

Два случая профузного легочного кровотечения

**И.М. Мальцева, И.Ю. Коржева, Н.Е. Чернеховская,
А.А. Шубин, А.В. Араблинский**

Российская медицинская академия последипломного образования,
ГКБ им. С.П. Боткина, Москва, Россия

Легочные кровотечения являются серьёзным, нередко смертельным осложнением различных, чаще всего воспалительных, заболеваний органов дыхания и наблюдаются у 7–15% больных, поступающих в пульмонологические отделения [3]. Для диагностики причины легочного кровотечения выполняют рентгенографию органов грудной полости и КТ [5]. Выявить источник кровотечения часто позволяет рентгеноконтрастное исследование бронхиальных артерий – ангиография. Однако важнейшим методом диагностики и лечения легочных кровотечений является бронхоскопия [8]. Благодаря совершенствованию анестезиологического обеспечения, аппаратуры и техники исследования бронхоскопии выполняют на высоте кровотечения. Пока это единственный способ, который позволяет осмотреть дыхательные пути и непосредственно увидеть источник кровотечения, либо точно определить бронх, из которого выделяется кровь. Во время бронхоскопии возможно прямое воздействие на источник кровотечения (диатермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, радиоволновое воздействие), или выполнить окклюзию бронха, из которого поступает кровь [6, 9].

Лёгочные кровотечения могут осложнять течение многих заболеваний дыхательных путей и лёгких, сердечно-сосудистой системы и крови [2]. Наиболее частыми причинами ЛК являются хронические воспалительные заболевания лёгких (30–33%), туберкулёз (40%), рак лёгкого (15%), а также болезни сердечно-сосудистой системы [1, 4]. Профузное легочное кровотечение может произойти в случае прорыва аневризмы аорты в левый главный бронх с образованием аортально-бронхиального свища [7].

Учитывая редкость данной патологии и значительные трудности рентгенологической и эндоскопической диагностики, хотим поделиться собственными наблюдениями.

Больная А., 39 лет, поступила в ГКБ им. С.П.Боткина 31.05.08 с жалобами на першение в горле, дискомфорт за грудиной, кровохарканье. Эти жалобы отмечает в течение суток. Из анамнеза известно, что в 1982 г. про-

изведена операция – пластика нисходящего отдела грудной аорты по поводу коарктации аорты.

При поступлении выполнено ЭХО-КГ: ниже места отхождения левой подключичной артерии выявлена мешотчатая аневризма размерами 46х50 мм. Боковая стенка выстлана пристеночным тромбом. При бронхоскопии картина состоявшегося кровотечения, источник которого находится в верхней зоне левого легкого. Через 10 мин после бронхоскопии развилось легочное кровотечение, по поводу которого больная переведена в реанимационное отделение в тяжелом состоянии. Предполагаемый объем кровопотери – около 900 мл. На фоне проводимой гемостатической терапии кровотечение остановилось. В экстренном порядке выполнена КТ – картина ложной аневризмы перешейка грудной аорты 61х61х62 мм. Имбибиция ткани левого легкого. При ангиографическом исследовании выявлено аневризматическое расширение нисходящего отдела грудной аорты (рис. 1).



Рис. 1. Больная А., 39 лет. Ангиография. Аневризматическое расширение нисходящего отдела грудной аорты

Учитывая легочное кровотечение, поставлен диагноз аортально-бронхиальный свищ. 5.06.08. больная была оперирована – обнаружен аневризматический мешок размером 6х8х8 см, на боковой поверхности мешка определяется аортально-легочный свищ диаметром 4 мм. Выполнена резекция ложной аневризмы с протезированием нисходящего отдела грудной аорты синтетическим протезом «Vascutek» в условиях искусственного кровообращения. Выздоровление.

Больной П., 48 лет, поступил в ГКБ им. С..П. Боткина 8.12.08. с жалобами на нарастающую одышку при минимальной физической нагрузке в течение 1,5 недель. Из анамнеза (со слов больного) в 2006 г. больному выполняли бронхоскопию и диагностировали какое-то образование левого главного бронха. Заключение биопсии на руках нет. На рентгенограмме органов грудной клетки от 8.12.08. отмечается объемное уменьшение левого легочного поля (рис. 2).

