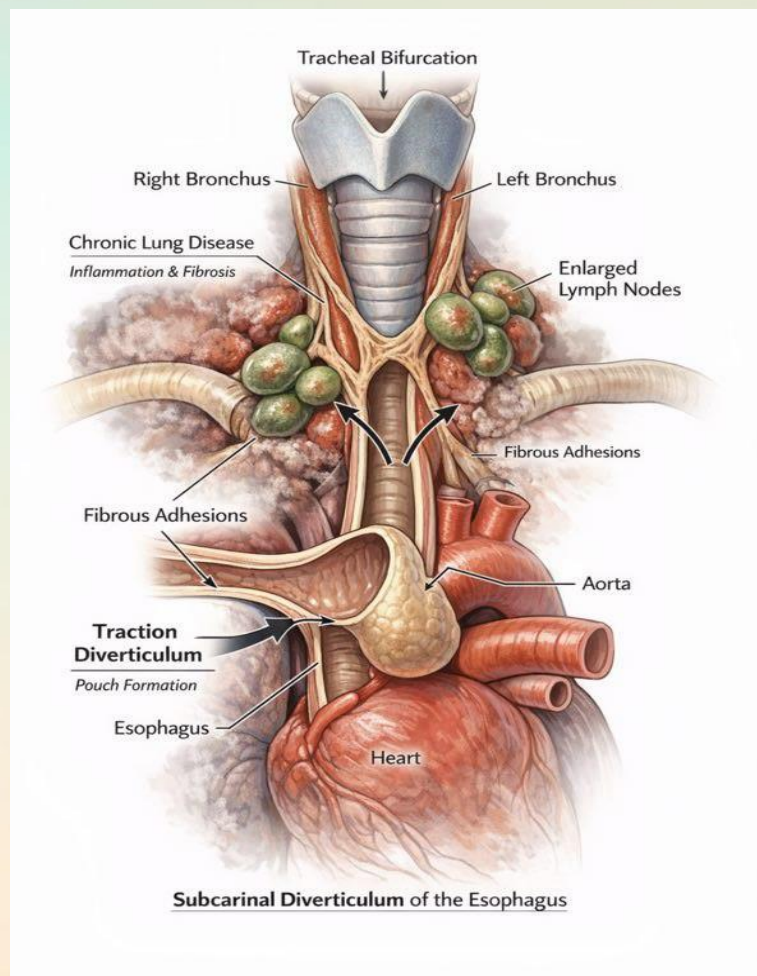


Сложные вопросы диагностики бронхообструктивного синдрома. Клинический случай



Моногарова Н.Е. – д.мед.н., зав. кафедрой факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Забазнова Ю.В. – ассистент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Глухов Д.Р. – студент 6 курса ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Бедак А.С. – врач-пульмонолог ГБУ ДНР «РКБ им. М.И. Калинина»

Что такое бронхообструктивный синдром?

Бронхообструктивный синдром (БОС) – патологическое состояние, характеризующееся сужением бронхов, отеком их слизистой, спазмом мускулатуры и гиперсекрецией мокроты, что приводит к ограничению воздушного потока (преимущественно при выдохе).

Проявляется приступообразным кашлем, одышкой и свистящими хрипами. БОС не является самостоятельной болезнью и сопутствует ряду заболеваний.

Механизмы развития БОС

- воспалительный отёк слизистой;
- гиперсекреция слизи;
- бронхоспазм;
- экстрабронхиальная компрессия.
При дивертикуле: компрессия бронхов +
рефлюкс-ассоциированное воспаление

