

DOI 10.25789/YMJ.2018.61.26

УДК 616.1

А.С. Коростелев, А.В. Булатов, С.С. Анисимов, А.Ф. Потапов,
П.И. Захаров, А.А. Иванова**ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛЫХ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
У БОЛЬНОГО С ИБС ПОСЛЕ ШУНТИ-
РУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ**

Представлен клинический случай тяжелых послеоперационных осложнений с эпизодом клинической смерти у больного с ишемической болезнью сердца после шунтирующей операции. Комплексная интенсивная терапия, включавшая вазопрессорную и инотропную поддержку гемодинамики, активную респираторную терапию, эфферентные методы детоксикации, позволила успешно справиться со всеми осложнениями, стабилизировать состояние больного, восстановить функции органов и систем, добиться выздоровления пациента.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, аортокоронарное, маммарокоронарное шунтирования, острая почечная недостаточность, пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение, геморрагический шок, острый респираторный дистресс-синдром.

The article presents a clinical case of severe postoperative complications with a clinical death episode in a patient with coronary artery disease after a bypass surgery.

A comprehensive intensive therapy, including vasopressor/inotropic hemodynamic support, aggressive respiratory therapy, efferent methods of detoxification, resulted in successful management of all the complications, stabilization of the patient's condition, restoration of the functions of organs and systems and recovery of the patient.

Keywords: coronary artery disease, coronary artery and mammary coronary bypass surgeries, acute kidney injury, esophageal-gastro-intestinal bleeding, hemorrhagic shock, acute respiratory distress syndrome.

Введение. Несмотря на высокую эффективность шунтирующих операций в лечении ишемической болезни сердца (ИБС), эти операции сопряжены с большим риском развития ряда осложнений, в числе которых: тромбозы [8], кровотечения [3], инфаркт миокарда [6], острое повреждение почек (ОПП) [5], острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) [1] и инфекционные осложнения [7]. При этом осложнения в периоперационном периоде наиболее часто встречаются у лиц, страдающих сахарным диабетом, избыточной массой тела, хроническими заболеваниями легких и почек [2]. Применение в ходе операции искусственного кровообращения (ИК), а также антиагрегантной и антикоагулянтной терапии может инициировать нарушения свертывающей системы крови с выраженной тромбоцитопенией и развитие геморрагического синдрома.

Цель работы – анализ тяжелых послеоперационных осложнений с эпизодом клинической смерти, развившихся у больного с ИБС после аортокоронарного и маммарокоронарного шунтирования.

Материалом исследования явился клинический случай интенсивной терапии у пациента с диагнозом:

Основной: ИБС. Стенокардия напряжения 3 ФК. ПИКС от 06.09.07 г. Коронаросклероз. Состояние после стентирования передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии (ЛКА) от 2007 г., транскатетерной баллонной ангиопластики (ТЛБАП) и стентирования правой коронарной артерии (ПКА) от 2012 г.

Сопутствующий: Сахарный диабет 2-го типа в стадии декомпенсации. Диабетические ретинопатия ОУ, нефропатия, полинейропатия. Ожирение II степени, индекс массы тела (ИМТ) – 42, андронидный тип. Дислипидемия. Гипертоническая болезнь III ст. Артериальная гипертензия 3 ст. риск ССО4. Папиллярная аденокарцинома левой доли щитовидной железы Т3N0M0. Состояние после радикальной стромэктомии от 2012 г.

Клиническое наблюдение. Больной М., 58 лет, поступил 11.01.2016 г. в кардиохирургическое отделение РБ №1-НЦМ РС(Я) для планового обследования и определения лечения ИБС.

Жалобы при поступлении: одышка, чувство жжения за грудиной при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстояние до 50 м, подъем на

1 этаж), повышение АД, пелена перед глазами.

