

Лутай, О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова [и др.] // Крымский терапевтический журнал. – 2018. – № 4. – С. 12-19.

3. Миллер, О.Н. Причины синкопальных состояний у лиц молодого возраста / О.Н. Миллер, З.Г. Бондарева, И.А. Гусева // Российский кардиологический журнал. – 2013. – № 3 (41). – С. 25-28.

4. Абдрахманова, А.И. Кардиогенные синкопальные состояния в практике терапевта / А.И. Абдрахманова, Н.А. Амиров, Н.А. Цибулькин [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2016. – Т. 97, № 6. – С. 913-917.

Сведения об авторах

Е.С. Емполова* – студент

П.В. Осинцева – студент

Г.Н. Шерстобитов – студент

А.В. Акимова – кандидат медицинских наук, доцент

Information about the authors

E.S. Empolova* – student

P.V. Osintseva – student

G.N. Sherstobitov – student

A.V. Akimova – Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

hhugo5151@gmail.com

УДК 616.23/.25

КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ЦИРРОЗЕ ЛЕГКОГО И БРОНХОЭКТАЗИЯХ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Анастасия Сергеевна Андреева¹, Артем Анатольевич Попов¹, Анна Валерьевна Акимова^{1,2}, Владимир Александрович Миронов^{1,2}

¹Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

²ФГКУЗ «5 военный клинический госпиталь Войск Национальной Гвардии РФ»
Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Бронхоэктатическая болезнь – хроническое врожденное или приобретенное заболевание, характеризующееся необратимым патологическим расширением бронхов в результате гнойно-воспалительного разрушения бронхиальной стенки, приводящего к развитию ателектазов, эмфиземы и пневмоцирроза. **Цель исследования** – проанализировать компенсаторные возможности больного пневмоциррозом с бронхоэктазиями, на примере клинического случая. **Материал и методы.** Данные клинического и лабораторно-инструментального обследования пациента А. **Результаты.** Пневмоцирроз, длительно существующий у пациента и занимающий более 2 долей легкого, не сопровождался развитием дыхательной и легочно-сердечной недостаточности и снижением толерантности к физической нагрузке. **Выводы.** Поддержание состояния компенсации дыхательной и сердечно-сосудистой

систем пациента с пневмоциррозом и бронхоэктазами может длиться более 25 лет при условии, что он ведет здоровый образ жизни, отсутствуют привычные интоксикаций и профессиональные вредности.

Ключевые слова: бронхоэктазы, цирроз легкого.

COMPENSATORY CAPABILITIES OF THE ORGANISM WITH CIRRHOSIS OF THE LUNG AND BRONCHECTASIAS ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

Anastasia S. Andreeva¹, Artem A. Popov¹, Anna V. Akimova^{1,2}, Vladimir A. Mironov^{1,2}

¹Department of Hospital Therapy and Emergency Care
Ural state medical university

²5 Military Clinical Hospital of the National Guard Troops of the Russian Federation
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Bronchiectasis is an irreversible pathological expansion of the bronchi as a result of purulent-inflammatory destruction of the bronchial wall, leading to the development of atelectasis, emphysema and pneumocirrhosis. **The purpose of the study** is to analyze the compensatory capabilities of the patient with pneumocirrhosis and bronchiectasis, using the example of a clinical case. **Material and methods.** Results of clinical and laboratory-instrumental examination of the patient A. **Results.** Affecting more than 2 lobes long-existing pneumocirrhosis was not accompanied by respiratory and pulmonary heart failure and a physical exercise limitation. **Conclusions.** Healthy life style, avoidance from professional and recreational intoxications and high compliance to physician's prescriptions have ensured more than 25 years course of pneumocirrhosis and bronchiectasis comorbidity without pulmonary and heart failure development.

Keywords: bronchiectasis, pneumocirrhosis.