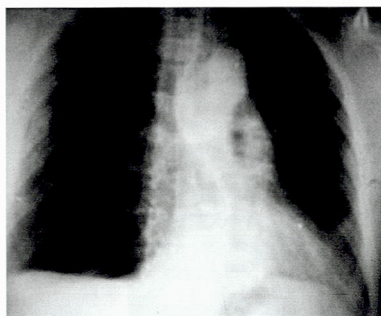


Рис. 2. Больной П., 48 лет. Обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции. Органы средостения смещены влево. Левое легкое уменьшено в объеме, правое легкое компенсаторно вздуто, частично вдается в левый гемиторакс

В видимых отделах легких очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Больной направлен на экстренную бронхоскопию с диагнозом опухоль левого главного бронха. При бронхоскопии обнаружено отдаливание задней, медиальной и передней стенок левого главного бронха, карина плохо визуализируется. В просвете левого главного бронха видно экзофитное образование, неправильной формы, с неровной поверхностью, серого цвета, из-под которого подтекает алая кровь. Образование полностью обтурирует просвет главного бронха, (рис. 3).

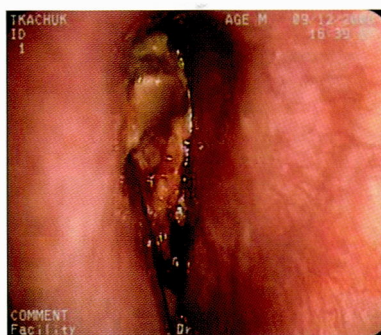


Рис. 3. Больной П., 48 лет. Эндофото. Стеноз левого главного бронха за счет сдавления извне, экзофитное образование, полностью обтурирующее просвет бронха

При инструментальной пальпации образование плотное, выполнена биопсия. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружены слизь, фибрин и скопление лейкоцитов. 11.12.08. произведе-

но КТ органов грудной клетки: левый главный бронх резко сужен вплоть до обрыва его просвета за счет сдавления патологическим образованием средостения, расположенным между главным бронхом и нисходящей аортой, непосредственно примыкая к месту перехода дуги в нисходящий отдел аорты. Это образование мягкой плотности, неправильно овальной формы, размером 48х42 мм, стенки образования покрыты кальцинированными включениями. Заключение: мешотчатая аневризма аорты со сдавлением левого главного бронха и стенозом его (рис. 4, 5).

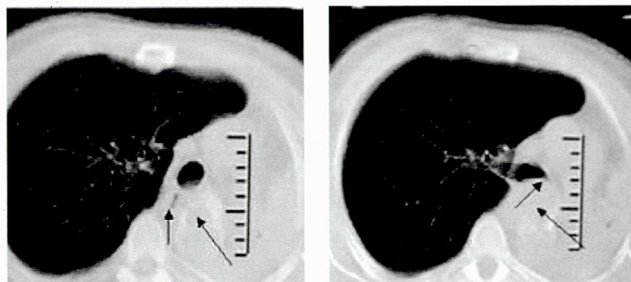


Рис. 4. Больной П., 48 лет. КТ – легочное окно. Пищевод и левый главный бронх сдавлены аневризмой аорты

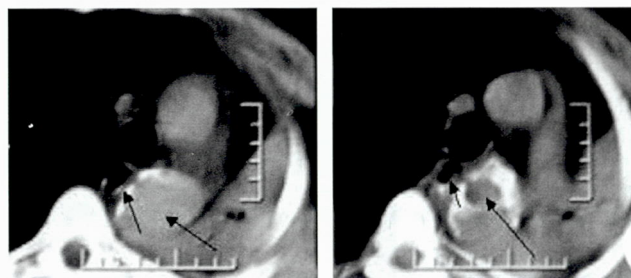


Рис. 5. Больной П., 48 лет. КТ – мягкотканое окно. Аневризма аорты сдавливает пищевод