ОТЕК

СЛИЗЬ

СПАЗМ

СДАВЛЕНИЕ

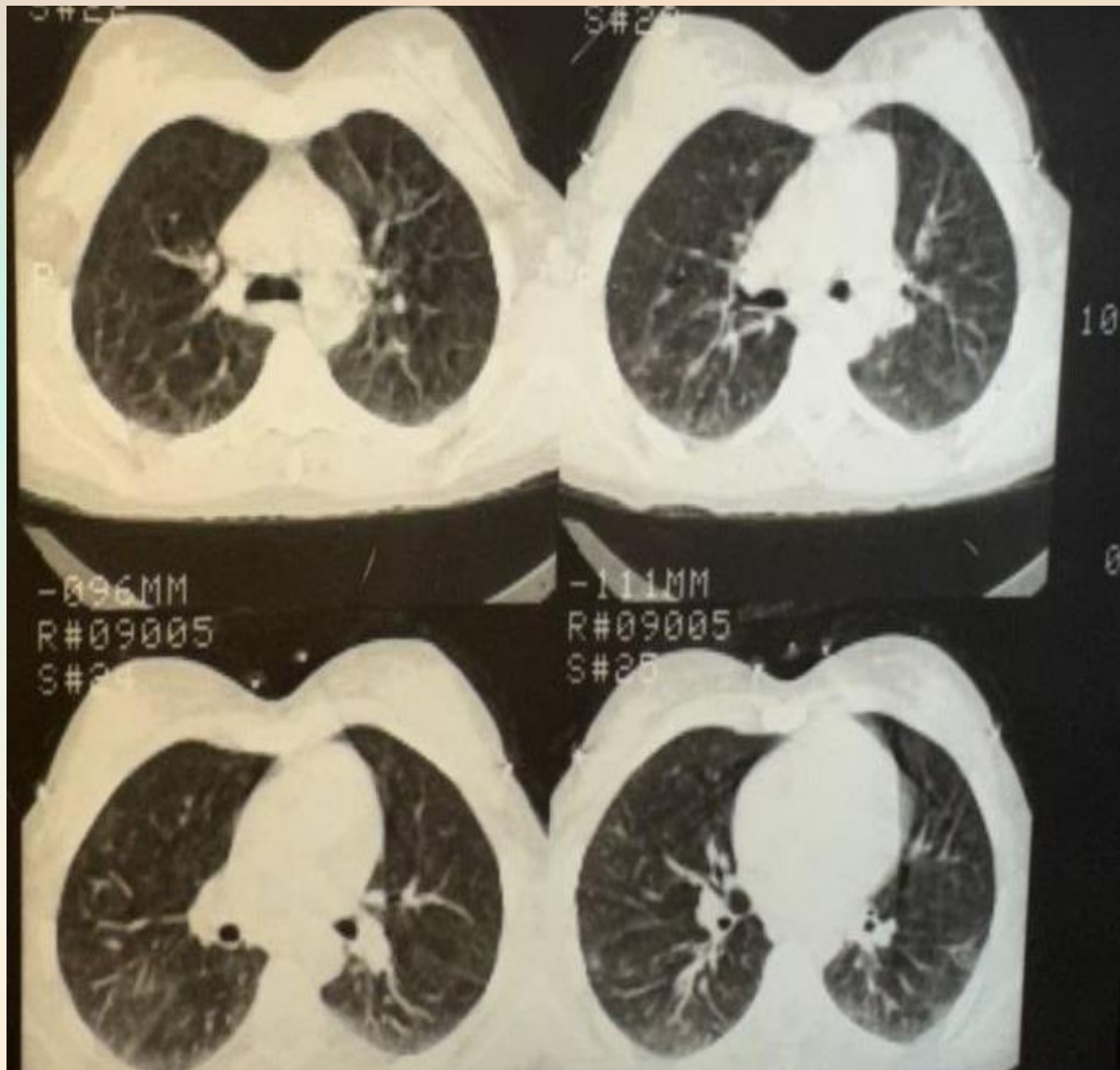
Клинический случай

Пациентка Л.Г. 1966 г.р. Впервые обратилась в пульмонологическое отделение Областной клинической больницы им. М.И. Калинина г. Донецка в 1998 г. С жалобами на выраженную одышку в покое, усиливающуюся при минимальной нагрузке, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кашель, появление высыпаний на коже, увеличение периферических л/у. Жалобы появились три месяца назад. Из анамнеза: больная живет в частном доме и её семья занимается птицеводством. При обследовании у больной был зарегистрирован высокий уровень гистамина, серотонина, выявлена сенсibilизация к перу птицы.

Выставлен диагноз: экзогенно-аллергический альвеолит (гиперчувствительный пневмонит), ДН 2.

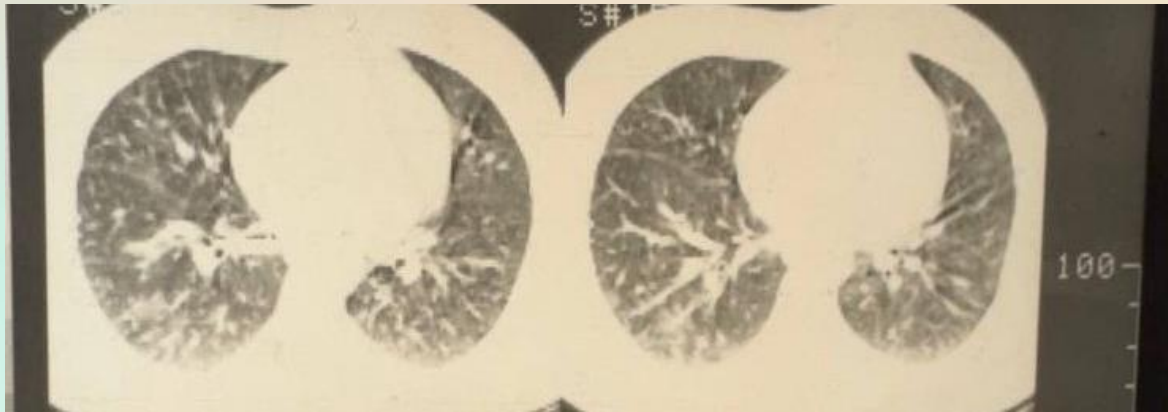
Биопсия лимфатического узла: гиперплазия лимфоидной ткани, участок склероза, единичная лимфоцитарная – эпителиоидноклеточные гранулемы с гигантско-мелкоклеточными клетками типа Пирогова – Лангханса – по видимому саркоидная реакция.

Назначено лечение: преднизолон, курсы плазмафереза.

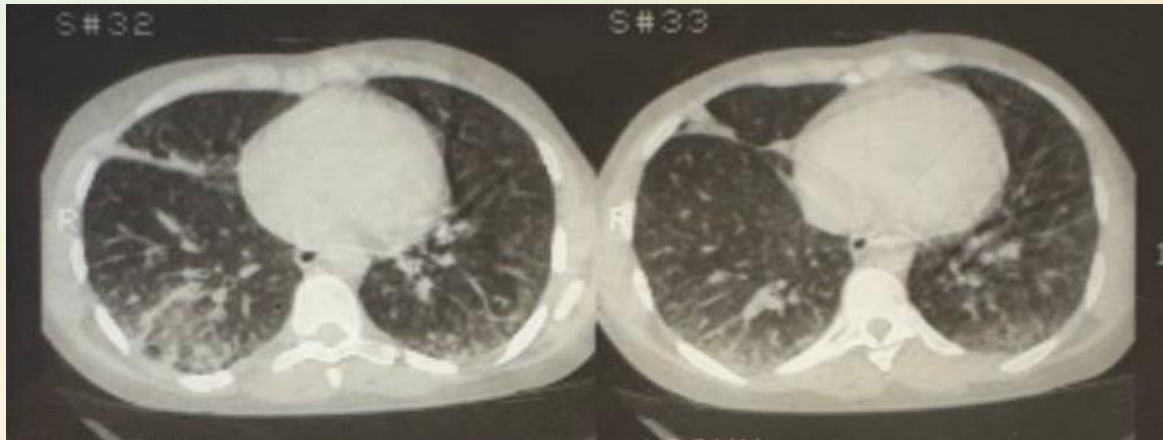


**КТ ОГК от 05.09.1998 г.:
определяется диффузное
снижение прозрачности обоих
легких с участками
альвеолярной инфильтрации
по типу «матового стекла», от
которого визуализируется
усиленный сосудистый
рисунок. Трахея и бронхи не
изменены. Изменения
обусловлены диффузным
интерстициальным процессом.**

