхоскопических данных нашего пациента показал, что при незамеченном инородном теле бронха с длительным сроком (25 лет) от момента аспирации патологический процесс в легких протекал под маской различных легочных заболеваний (хронический бронхит, бронхоэктазы). Ведущим методом диагностики и лечения инородных тел бронхов являются бронхоскопия и МСКТ, которые должны проводиться на начальном этапе обследования больных с частыми обострениями заболеваний легких, под маской которых может скрываться инородное тело бронхов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Лукомский Г.И., Овчинников А.А. Эндоскопия в пульмонологии: Руководство по клинической эндоскопии / Под ред. акад. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского. М.: Медицина, 1985. С. 348–468.
2. Неймарк И.И., Норкайтис Ю.К. О хронических нагноительных процессах лёгких, вызванных длительным нахождением инородных тел в бронхах // Тер. арх. 1977, № 7. С. 128–131.
3. Штейнер М.Л. Случай инородного тела правого верхнедолевого бронха // Практическая мед. 2013. № 5. С. 159–161.



Рис. 4. Операционный препарат (кость размером 1,0×0,5 см, фрагмент бараньей реберной косточки)

4. Bist S.S., Varshney S., Kumar R., Saxena R.K. Neglected bronchial foreign body in an adult // J. Science. 2006. Vol. 8, № 4. P. 222–224.
5. Fener H., Schawohl P. Die nicht erkrankten chronischen bronchialen freckorner und ihre komplikationen // Z. Erkr. Atm. 1974. Bd. 140. S. 119–125.
6. Goyal R., Nayar S., Gogia P., Garg M. Extraction of tracheobronchial foreign bodies in children and adults with rigid and flexible bronchoscopy // J. Bronchology Interventional Pulmonology. 2012. Vol. 19, № 1. P. 35–42.
7. Singh A., Kaur M. Recurrent pneumonitis due to tracheobronchial foreign body in an adult // J. Indian Acad. Clin. Med. 2007. Vol. 8, № 3. P. 242–244.
8. Swanson K.L., Prakash U.B.S., Midthum D.E. et al. Flexible bronchoscopic management of airway foreign bodies in children // Chest. 2002. Vol. 121. P. 1695–1700.

Поступила в редакцию 20.05.2015 г.