Из анамнеза известно, что больной страдает ИБС с 2007 г., когда впервые стали беспокоить ангинозные боли при умеренной физической нагрузке. В том же году перенес инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка с формированием зубца Q. При обследовании была выявлена окклюзия со стенозом коронарных артерий, в связи с чем выполнено стентирование средней трети передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) и правой коронарной артерии. В 2015 г. вследствие рестеноза выполнено стентирование ПКА.

Из сопутствующих заболеваний отмечаются: артериальная гипертензия с максимальным значением систолического АД до 230 мм рт. ст. (с 2010 г.) – проводимая антигипертензивная терапия неэффективна; хронический калькулезный холецистит.

Объективный статус: Состояние средней степени тяжести. В сознании.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, t тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Повышенный тип питания, гиперстеник, рост 160 см, вес – 105 кг (ИМТ – 42). Периферические лимфоузлы не увеличены.

В легких дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет, частота дыхания 18 в мин.

Тоны сердца приглушенные, ритмичные, частота сердечных сокращений 68 в мин. АД 140/82 мм рт.ст.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет

ГАУ РС(Я) «РБ №1-Национальный центр медицины»: **КОРОСТЕЛЕВ Александр Сергеевич** – врач анестезиолог-реаниматолог, bezbazaroff@inbox.ru, **БУЛАТОВ Алквяд Валентинович** – к.м.н., зав. отд. АРИИТ (кардиологическое), **АНИСИМОВ Сергей Степанович** – врач анестезиолог-реаниматолог, **ЗАХАРОВ Петр Иванович** – д.м.н., гл. внештат. спец. по сердечно-сосудистой хирургии, руковод. отдела сердечно-сосудистой хирургии, зав. отд., **ПОТАПОВ Александр Филиппович** – д.м.н., зав. кафедрой ФПОВ Медицинского института ФГАОУ ВПО «СВФУ им. М.К. Аммосова», **ИВАНОВА Альбина Аммосовна** – д.м.н., доцент МИ СВФУ.

подкожно-жировой клетчатки. Печень по краю реберной дуги. Стул оформленный, без патологических примесей.

Диурез адекватный. Периферических отеков нет.

03.02.16 г. в условиях ИК и фармакохолодовой кардиоплегии под комбинированным эндотрахеальным наркозом выполнено аортокоронарное шунтирование (АКШ) ПКА, огибающей артерии (ОА), маммарокоронарное шунтирование (МКШ) передней нисходящей артерии (ПНА). Длительность операции составила 04 ч 35 мин, длительность наркоза – 05 ч 35 мин.

Течение общего обезболивания – ингаляционный низкопоточный наркоз Супраном (0,2-4,0 об%) с центральной анальгезией Фентанилом (5-10 мкг/кг), без особенностей. Антеградная кардиоплегия раствором Кустодиола 2000 мл, охлажденным до +6°C, давление в аорте около 100 мм рт.ст., асистолия на 2-й мин. Время ИК – 02 ч 31 мин, время пережатия аорты – 01 ч 39 мин. Расчетная объемная скорость перфузии – 5,28 мл/мин, среднее системное АД (САД) во время ИК – 62/57 мм рт.ст., аппаратное давление в контуре артериальной магистрали ИК 130-140 мм рт.ст. выполнено в условиях гипотермии до 34,0°C. На протяжении ИК парциальное давление PaO_2 , $PaCO_2$ и SvO_2 а также показатели кислотно-основного состояния в пределах нормальных значений.

По окончании основного хирургического этапа операции, после согревания организма до 36,1°C, восстановлена сердечная активность, выполнена внешняя стимуляция сердца, после чего развилась фибрилляция желудочков. Ритм восстановлен с помощью дефибрилляции разрядом 50 Дж на открытом сердце. Противоаритмическая терапия: Лидокаин 1 мг/кг, магния сульфат 250 мг. Восстановлен собственный ритм – в виде синусовой брадикардии, с ЧСС 45 в мин. Подключен временный электрокардиостимулятор (5А, частота 78 в мин). Гемодинамика с инотропной поддержкой дофамином – 3 мкг/кг/мин. ЦВД в пределах 8-12 мм рт.ст.