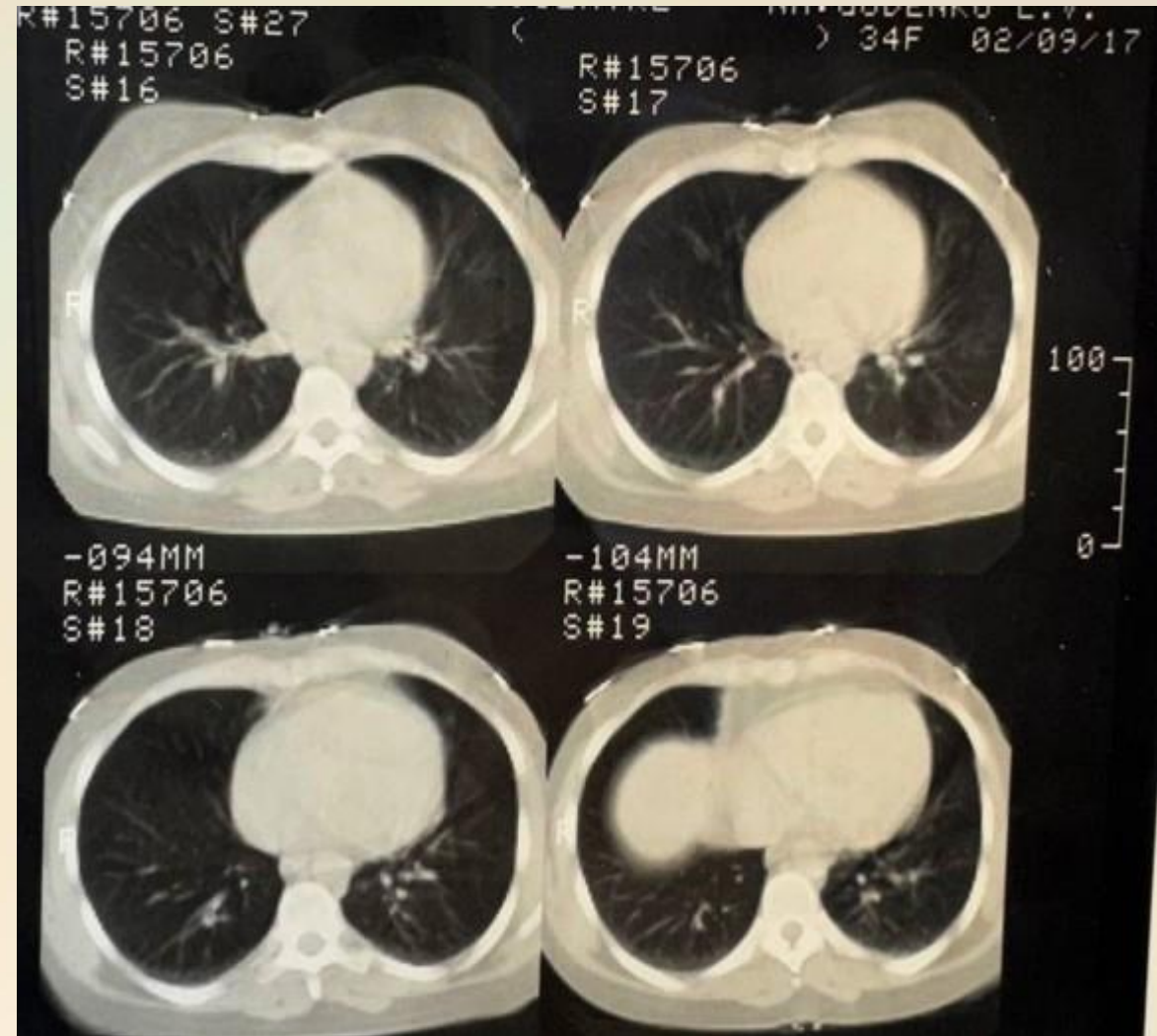
КТ ОГК в динамике



2000 год



2001 год



2002 год

✓ **Консультация пульмонолога в НИИ фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского:**

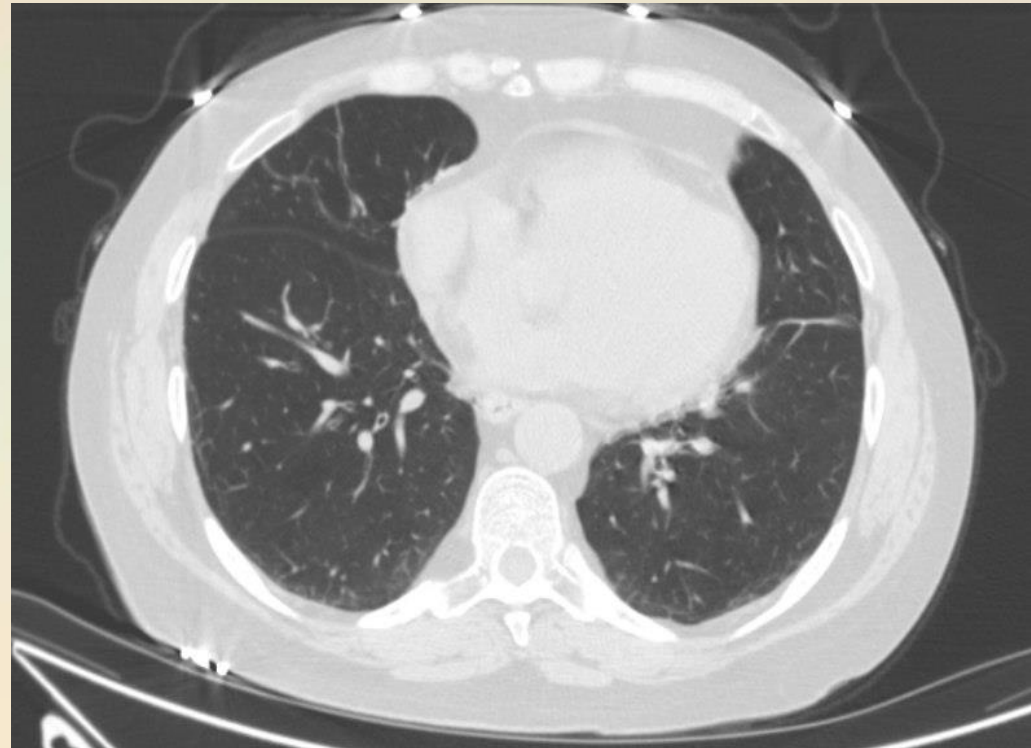
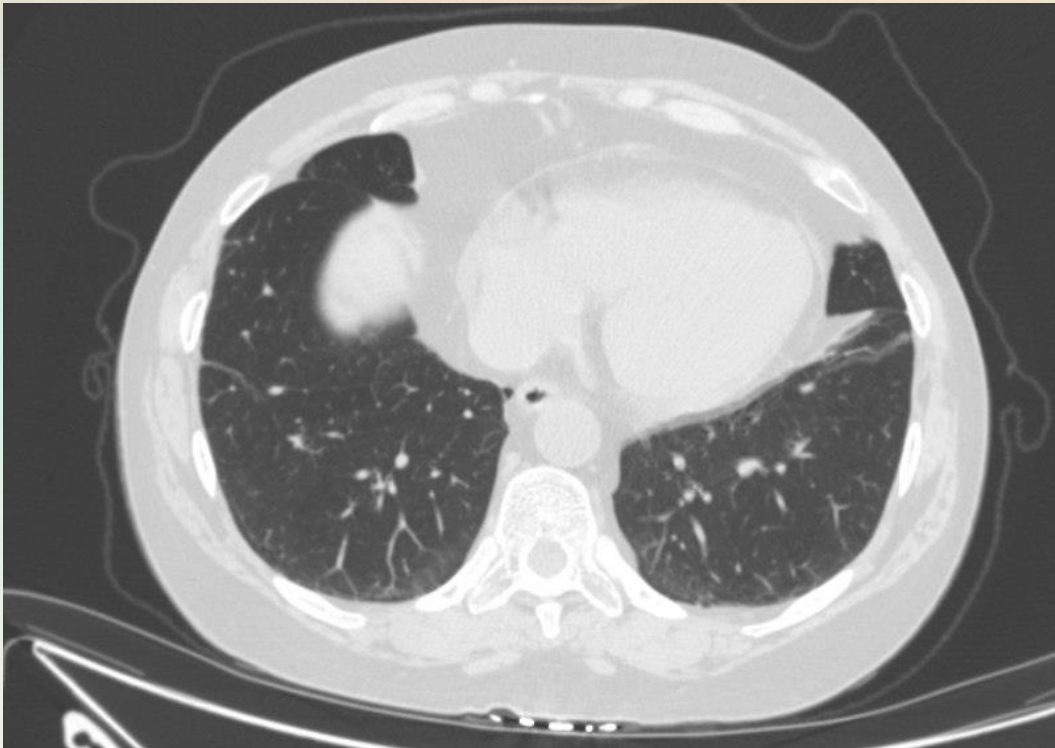
Диагноз необходимо дифференцировать между саркоидозом органов дыхания и экзогенно-аллергическим альвеолитом.