ВВЕДЕНИЕ

Бронхоэктатическая болезнь (БЭБ) – хроническое врожденное или приобретенное заболевание, характеризующееся необратимым расширением и деформацией бронхов, их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхах и перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза легкого [1,2]. Распространенность БЭБ от 53 до 566 случаев на 100 000 жителей [3], увеличивается с возрастом [2]. Выявляемость БЭБ может зависеть в том числе, от доступности и качества медицинской диагностики. Эпидемиология цирроза легких изучена недостаточно. В странах, где высока заболеваемость туберкулезом, распространенность выше. Выявляемость его также зависит от доступности компьютерной томографии (КТ). Мужчины болеют в 1,5-3 раза чаще, чем женщины [6].

Среди причин вторичных БЭБ выделяют пневмонии, в исходе которых формируется пневмоцирроз. Механизм развития БЭБ при пневмонии сопровождается поствоспалительной карнификацией паренхимы, сужением,

облитерацией, деструкцией, средних и мелких бронхов, что ведет к развитию фиброзного ателектаза и нарушению вентиляции пораженного участка легкого. При обтурации мелких бронхиальных ветвей и нарушении вентиляции бронхи, расположенные проксимальнее, теряют способность очищаться от мокроты посредством кашля. В бронхах неентилируемой доли легкого бронхиальный секрет постоянно скапливается и инфицируется. Развивается хронический локальный катаральный, а затем гнойный эндобронхит, с последующим фиброзом, истончением и растяжением стенок бронхов, с формированием БЭБ. Патологические изменения формируются медленно, и развернутая клиническая картина БЭБ возникает через 3-15 лет после перенесенной в детстве тяжелой пневмонии [7]. Механизм формирования БЭБ при пневмоциррозе – тракционный, обусловленный повышением эластической тяги легочной ткани вследствие фиброзных изменений и уменьшения объема легкого [4].

Цель исследования – проанализировать компенсаторные возможности больного пневмоциррозом с бронхоэктазиями на примере клинического случая.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На основании добровольного информированного согласия представлены результаты клинического и лабораторно-инструментального обследования пациента А., находящегося на курации в пульмонологическом отделении 5 ВКГ ВНГ РФ с 2021 года, проанализирована медицинская документация с 1996 года и динамика состояния пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент А., 1972 года рождения. Жалобы: на утренний кашель с небольшим количеством светлой мокроты, одышку при физической нагрузке, периодические боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании и кашле.

Анамнез заболевания: с 1989 г. - частые респираторные заболевания. С 1996 г. после переохлаждения появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, лихорадка. На рентгенографии органов грудной клетки (ОГК), впервые выявлены изменения в средней и нижней доле правого легкого, расцененные как пневмония, правосторонний осумкованный плеврит. Лечился в Областном легочном центре: три курса антибактериальной терапии (пенициллин, кефзол, гентамицин), эндобронхиальные вливания (канамицин, рифампицин, тиосульфат натрия) без рентгенологической динамики. По результатам обследования данных за активный туберкулез не получено, диагностирован цирроз средней доли правого легкого с БЭБ, на почве стеноза среднедолевого бронха справа. Далее наблюдался у пульмонолога «МСЧ МВД России по Свердловской области», рентгенологическая картина без динамики. С февраля 2018 г. кашель со слизисто-гнойной мокротой, появилась боль в грудной клетке справа при глубоком дыхании и кашле, лихорадка. Неотложно госпитализирован в отделение гнойной хирургии ГКБ № 40 г.Екатеринбурга с диагнозом: Осумкованная эмпиема плевры справа на фоне бронхоэктатической болезни, гнойно-обструктивного бронхита, стеноза среднедолевого бронха справа. Дважды дренировали правую плевральную полость, диагноз эмпиемы плевры подтвержден цитологически. После терапии отмечена нормализация лабораторных показателей и регресс КТ-картины: уменьшение осумкования,