Интраоперационная кровопотеря составила 150 мл за счет «утильного» отсоса, операционного материала, остальная часть крови реинфузировалась с помощью дренажных отсосов ИК и аппарата «CellSaver».

По окончании операции больной доставлен в палату ОАРИТ. Продолжена ИВЛ в режиме CMV: дыхательный объем 730 мл, МОД 9,5 л/мин, РЕЕР +5 см вод.ст., FiO_2 45%, Paw 18-20 вод.ст., SpO_2 99%.

1-е-3-и сут (03-05.02.16 г.). Спустя 12 ч после восстановления ясного сознания, адекватного дыхания и стабильной гемодинамики, удовлетворительного мышечного тонуса, больной был экстубирован. Однако через 30 мин после экстубации возникло затрудненное, шумное, свистящее дыхание, одышка смешанного характера с ЧДД – 24 в мин. Кожные покровы и видимые слизистые – бледно-розовые, SpO_2 – 93% на фоне подачи увлажненного кислорода (5 л/мин) с помощью лицевой маски. Газовый состав крови: PaO_2 110 мм рт.ст., PCO_2 35 мм рт.ст., SvO_2 97%, Shunt 7%. Спустя еще 30 мин больной возбужден, одышка до 34-36 вдохов в мин, появился цианоз видимых слизистых, SpO_2 – 88%. АД – 150/87 мм рт.ст. ЦВД 13-14 мм рт.ст. Газы крови: PaO_2 85 мм рт.ст., $PaCO_2$ 56 мм.рт.ст., SvO_2 47%, Shunt 15%. Учитывая возникшую дыхательную недостаточность, явления гипоксемии, больной снова интубирован и переведен на ИВЛ в режиме CMV с умеренной гипервентиляцией f 16-18 в мин, FiO_2 60%. Анализ газов крови через 10 мин уже показывал: PaO_2 104 мм рт.ст., SvO_2 85%, Shunt 17%. Гемодинамика стабильна, диурез адекватен 1 мл/кг/ч. Была начата седация Пропофолом в дозе 2-3 мг/кг/ч.

Продолжается ИВЛ, при попытке перевода на спонтанное дыхание больной быстро утомляется, появляются признаки гипоксии. Газы крови: PaO_2 102 мм рт.ст., PCO_2 34 мм рт.ст., SvO_2 88,1%, Shunt 24,6%.

На 3-и сут отмечается ухудшение состояния больного: гипертермия до 38,8°C, нарастание лейкоцитоза до $21,2 \times 10^9$ /л, гиперосмолярность (298 мосмоль/л) за счет гипернатриемии (Na^+ – 150 ммоль/л) и гипергликемии

(глюкоза крови до 19 ммоль/л). Выявлены признаки острого повреждения почек: мочевины 17,5 ммоль/л, креатинин 240 мкмоль/л, снижение диуреза 0,8 мл/кг/ч, СКФ 24,7 мл/мин 1,73 м², отеки на лице и стопах на фоне стимуляции диуреза петлевыми диуретиками. Продолжается ИВЛ, проведена смена антибактериальной терапии.

4-е-8-е сут (06-09.02.16 г.). В связи с прогрессированием почечной недостаточности, олигурией 0,25 мл/кг/ч, начата ежедневная заместительная почечная терапия (ЗПТ) в режиме CVVHDF, ультрафильтрация (УФ) 100 мл/ч с применением гепарина 5-10 тыс. ЕД. СКФ (СКД-EPI) – 41,5 мл/мин 1,73м². Лейкоциты крови 10×10^9 /л (табл.1).

На 8-е сут после операции в условиях восстановления ясного сознания, адекватного дыхания и стабильной гемодинамики, удовлетворительного мышечного тонуса, нормализации показателей КЩС и газов крови больной экстубирован.