Учитывая результаты биопсии лимфоузлов, динамику КТ ОГК больше данных в пользу саркоидоза. Метасаркоидный пневмосклероз ДН 1-2 по смешанному типу.

Рекомендации: постепенные снижения дозы преднизолона, по 1 мг в месяц.

✓ Длительное наблюдение за пациенткой показало стабильное течение процесса, выраженного обострения заболевания выявлено не было. Больная периодически бросала принимать преднизолон, что сопровождалось ухудшением общего состояния, появлением симптоматики, субфебрилитета, кашля, одышки. В течении последних трех лет у больной появились приступы затрудненного дыхания, при проведении бодиплетизмографии выявлены нарушения функции дыхания по обструктивному типу.

КТ ОГК в динамике 2024 г.

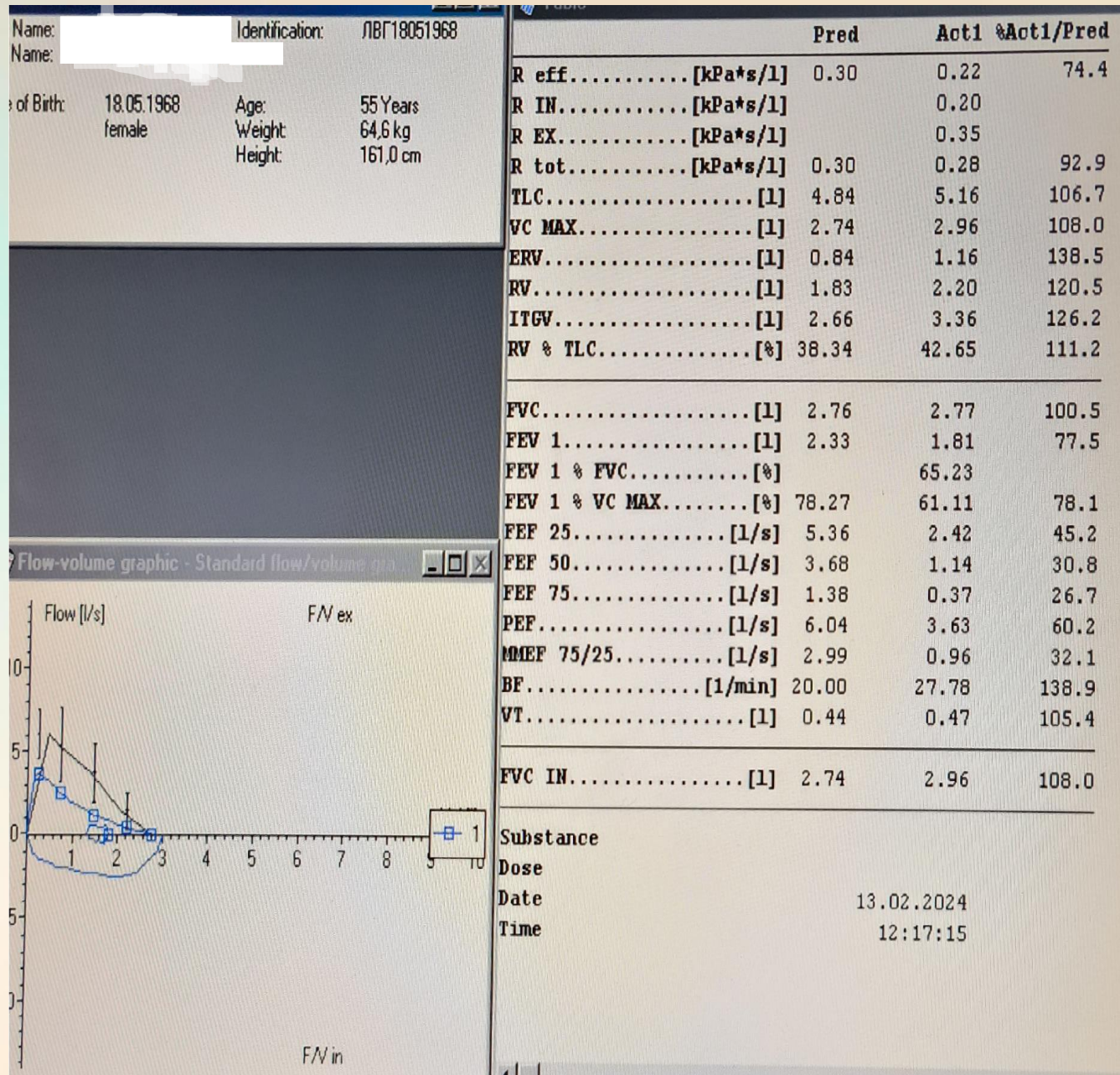


В S3 с двух сторон, язычковых сегментах слева, средней доле справа, а также в базальных и субплевральных отделах нижних долей определяются участки уплотнения линейной формы. Легочной рисунок с обеих сторон не изменен. Заключение: участки пневмосклероза в легких.