консолидация и кистозная трансформация нижней доли справа, эмпиема плевры справа разрешилась, сформировался пневмоцирроз нижней доли справа. В 2000 г. лечился в УНИИФ г. Екатеринбургa по поводу рецидива правосторонней среднедолевой пневмонии, на фоне стеноза среднедолевого бронха второй степени справа. Получал рифампицин, атровент с положительным эффектом. Рекомендован прием беродуала, теопека, карбоцистеина амбулаторно. С 2021 г. ухудшение состояния, лечился в пульмонологическом отделении 5 ВКГ ВНГ РФ, с диагнозом: БЭБ средней и нижней долей правого легкого, пневмофиброз средней и нижней долей справа, хронический обструктивный бронхит. В марте 2022 года поступил в пульмонологическое отделение 5 ВКГ ВНГ РФ по поводу очередного обострения. На КТ ОГК впервые обнаружены изменения в язычковых сегментах левого легкого. Диагноз: БЭБ, бронхоэктазы в средней и нижней доле справа, S4,5 слева, двусторонний пневмоцирроз в средней и нижней доле справа и язычковых сегментах слева, двусторонняя эмфизема легких, адгезивный плеврит справа, хронический обструктивный бронхит. ДН 0-1.

Анамнез жизни: рост и развитие соответственно возрасту. Простудные заболевания несколько раз в год. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Условия быта и питания удовлетворительные. Профессиональные вредности – регулярные переохлаждения. Курение, употребление алкоголя и наркотиков отрицает, занимается физкультурой, ведет здоровый образ жизни.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. По результатам опросника самооценки тревоги и депрессии HADS - 0,0 баллов. Кожа чистая, с бледным оттенком, кисти слегка цианотичны, ногти по типу «часовых стекол». Рост 174 см, масса тела 63 кг, ИМТ =20,8 кг/м². Лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка астеническая с воронкообразной деформацией 1 степени. Выявлено 6 признаков наследственных нарушений соединительной ткани, 4 малых аномалии развития, 3 внутренних фена – определена недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ), неклассифицируемый фенотип. Перкуторно над верхними отделами легких легочный звук, справа на уровне 4-6 межреберий – притупленный, под лопатками - коробочный. Дыхание везикулярное ослабленное, больше над нижними отделами справа, там же – шум трения плевры. ЧД 17 в минуту. Границы сердца не расширены, тоны ясные ритмичные 67 в минуту, шумов нет. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен у корня коричневатым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень (0) 9*8*8 см, селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Лабораторные показатели в пределах нормы, но в общем анализе крови эритроцитоз 5,14x10¹²/л. При многолетнем прогрессировании хронической дыхательной недостаточности (ХДН) одним из важных компенсаторных механизмов является увеличение кислородной емкости крови за счет усиления эритропоэза путем возрастания секреции эритропоэтина почками.

Спирометрия: ЖЕЛ - 92%. фЖЕЛ - 80%. ОФВ₁ - 70%, ОФВ₁/фЖЕЛ - 76%. Незначительные нарушения по обструктивному типу. Проба с бронхолитиком отрицательная (ОФВ₁ +5%). ЭКГ: вариант нормы. 6-минутная шаговая проба:

исходно - одышки нет, SpO₂=96%, за 6 минут пройдено 554 метра, появилась одышка (2 балла по Borg), SpO₂=98%. Толерантность к физической нагрузке высокая. Эхокардиография: Фракция выброса 65%, Структурных изменений камер сердца, признаков легочной гипертензии нет. Ритмокардиография: признаки избыточного вагусного влияния с парадоксальной реакцией в пробе Вальсальвы-Бюркера и гипотоническая реакция при симпатической стимуляции в активном ортостазе – могут быть ранними признаками снижения толерантности к нагрузке. Компенсаторно возрастают гуморально-метаболические влияния. УЗИ брюшной полости и почек: без патологии. КТ ОГК: Объем легких: 7313 мл (правое 2845мл, левое 4468 мл). Нижняя доля правого легкого и S4 и S5 левого легкого уменьшены в объеме, паренхима в виде фиброзной ткани с аваскулярными полостными образованиями. Остальные легочные поля эмфизематозны (правое легкое 30,8%. левое 30,9%). Фиброзная ткань - 2,7%. Корни структурны, не расширены. Лимфоузлы средостения не увеличены. Бронхи проходимы и прослеживаются до субсегментарного характера. Сердце не увеличено, жидкости в серозных полостях не определяется. Правый купол диафрагмы на уровне 7 ребра (Рис. 1).