9-е-12-е сут (10-13.02.16 г.). На 9-е сут отмечается появление по назогастральному зонду отделяемого по типу «кофейной гущи». На ЭФГДС обнаружена острая язва тела желудка в области большой кривизны, с признаками кровотечения (Forrest 1a). Выполнен эндоскопический инъекционный метод гемостаза. Дезагреганты отменены. Назначена консервативная гемостатическая терапия: двухкомпонентная противоязвенная терапия-блокатор III поколения H₂-гистаминовых рецепторов Фамотидин 40 мг в сут и ингибитор протонного насоса Нексум стартовой дозы 80 мг с переводом на поддерживающую 8 мг/ч в течение 72 ч (по схеме).

В анализах крови определяется анемия до 67 г/л (табл.2), начата

Таблица 1

Динамика показателей выделительной функции почек

Сутки после операции	Показатель			
	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л	СКФ, мл/мин/1,73 м ²	Диурез, мл
1	7	139	47,7	4840
3	17,5	240	24,7	2400
5	12,7	156	41,5	650
7	22	174	36,4	630
9	21	142	46	700
11	28	201	30,6	600
13	27	274	21	540
15	26	300	18,5	515
23	19	369	14,6	420
35	26	642	7	0
45	26	331	16,7	200
50	27	312	18	5000>
81	24	280	19	4000
109 (день перевода из ОАРИТ)	10	168	38	3000

Динамика показателей общего анализа крови

Таблица 2

Сутки после операции	Показатель				
	Эритроциты, *10 ¹² /л	Нб, г/л	Нт, %	Тромбоциты, *10 ⁹ /л	Лейкоциты, *10 ⁹ /л
1	3,27	104	26,7	168	16
3	3,22	102	30	130	21
5	5,73	109	53,1	68	10
7	3,06	90	28,5	140	22
9	3	90	28	138	21
11	2,6	68	29	142	24
13	2,6	68	25	90	26
16	3,2	82	26	94	22
28	2,84	81	25,6	248	8,7
81	3,4	84	25,6	287	14
109 (день перевода из ОАРИТ)	3,05	79	27,78	183	7,8

трансфузия свежзамороженной плазмы и эритроцитарной массы.

На 11-е сут у больного рецидив желудочного кровотечения, выполнен повторно эндоскопический гемостаз, продолжена консервативная гемостатическая терапия. Несмотря на проводимое лечение, наблюдается нестабильная гемодинамика как проявление геморрагического шока. На фоне проводимой инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) к лечению добавлена вазопрессорная (норадреналин 0,5-1,0 мкг/кг/мин, адреналин 50-100 нг/кг/мин) и инотропная (дофамин в дозе 10-15 мкг/кг/мин) поддержка. Гемодинамические показатели САД составляли ≤ 86 мм рт.ст.

На фоне сложных нарушений ритма по типу множественных желудочковых экстрасистол зафиксирована фибрилляция желудочков. Начата сердечно-легочная реанимация (СЛР): наружный массаж сердца, искусственная вентиляция легких, дефибрилляция 1 разряд (200 Дж) с последующим восстановлением сердечной деятельности.

В раннем постреанимационном периоде больному продолжена ИВЛ, медикаментозная седация (Пропол 1-2 мг/кг/ч), в связи с развитием пароксизмальной формы трепетания предсердий в соотношении 1:1 была начата противоаритмическая терапия (Амиодарон 1200 мг/сут). Учитывая крайне тяжелое состояние, решено воздержаться от открытого оперативного вмешательства, выполнено эндоскопическое клипирование кровоточащего сосуда желудка.

На 12-е сут после операции у больного по назогастральному зонду вновь обильное отделяемое темно-коричневого цвета. Выполнена экстренная лапаротомия, поперечная гастротомия. При ревизии желудка ранее наложенные клипсы на сосудах состоятельные, обнаружена язва 7-8 мм с актив-

ным кровотечением в нижней трети тела желудка по задней его стенке. Выполнено прошивание (Z-образным узловым швом) места кровотечения и перевязка левой желудочной артерии. При дальнейшей ревизии брюшной полости выявлен деструктивный желчный пузырь с участками некроза, в связи с чем выполнена холецистэктомия.