Бодиплетизмография

2024 год

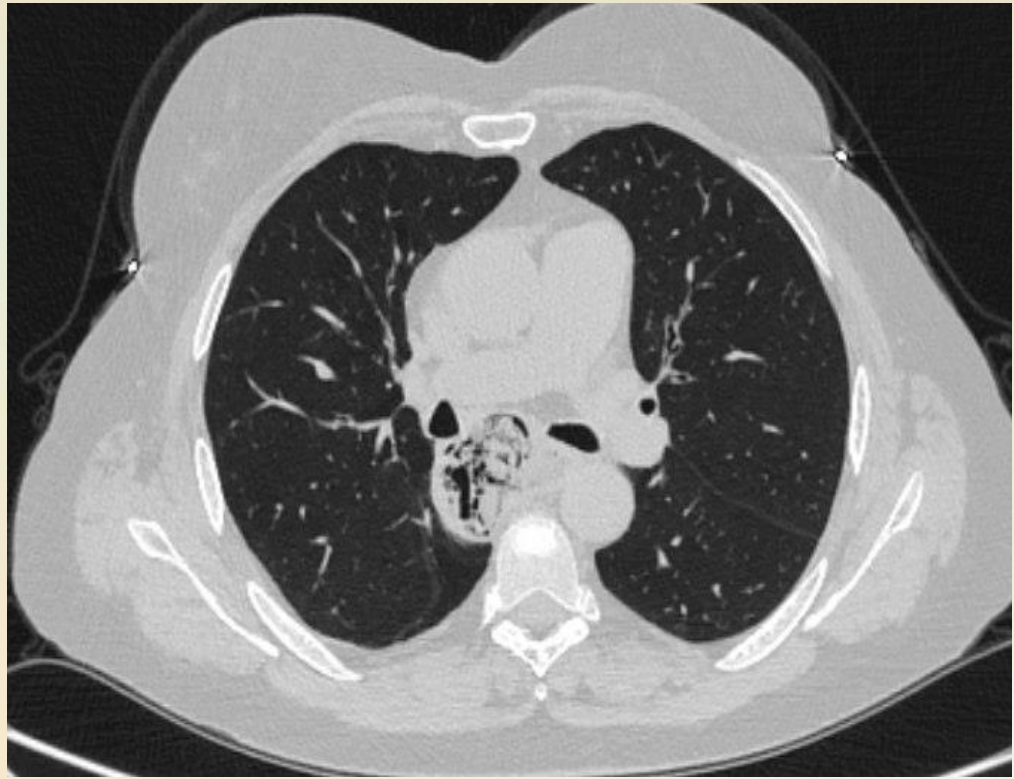
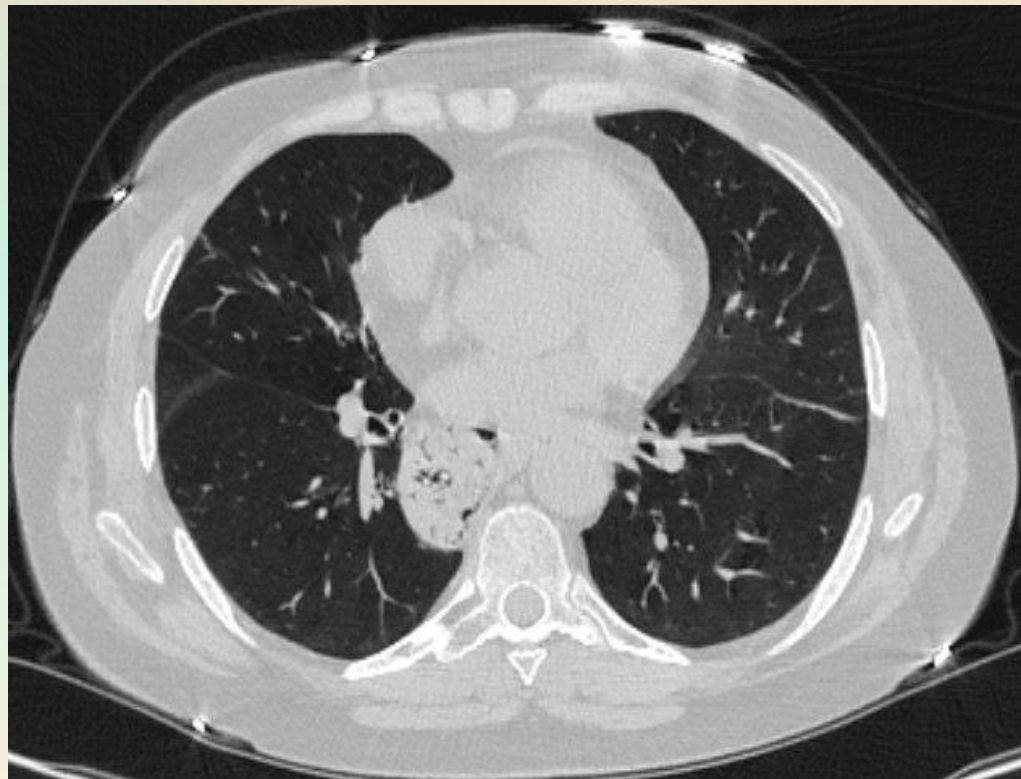
Умеренное нарушение бронхиальной проходимости на уровне бронхов крупного и среднего калибра, значительное на уровне мелкого калибра. Отмечается не большое увеличение остаточного объема легких (на 22,7%). Внутригрудного объема легких на (26,3%).



С марта 2025 года больная стала отмечать:

- Усиление одышки;
- Периодические приступы удушья, которые не купируются ингаляциями сальбутамола;
- Тошноту;
- Рвоту съеденной пищей;
- Срыгивание;
- Гнилостный запах изо рта;
- Ощущение комка в горле;
- За медицинской помощью не обращалась.