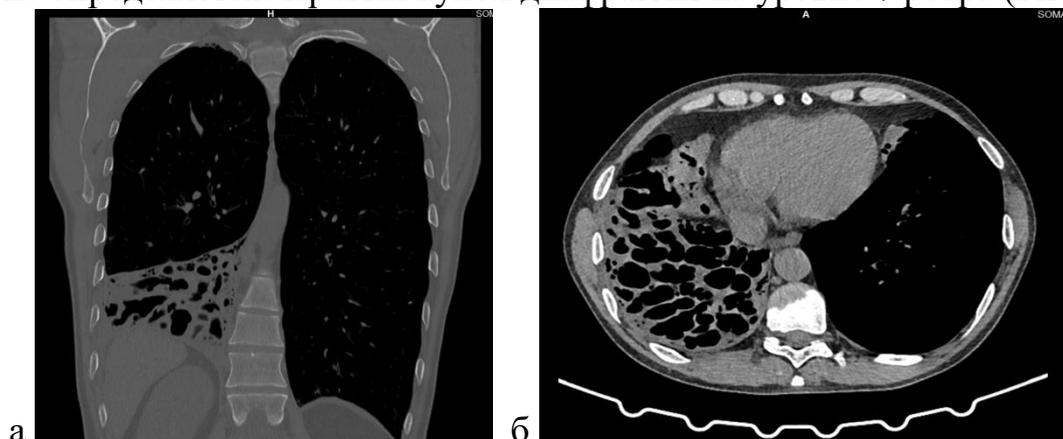


Рис. 1 Компьютерные томограммы (а, б) полученные при исследовании органов грудной клетки пациента А

Клинический диагноз: Бронхоэктатическая болезнь: бронхоэктазы в средней и нижней доле справа, S4, S5 слева. Двусторонний пневмоцирроз в средней и нижней доле справа и язычковых сегментах слева. Двусторонняя эмфизема легких. Адгезивный плеврит справа, после перенесенной острой отграниченной эмпиемы плевры справа, дренирования плевральной полости справа (2018). Хронический обструктивный бронхит. ХДН I степени.

У пациента БЭБ имеет легкую форму. Наблюдается 1-2 обострения в год с кашлем и отделением до 50 мл мокроты в сутки, обострения легко купируются. Вне обострений симптомов нет, и сохраняется работоспособность. За 25 лет наблюдения, несмотря на обострения БЭБ и выраженные необратимые изменения в легких, функция дыхательной системы остается компенсированной. Физические нагрузки (ходьба в быстром темпе, физкультура) вызывают легкую одышку, но не сопровождаются десатурацией. Сохраняется трудоспособность.

Этиология пневмоцироза в данном клиническом случае связана с постпневмоническим пневмосклерозом средней доли справа на фоне неспецифического воспалительного стеноза правого среднедолевого бронха. Учитывая астеническую конституцию и признаки НДСТ, можно предположить врожденную природу БЭБ или их формирование в детском возрасте на фоне частых простудных заболеваний. Однако подтверждений этому в медицинской документации нет по причине недоступности КТ ОГК в 1990-е гг и отсутствия бронхографии. Больше данных за вторичную тракционную природу БЭБ.

Улучшение транспорта кислорода может достигаться повышением частоты сердечных сокращений, но тахикардия истощает миокард. Возросшее легочное сосудистое сопротивление ведет к перегрузке, гипертрофии и дилатации правого желудочка, формируется хроническое легочное сердце. У данного пациента гипертрофии и/или дилатации правых камер не отмечается.