13-е–15-е сут (14-16.02.16 г.). Состояние больного остается крайне тяжелым, признаков желудочно-кишечного кровотечения нет. Продолжаются медикаментозная седация, ИВЛ, ИТТ, вазопрессорная и инотропная поддержка, удерживающая гемодинамические показатели на САД ≤ 86 мм рт.ст., ЗПТ (с использованием цитрата кальция вместо гепарина), парентеральное питание. Через зонд в 12-перстную кишку (ДПК) начато энтеральное питание. В связи с длительной ИВЛ, необходимостью адекватной санации трахеобронхиального дерева выполнена срединная трахеостомия.

На 15-е сут по результатам ЭФГДС: линейный разрыв в области н/3 пищевода – установлен зонд Блэкмора. На фоне заместительной трансфузионной терапии сохраняется анемия (табл.2). Признаки выраженной ОПН (табл.1). У больного периферические отеки по типу анасарки, жидкость в плевральных полостях. Установлены плевральные дренажи системой Pleurofix, эвакуировано по 700 мл серозно-геморрагической жидкости с обеих сторон.

16-е–27-е сут (17-28.02.16 г.). Состояние по-прежнему крайне тяжелое. Признаков желудочно-кишечного кровотечения нет. Больной получал энтеральное питание через зонд в ДПК. Анемия на фоне коррекции сохраняется. Геморрагический бронхит. ХПН смешанного генеза: СКД-ЕП 11,1 мл/мин 1,73 м². Анасарка. Сохраняется

нестабильная гемодинамика на фоне: норадреналина 0,25-0,5 мкг/кг/мин, адреналина ≤ 50 нг/кг/мин, дофамина в дозе 5-10 мкг/кг/мин. При этом гемодинамические показатели (САД) составляли ≥ 89 мм рт.ст.

В последующие дни у больного на фоне проводимой ИВЛ развилась клиника острой дыхательной недостаточности, со снижением SpO₂ $\leq 92\%$, гипоксемией PaO₂ 89-93 мм рт.ст., SvO₂ 66-72 мм рт.ст на фоне FiO₂ 0,7-1,0 фракции кислорода. При выполнении компьютерной томографии органов грудной клетки выявлены признаки острого респираторного дистресс-синдрома.

28-е–80-е сут (29.02-20.04.16 г.).

За данный период удалось полностью уйти от вазопрессорных аминов и снизить дозировку Дофамина до 3-5 мкг/кг/мин. У больного отмечается положительная динамика, обусловленная появлением диуреза в полиурии в первые 10 сут (1,0-2,0 мл/кг/ч). При этом СКФ составила 7-19 мл/мин/1,73 м² (СКД-ЕП). По результатам МСКТ органов грудной клетки: положительная динамика – нет признаков ОРДС, имеются очаги фиброзного изменения легких и незначительный застой в малом кругу кровообращения, незначительный двусторонний гидроторакс. ЗПТ продолжалась по показаниям, в среднем 1 сеанс в 3 дня.

81-е–108-е сут (21.04-21.05.16 г.).

Состояние больного с положительной динамикой. Отмечено снижение периферических отеков, СКФ 31,9 мл/мин 1,73 м². На этом фоне прекращена ЗПТ. Всего было проведено 33 сеанса, в которые входили: гемодиализ, ультрафильтрация, гемодиализация.

В период полиурии, длившейся 11 дней, суточный диурез составил в среднем 3127 мл. В этот период проведена санация очага нагноившейся заградной гематомы, выявленной при контрольной МСКТ.

Была начата активизация больного, прекращена медикаментозная седация. Пациент без неврологического дефицита. В сознании, адекватен, понимает обращенную речь и выполняет простые команды. Отлучение больного от аппарата ИВЛ. Проводится дыхательная гимнастика и ЛФК. Прием пищи самостоятельно. Признаков желудочно-кишечного кровотечения нет. Отмечается улучшение рентгенологической картины в легких, нормализация клинических и биохимических показателей крови.