КТ ОГК в динамике 2025 год

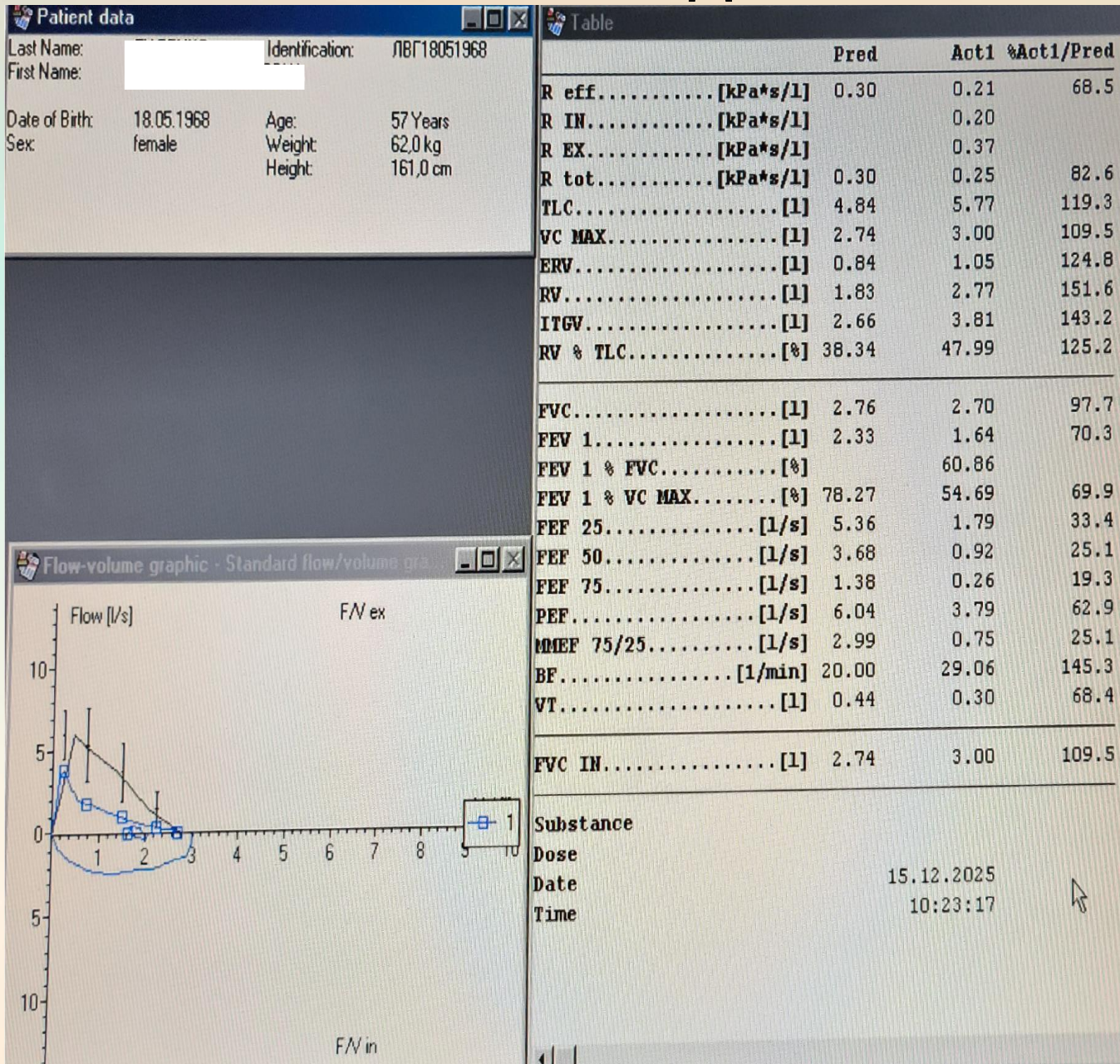


В средней трети пищевода справа, ниже бифуркации трахеи, определяются выпячивания стенки пищевода с формированием полости, выполненной содержимым, размером 5,7 4,8 см. в базальных и субплевральных отделах легких, больше слева, определяются участки фиброза линейной формы. Заключение: дивертикул пищевода больших размеров. Пневмофиброз.

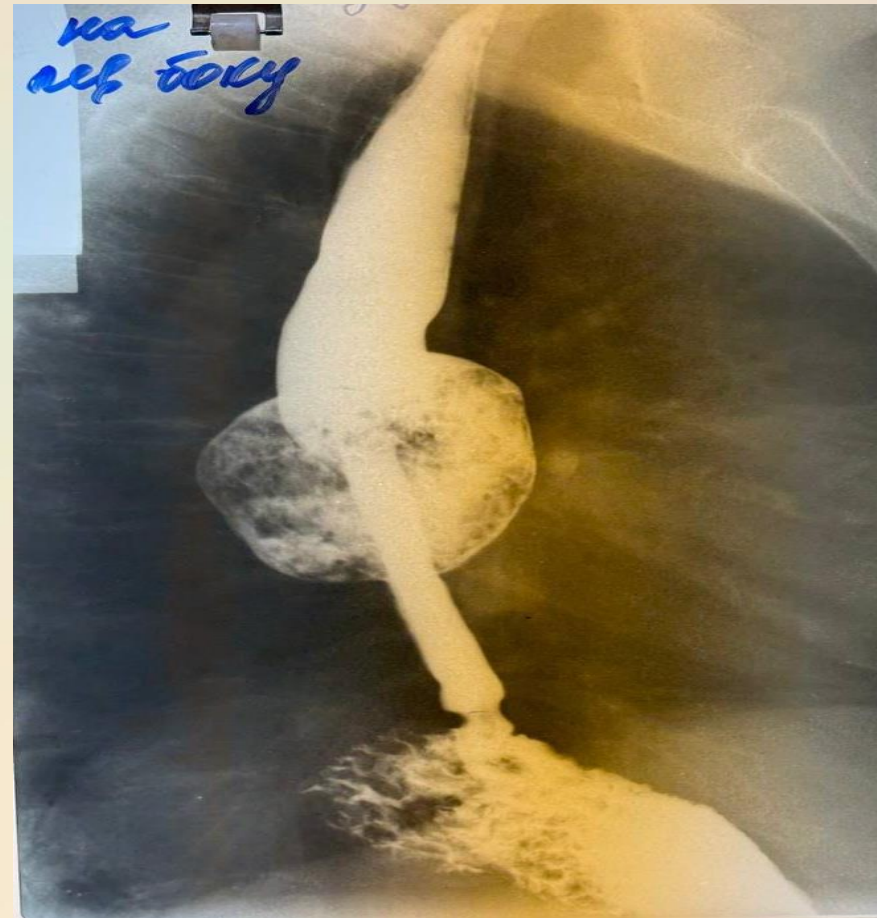
Бодиплетизмография

2025 год

Умеренное нарушение вентиляционной способности легких по обструктивному типу. Значительное нарушение бронхиальной проходимости на уровне бронхов крупного и среднего калибра, резкое на уровне мелкого калибра. Отмечается увеличение остаточного объема легких на (51,6%), внутригрудного объема легких на (43,2%).



