

## Острая дыхательная недостаточность при разрешающемся дифтерийном трахеобронхите в сочетании с туберкулезом

Е.В. Серебrenникова, А.Г. Короткевич

Муниципальная городская клиническая больница №29, г. Новокузнецк, Россия

Пленчатые формы дифтерии трахеобронхиального дерева встречаются редко и, как правило, не диагностируются [1], хотя наличие характерных пленок в ротоглотке помогает своевременно диагностировать нисходящий круп. Описания сочетания дифтерии и туберкулеза – инфекций, передающихся преимущественно воздушно-капельным путем – в доступной литературе мы не встретили.

Целью нашего сообщения является описание случая острой дыхательной недостаточности вследствие сочетания дифтерии и туберкулеза.

Пациент Л. 20 лет поступил в приемный покой №5 с клиникой удушья 21.02.06. Из анамнеза: в течение месяца в районной больнице проводилось амбулаторное антибактериальное лечение по поводу полисегментарной пневмонии.

При поступлении в отделение пульмонологии 21.02.06 в 2.45 выполнена фибробронхоскопия. Под голосовыми складками слизистая гортани и трахеи покрыта частично фиксированными фиброзными мембранами серого цвета, которые как слепки повторяют структуру стенки, на вдохе перекрывают просвет по типу клапана, слизистая трахеи умеренно отечна.

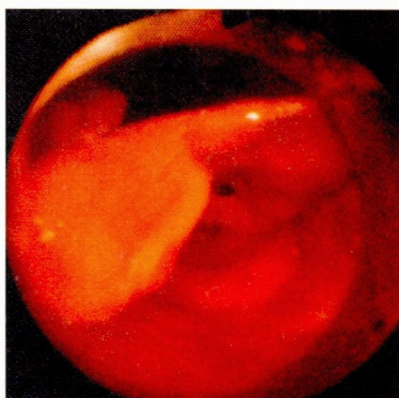


Рис. 1. Фиброзная мембрана в трахее.

В просвете трахеобронхиального дерева большое количество гнойного секрета. Справа устье верхнедолевого бронха щелевидной формы, проходимо, ткань фиброзной плотности с чёткими границами, сегментарные бронхи не изменены.

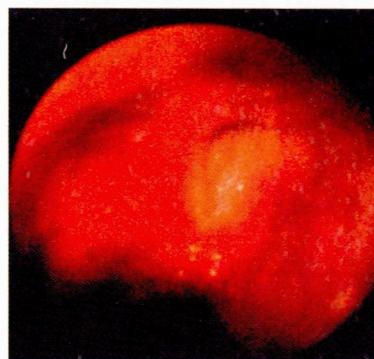


Рис. 2. Рубцовый стеноз устья верхнедолевого бронха, справа – туберкулез бронха.

Устья средне- и нижнедолевого бронхов сужены, сближены, имеются продольные складки и гиперемия слизистой. Попытки удалить плёнки при фиброскопии – безуспешны. Лаваж, проходимость бронхов восстановлена, интубация на бронхоскопе для разрешения дыхательной недостаточности.

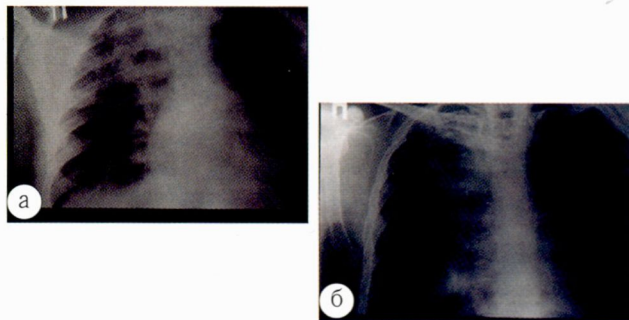


Рис. 3. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого.

Рентгенография легких 21.02.06: Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого.

21.02.06 в 9.00 выполнена ригидная бронхоскопия дыхательным бронхоскопом Фриделя в сочетании с фиброскопией: после анестезии голосовых складок извлечена интубационная трубка. В подскладочном пространстве наслоения фибринных мембран, такие же мембраны серого цвета по задней и правой стенкам трахеи покрывают слизистую до карины, при дыхании часть мембраны как клапан перекрывает просвет трахеи. Мембраны удалены щипцами, они прочные и плотные, слизистая под ними мало изменена, умеренно отечна. Лаваж, посев на микрофлору, мазки на микроскопию.

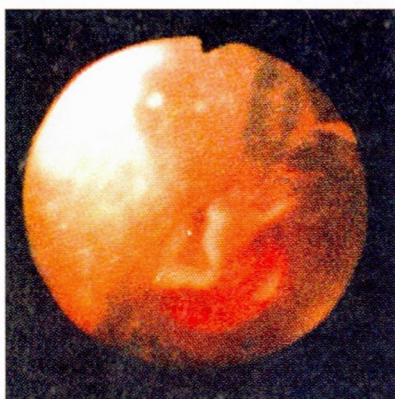


Рис. 4. Смещение фибриной мембраны жестким дыхательным бронхоскопом.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифтерийный трахеит. Диффузный гнойный эндобронхит. Туберкулёз верхнедолевого бронха справа, уменьшение в объёме правого лёгкого.

Микроскопия: дифтерийный трахеит, выявлены палочки Леффлера.

Таким образом, дифтерийная инфекция на фоне остро инфильтративного туберкулёза лёгких и на фоне длительно проводимого антибактериального лечения проявила себя только при отторжении плёнок. Эти плёнки способствовали поддержанию гнойного эндобронхита. Нетоксическое течение дифтерии без изменений в ротоглотке не позволило своевременно распознать заболевание. В данном случае диагностика заболевания и разрешение осложнений дифтерии стали возможными только при выполнении бронхоскопии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дифтерийная инфекция// Философова Т.Г., Мощич П.С., Мельник М.Н., Богатырева С.А. – К.: Здоров'я, 1984 – 112 с.
2. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Лекции по инфекционным болезням. - М.: ВУНМЦ, 1999.- Том 1, С. 289-291.

## КОНТАКТЫ

Короткевич А.Г.

Доктор медицинских наук профессор. Новокузнецкий институт усовершенств. врачей; ГКБ№29  
alkorot@mail.ru