22.05.16 г., на 109-й день после операции больной в состоянии средней тяжести и ясном состоянии переведен

из ОАРИТ в отделение кардиохирургии и через 14 дней в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Всего проведено в стационаре 268 койко-дней, из них 109 суток проведено в условиях ОАРИТ.

Ретроспективно анализируя данный клинический случай, видим, что осложнения наблюдались с первых часов послеоперационного периода. Это признаки ларингоспазма с острой дыхательной недостаточностью, развившиеся после экстубации больного и явившиеся поводом для повторной интубации трахеи и перевода на ИВЛ. Следующее осложнение – ОПН с уреимией и гиперволеимией, отмеченная у больного с 3-х сут после операции, по поводу которой проведено 33 сеанса ЗПТ. По литературным данным [4], риск развития ОПН у больных после хирургического лечения ИБС наиболее высок при сопутствующем сахарном диабете и метаболическом синдроме, которые имелись у данного больного. В последующие 9-е–12-е сут у больного кровотечение из острой язвы желудка с выраженной анемией и клиникой геморрагического шока, на фоне которого отмечалась 2-минутная клиническая смерть. Сердечно-легочная реанимация, начатая незамедлительно и проведенная с учетом вида остановки сердца, а также адекватное ведение раннего постреанимационного периода позволили восстановить крово-

бращение и избежать в последующем неврологического дефицита.

Таким образом, комплексная интенсивная терапия, включавшая вазопрессорную и инотропную поддержку гемодинамики, активную респираторную терапию, эфферентные методы детоксикации, позволила успешно справиться со всеми грозными осложнениями, стабилизировать состояние больного, восстановить функции органов и систем и добиться выздоровления пациента.

Литература

1. Андрианова М.Ю. Перекисное окисление липидов и содержание средних молекул при операциях на сердце с искусственным кровообращением / М.Ю. Андрианова, М.В. Палюлина, Е.А. Кукаева // Анест. и реаниматол. – 2001. – Вып. 2. – С. 33–35.
2. Andrianova M.Iu. Lipid peroxidation and middle molecules concentration during cardiac surgeries with artificial circulation / M.Iu. Andrianova, M.V. Paliulina, E.A. Kukaeva // Anest. i reanimatol. – 2001. – Вып. 2. – С. 33–35.
3. Бокерия Л.А. Современные подходы к хирургическому лечению ИБС у больных с сахарным диабетом / Л.А. Бокерия, Е.З. Голухова, И.Ю. Сигаев, М.А. Керен // Вестник РАМН. – М., 2012. – №1. – С. 20–26.
4. Bokeria L.A. Modern approaches to the surgical treatment of CAD in diabetic patients / L.A. Bokeria, E.Z. Golukhova, I.Iu. Sigaev, M.A. Keren // Vestnik RAMN. – Moscow, 2012. – №1. – P. 20–26.
5. Гладышева В.Г. Влияние активированного фактора VII на гемостатический потенциал при массивных рефрактерных кровотечениях у кардиохирургических больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.29 / В.Г. Гладышева; Гематол. науч. центр РАМН. – М., 2006. – С. 21.
6. Gladysheva V.G. The contribution of activated factor VII to the hemostatic potential during massive refractive bleedings in cardiac surgery patients: PhD thesis: 14.00.29 / V.G. Gladysheva; Gematol. nauch. tsentr RAMN. – Moscow, 2006. – P. 21.
7. Искандеров Б.Г. Острое повреждение почек и его прогностическое значение у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, подвергшихся аортокоронарному шунтированию / Б.Г. Искандеров, О.Н. Сисина // Нефрология. – 2015. – Т. 19, №4. – С. 67–73.
8. Iskanderov B.G. Acute kidney injury and its prognostic value in patients with type 2 diabetes who had coronary artery bypass surgery / B.G. Iskanderov, O.N. Sisina // Nefrologiia. – 2015. – Vol. 19. – №4. – P. 67–73.
9. Миролюбова О.А. Острое повреждение почек после аортокоронарного шунтирования на работающем сердце: прогнозирование исходов / О.А. Миролюбова // Нефрология и диализ. – 2014. – Т. 16, № 3. – С. 350–358.
10. Miroliubova O.A. Acute kidney injury after coronary artery bypass surgery on a beating heart / O.A. Miroliubova // Nefrologia i dializ. – 2014. – Vol. 16. – №3. – P. 350–358.
11. Cardiac troponin I: Its contribution to the diagnosis of perioperative myocardial infarction and various complications of cardiac surgery / M.O. Benoit, M. Paris, J. Silleran [et al.] // Crit Care Med. – 2001. – Vol. 29. – P. 1880–1886.
12. Mediastinitis after more than 10,000 cardiac surgical procedures / A.M. Eklund, O. Lyytikainen, P. Klemets [et al.] // Ann Thorac Surg. – 2006. – 82(5):1784–9.
13. Perioperative activation of hemostasis in vascular surgery patients / C.M. Samama, D. Thiry, I. Elalamy [et al.] // Anesthesiology. – 2001. – Jan 94(1). – P. 74–78.