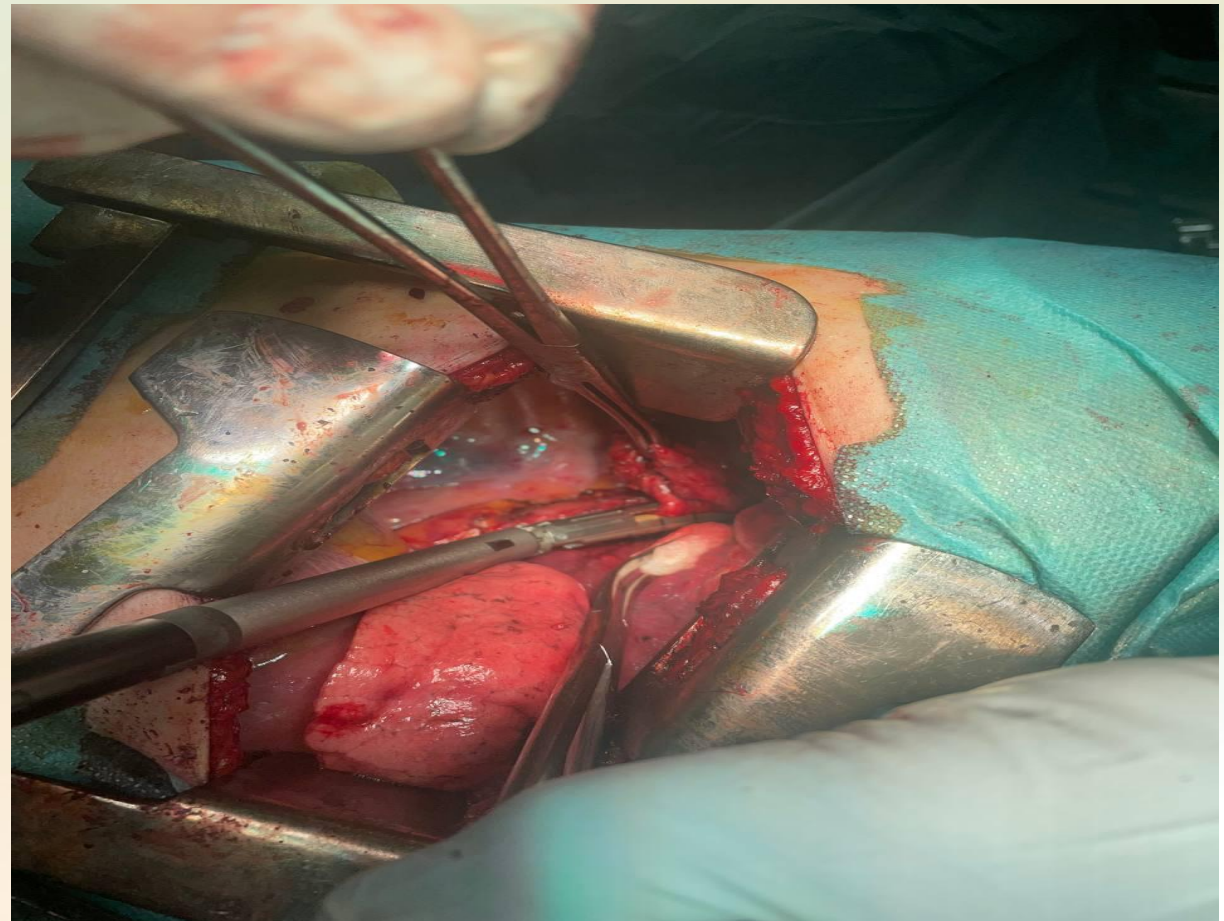
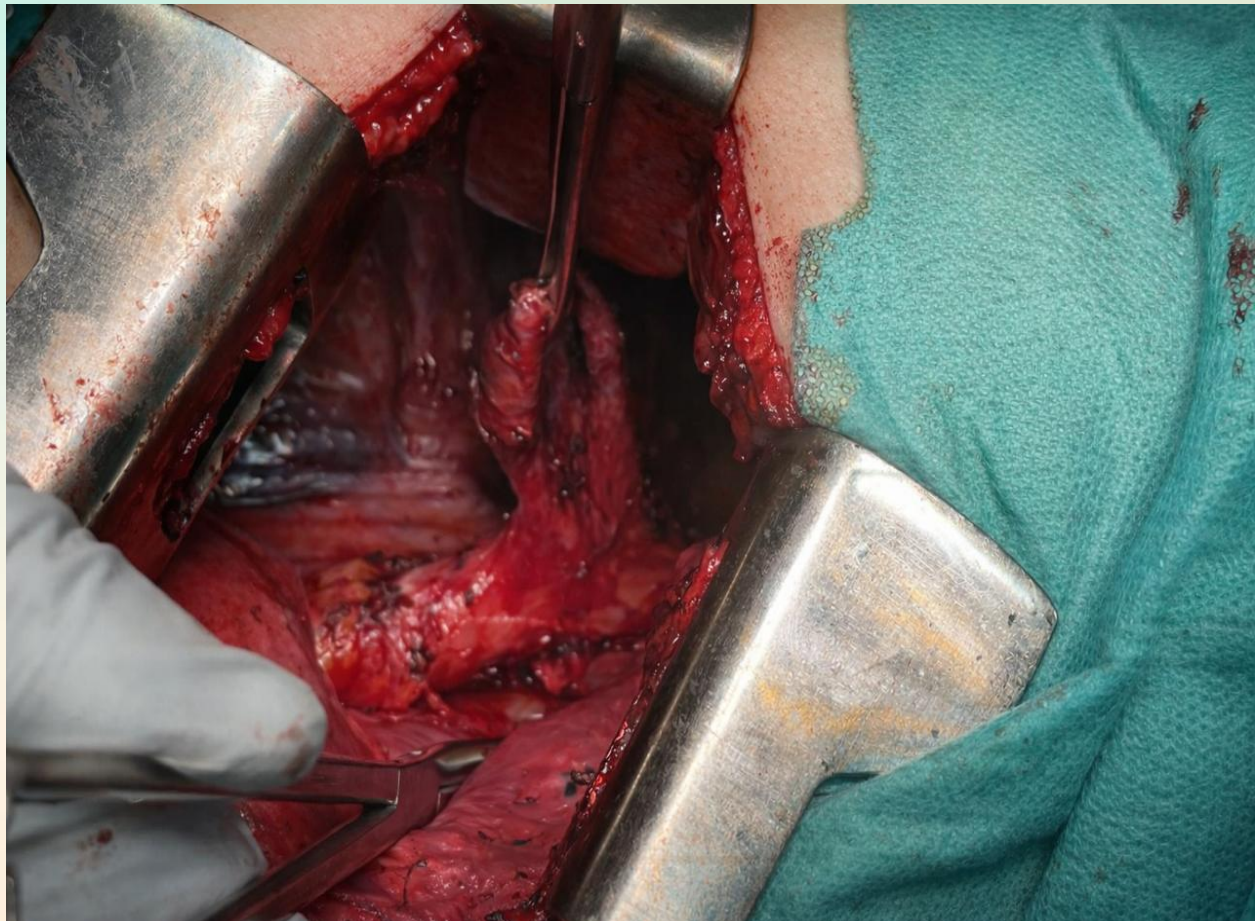
Рентгенография пищевода с контрастированием



