

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. – Vyp. 2. – P. 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, olgadactor@list.ru; **АРГУНОВА Елена Филипповна** – доцент МИ СВФУ, eargynova@mail.ru.

Хроническое воспаление бронхиального дерева вызывает изменения в слизистом и мышечном слоях бронхов, а также в перибронхиальной ткани. Становясь податливыми, пораженные стенки бронхов расширяются. Пневмосклеротические процессы в легочной ткани после перенесенных бронхитов, пневмоний, туберкулеза или абсцесса легкого приводят к сморщиванию легочной паренхимы и растяжению, деформации бронхиальных стенок.

Веретенообразные и цилиндрические бронхоэктазы поражают крупные и средние бронхи, мешотчатые – более мелкие. С присоединением инфекции и развитием воспалительного процесса бронхоэктазы заполняются гнойной мокротой, поддерживающей хроническое воспаление в видоизмененных бронхах. Поддержанию гнойного воспаления в бронхах способствуют бронхиальная обструкция, затруднение самоочищения бронхиального дерева, снижение защитных механизмов бронхолегочной системы, хронические гнойные процессы в носоглотке [1, 2]. Своевременная диагностика и диспансерное наблюдение, санация очагов инфекции позволяют добиться длительных ремиссий хронического заболевания у детей.

Цель исследования: показать клиническое течение бронхоэктатической болезни у ребенка 16 лет в течение 3 лет (2014-2017 гг.).

Материалы и методы исследования. Амбулаторная карточка (поликлиника по месту наблюдения) и истории болезни наблюдаемого (пульмонологическое отделение РБ №1-НЦМ г.Якутска).

Результаты наблюдения. Ребенок с рождения беспокоят жалобы на одышку при физической нагрузке, влажный кашель с гнойной мокротой.

Из анамнеза заболевания: С раннего возраста часто болеет бронхитами с обструктивным синдромом, примерно 5 раз в год. У ребенка отягощенная наследственность: у бабушки по линии отца сахарный диабет, у бабушки по материнской линии бронхиальная астма. Проживает в частично благоустроенном сыром доме.

В июне 2014 г. перенес двустороннюю пневмонию, в ноябре того же года – острый бронхит. Лечился стационарно по месту жительства в ЦРБ. Затем был экстренно госпитализирован в пульмонологическое отделение РБ №1-НЦМ с диагнозом: пневмония внебольничная, среднетяжелая, средней степени тяжести. Назначено лечение: цефотаксим 1 г 3 раза в день, бромгексин. По результатам компьютерной

томографии органов грудной клетки сделано заключение: бронхоэктазы средней доли правого легкого.

До 2016 г. ежегодно госпитализировался в пульмонологическое отделение РБ №1-НЦМ, на рентгенографии органов грудной клетки отмечались инфильтративные изменения в легких.

В 2016 г. находился на стационарном лечении и обследовании в Национальном центре здоровья детей в г. Москва с диагнозом: Q 33.8 Другие врожденные аномалии легкого. Врожденные пороки развития бронхов: бронхоэктазы средней доли правого легкого. Хронический бронхит.

В 2017 г. ребенку при госпитализации в пульмонологическое отделение РБ №1-НЦМ проведено аллергологическое обследование, в результате выявлена сенсibilизация к аллергенам пера подушки, домашних клещей, шерсти кошки, пыльцы березы, тимOFFевки, ежи сборной и мандаринов. Было проведено исследование уровня иммуноглобулинов крови, выявлены следующие результаты: иммуноглобулин А – 1,55 мг/мл, иммуноглобулин М – 1,8, иммуноглобулин G – 24,0 мг/мл, иммуноглобулин E общий – 14,7 МЕ/мл.

Проведено исследование назального секрета и получены следующие данные (на 100 клеток): нейтрофилы – 81 в п/зр; лимфоциты – 8, эозинофилы – 11 в п/зр. Проведен бактериологический посев мокроты, в результате высеян *Staphylococcus aureus* чувствительный к гентамицину, клиндамицину, ко-тримаксозолу, оксациллину, ципрофлоксацину и эритромицину. Проведено рентгенологическое обследование, в результате которого сделано заключение: Деформирующий бронхит. Пневмосклероз языковых сегментов сле-ва. Проведена спирометрия, сделано заключение – по спирограмме нарушений нет. Проба с салбутамолом слабopоложительная.

Проведена компьютерная томография органов грудной клетки. В результате исследования выявлены субплеврально расположенные очаги по типу матового стекла, склонные к слиянию в правом легком в S1. Сохраняется некоторое уменьшение объема средней доли правого легкого. В сегментах базальной пирамиды нижних долей легких, больше справа в средней доле и в языковых сегментах слева, сохраняется участок уплотнения паренхимы по типу фиброза. Бронхи с обеих сторон с плотными стенками. Внутригрудные лимфатические узлы не увеличены. Выпота в плевральной полости нет. Сделано заключение: В течение

2016-2017 гг. появились очаги в S1 в правом легком.

Проведен посев бронхиального лаважа. Выделен *Streptococcus pneumoniae*, резистентный к клиндамицину, оксациллину, эритромицину, чувствительный к левофлоксацину, тетрациклину.

В результате проведенного исследования поставлены следующие диагнозы:

Диагноз клинический: J47.0 Бронхоэктатическая болезнь, цилиндрические бронхоэктазы в S1 доле правого легкого, средней степени тяжести.

Осложнения: J96.0 Дыхательная недостаточность I степени.

Сопутствующие диагнозы: J 45.0 Бронхиальная астма. Атопическая форма. Легкое течение. Неконтролируемая. Период ремиссии. J30.4 Аллергический ринит. Персистирующее течение. Средней степени тяжести. Период обострения.

Рекомендованы следующие мероприятия: наблюдение участкового педиатра по месту жительства, диспансерное наблюдение у пульмонолога и аллерголога, госпитализация в пульмонологическое отделение РБ №1-НЦМ ежегодно с целью динамического наблюдения и специализированного обследования, гипоаллергенный быт (исключить контакт с перьевыми подушками, домашними животными и растениями), гипоаллергенное питание (исключить косточковые фрукты, мед, морковь, продукты из злаков, мандарины), релвар эллипта – одна ингаляция 22+92 мкг 1 раз/сут 3 мес., затем осмотр пульмонолога и аллерголога, отхаркивающие препараты, пикфлоуметрия 4 раза в сут, ситуационная терапия приступов бронхиальной астмы.

Выводы. Ведение больных с бронхоэктатической болезнью является сложной задачей для участкового педиатра, пульмонолога и других специалистов, так как необходим частый контроль динамики течения заболевания, что позволит добиться длительных ремиссий хронического заболевания у детей.

Литература

1. Болезни органов дыхания у детей / Под ред. С.В. Рачинского, В.К. Таточенко. – М.: Медицина, 2007. – 496 с.
Diseases of the respiratory system in children / Ed. S. V. Rachinsky, V. K. Tatochenko. – M.: Meditsina, 2007. – 496 p.
2. Болезни органов дыхания. Руководство для врачей / Под ред. Н.Р. Палеева. – М.: Медицина, 2000. – Т.3, Т.4.
Diseases of the respiratory system. Manual for doctors / Ed. N. R. Paleev. – M.: Meditsina, 2000. – V.3, 4.