ОБСУЖДЕНИЕ

Терапевтический прогноз у пациентов с БЭБ определяется возможностями и эффективностью мер вторичной профилактики обострений гнойного бронхита и легочно-сердечной недостаточности, а также характером и степенью тяжести сопутствующей патологии [5,7]. Пациент с БЭБ должен пройти двухэтапную вакцинацию от пневмококка, гемофильной палочки, а также ежегодную сезонную вакцинопрофилактику гриппа и коронавирусной инфекции [5,7].

ВЫВОДЫ

Поддержание компенсации дыхательной и сердечно-сосудистой систем больного пневмоцирозом и бронхоэктазиями может быть длительным и составлять более 25 лет. Компенсаторные возможности организма, вероятно, обусловлены здоровым образом жизни, отсутствием привычных интоксикаций, регулярными физическими нагрузками на свежем воздухе, позитивным настроением и отсутствием сопутствующей патологии других органов и систем. Следовательно, основы легочной реабилитации изначально были заложены в самом образе жизни пациента.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Клинические рекомендации по бронхоэктатической болезни // Российское Респираторное Общество. – 2016.
2. Чучалин, А.Г. Респираторная медицина / А.Г. Чучалин – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 640 с.
3. Анаев, Э.Х. Современные подходы к ведению пациентов с бронхоэктазией / Э.Х. Анаев // Пульмонология. – 2020. – Т. 30, № 1. – С. 81-91.
4. Чучалин, А.Г. Бронхоэктазы / А.Г. Чучалин // Терапевтический архив. – 2017. – Т. 3. – С. 4-17.
5. Бронхоэктазы у взрослых больных: клинические рекомендации Европейского респираторного общества // Пульмонология. – 2018. – Т. 28, № 2. – С. 147-168.
6. Чикина, С.Ю. Современные подходы к консервативной терапии взрослых пациентов с бронхоэктазами / С.Ю. Чикина, С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2019. – Т. 29, № 1. – С.71-86.

7. Зайцев, А.А. Ведение взрослых больных с бронхоэктазами (по материалам рекомендаций Европейского респираторного общества) / А.А. Зайцев, А.И. Синопальников // Практическая пульмонология. – 2018. – Т. 4. – С. 36-54.

Сведения об авторах

А.С. Андреева* – студент

А.А. Попов – доктор медицинских наук, доцент

А.В. Акимова – кандидат медицинских наук, доцент

В.А. Миронов – доктор медицинских наук, профессор

Information about the authors

A.S. Andreeva* – student

A.A. Popov – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor

A.V. Akimova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

V.A. Mironov – Doctor of Sciences (Medicine), Professor

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

anastasiya-andreeva1997@yandex.ru

УДК 616.33

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ ПРИ ДИСПЕПТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА СТУДЕНТОВ И ОРДИНАТОРОВ

Анна Александровна Царегородцева¹, Инесса Николаевна Куприянова¹, Анна Валерьевна Акимова², Артём Анатольевич Попов²

¹Кафедра факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии

²Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Распространенность неисследованной диспепсии в мире достигает 20%, при этом среди вторичной диспепсии важное значение играют опухоли желудка. **Цель исследования** – выявить умение установить предварительный диагноз «гастрит» и «функциональная диспепсия» по клиническим симптомам, определить способность проводить дифференциальную диагностику клинических симптомов, выбирать эмпирическую терапию при первичном обращении по поводу Н. рyлогi-ассоциированных заболеваний для своевременного выявления ЗНО желудка выпускниками и ординаторами 1 года по специальности «терапия». **Материал и методы.** В период с ноября 2022 по февраль 2023 года было проведено анкетирование участников. **Результаты.** Наиболее часто пациентам с синдромами диспепсии и боли в эпигастрии ставится предварительный диагноз хронический гастрит и функциональная диспепсия, при этом частота постановки предварительного диагноза рак желудка была низкой. **Выводы.** Выявлена недостаточная осведомленность обучающихся о симптомах диспепсии, диагностике и принципах терапии.