Л.Е. Николаева, О.Н. Иванова, Е.Ф. Аргунова

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКА 16 ЛЕТ

DOI 10.25789/UMJ.2018.61.27

УДК 616.2

Статья посвящена наблюдению в течение 3 лет (2014–2017 гг.) клинического случая бронхоэктатической болезни у подростка 16 лет. Ребенка беспокоили жалобы на одышку при физической нагрузке, влажный кашель с гнойной мокротой. С раннего возраста часто, примерно до 5 раз в год, болел бронхитами с обструктивным синдромом. В 2014 г. был госпитализирован в пульмонологическое отделение с диагнозом: Пневмония внебольничная, среднедолевая, средней степени тяжести. По результатам компьютерной томографии органов грудной клетки сделано заключение: бронхоэктазы средней доли правого легкого.

Ключевые слова: бронхоэктазы, фиброз, подросток, пневмония, бронхиальная астма.

This article is devoted to the observation during 3 years (2014–2017) of the clinical case of bronchiectasis in a teenager of 16 years. His complaints were shortness of breath during physical exertion, a wet cough with purulent sputum. From an early age he often (about 5 times a year) had bronchitis with an obstructive syndrome. In 2014 he was hospitalized in the pulmonology department with the diagnosis: community-acquired pneumonia, middle-lobe, moderate severity. According to the results of computed tomography of chest organs, a conclusion was made: bronchiectasis of the middle lobe of the right lung.

Keywords: bronchiectasis, fibrosis, teenager, pneumonia, bronchial asthma.

Бронхоэктатическая болезнь (БЭБ) встречается у 0,5–1,5% населения, развиваясь преимущественно в дет-

ском и молодом возрасте (от 5 до 25 лет). Заболевание протекает в виде рецидивирующих бронхолегочных инфекций и сопровождается постоянным кашлем с мокротой. Поражение бронхов при бронхоэктатической болезни может ограничиваться одним сегментом или долей легкого либо быть распространенным [1, 2].

Приобретенные бронхоэктазы возникают в результате частых бронхолегочных инфекций, перенесенных в детском возрасте – бронхопневмонии, хронического деформирующего бронхита, туберкулеза или абсцесса легкого. Иногда БЭБ развивается вследствие попадания инородных тел в просвет бронхов.

НИКОЛАЕВА Лена Егоровна – зав.отд. пульмонологии РБ №1-НЦМ; **ИВАНОВА Ольга Николаевна** – д.м.н., проф. МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, olgadoctor@list.ru; **АРГУНОВА Елена Филипповна** – доцент МИ СВФУ, eargynova@mail.ru.