Через 10 дней у больного развилось профузное легочное кровотечение, асфиксия и смерть. На вскрытии – разрыв аневризмы дуги аорты, аортально-бронхиальный свищ, легочное кровотечение, аспирация крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Киргинцев А.Г. Кровохарканье и легочное кровотечение//Рос. мед. журнал. 2000. №6. С. 11 – 15.
2. Овчинников А.А. Кровохарканье и легочное кровотечение//Мед. помощь. 2005. №5. С. 3 – 9.
3. Перельман М.И. Легочное кровотечение//Consilium medicum. 2006. Т.8. №3.
4. Свиштунова А.С., Чернеховская Н.Е. Туберкулез и внутренние болезни. М.: Издательский центр «Академия». 2005. 512 с.
5. Чернеховская Н.Е., Федченко Г.Г., Андреев В.Г., Повалев А.В. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания. М.: «МЕДпресс-информ». 2007. 239 с.

6. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Поваляев А.В. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания. М.: «МЕДпресс-информ». 2008. 127 с.

7. Bozkurt AK. Massive hemoptysis from pulmonary artery aneurysms//. Can Respir J. 2002 Jan-Feb;9(1):33-4.

8. Revel MP, Fournier LS, Hennebicque AS et al. Can CT replace bronchoscopy in the detection of the site and cause of bleeding in patients with large or massive hemoptysis?//Am J Roentgenol. 2002 Nov; 179 (5): 1217-24.

9. Ventsiavichus W, Tsitsenas S. Pulmonary hemorrhages of different etiology: diagnosis and treatment//Probl.Tuberk Bolezn Legk. 2005; (1):40 - 3.

КОНТАКТЫ

Чернеховская Наталья Евгеньевна – доктор
медицинских наук, профессор.
РМАПО, ГКБ им. С.П. Боткина





M.I.Tech

CHOOSTENT™, HANAROSTENT™

нитиоловые саморасширяющиеся стенты

Гарантия нового качества жизни пациентам с непроходимостью пищеварительного тракта и трахеобронхиального дерева

Временные и постоянные стенты с покрытием, предназначенный для лечения обструкции различной этиологии на всех уровнях пищевода, кишечника, билиарных путей, трахеи и бронхов.

Уникальные характеристики стентов:

- Сегментарное строение с антимиграционным и антиукорачивающим механизмом
- Антирефлюксный встроенный клапан
- Золотые Ro-контрастные метки на 3-х уровнях (на концах и в центре)
- Антитравматичная и надежная конструкция фиксации стента к окружающим тканям
- Антирефлюксный встроенный клапан
- Золотые Ro-контрастные метки на 3-х уровнях (на концах и в центре)

Пилородуоденальные стенты

Трахеобронхиальные стенты

Колоректальные стенты

Билиарные стенты

Пищеводные стенты

Всегда на складе в Москве



официальный дистрибьютор

ЗАО «ШАГ»

119002, г. Москва, Карманицкий пер., д. 9 «Арбат Бизнес Центр», оф. 501А
т. +7 (495) 956-13-09, ф. +7 (495) 956-13-10; info@cookgroup.ru

ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

www.cookmedical.com

Лечение рубцовых стриктур и опухолевых стенозов:

- Проводниковые бужи Savary-Gillard.
- Hercules – трехступенчатый баллонный дилататор.
- Электроножи.
- Временные и постоянные стенты для доброкачественных, малигнизированных стриктур и трахеопищеводных свищей.

Остановка и профилактика варикозных кровотечений:

- Quicksilver – биполярный коагулятор и инъекционные иглы.
- Shooter – многозарядный лигатор варикозных вен.
- TriClip – трехбраншевый клипатор.

Лечение пищевода Баретта:

- Duette – многозарядное устройство для эндоскопической мукозэктомии.

Высокое качество!
Всегда на складе в Москве.
Гарантировано обучение специалистов.

На правах рекламы