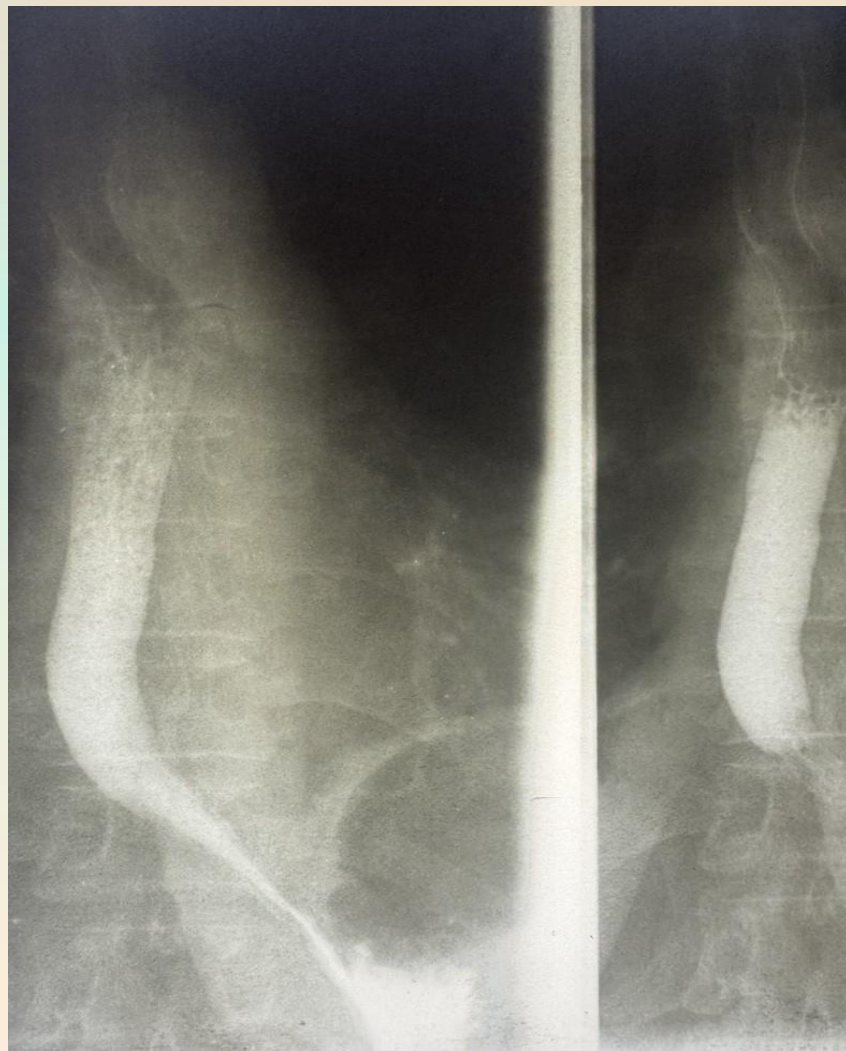
Дивертикул грудного отдела пищевода справа в проекции бифуркации трахеи, с наличием рентгенпризнаков дивертикулита. В нижних легочных полях с обеих сторон усиление и деформация легочного рисунка, за счет пневмосклероза.

ФЭГДС: нормальная эндоскопическая картина пищевода. Дивертикул пищевода с признаками дивертикулита. Поверхностный гастрит. Выраженный дуоденит.

В январе 2026 года проведена операция: торакотомия справа, дивертикулэктомия, дренирование плевральной полости. Гистологическое заключение: истинный дивертикул пищевода.

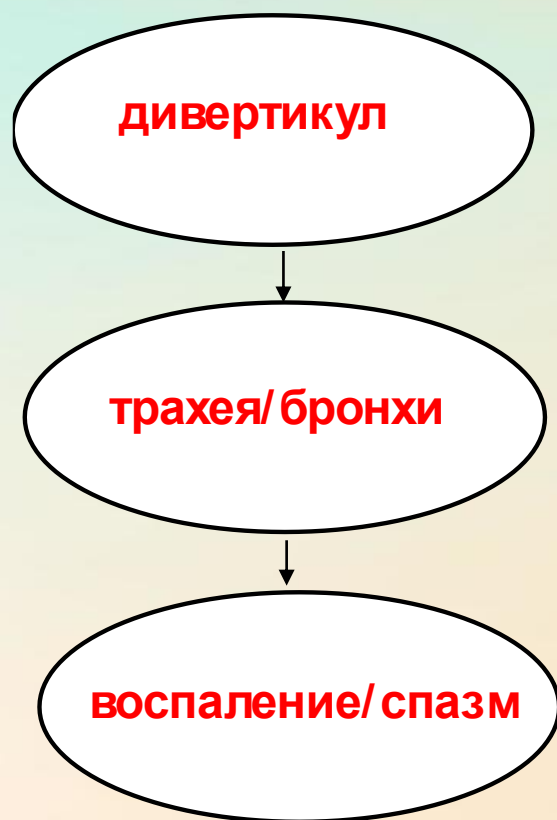


Рентгенография пищевода с контрастированием после операции



Патогенетическая связь дивертикула пищевода и БОС

Почему возникает бронхообструкция?



- Механическое сдавление бронхов крупным дивертикулом.
- Рефлюкс-индуцированное воспаление:
микроаспирация содержимого дивертикула;
стимуляция блуждающего нерва → бронхоспазм.
- Рефлекторная дисфункция из-за раздражения рецепторов пищевода.
- Хроническое воспаление средостения → перибронхиальный фиброз.

Выводы

- Среди дивертикулов ЖКТ — ~40 % приходится на пищевод.
- Бифуркационные дивертикулы часто бессимптомны или маскируются под бронхолёгочную патологию.
- Бронхообструктивный синдром (БОС) при дивертикуле — редкая, но клинически значимая ассоциация.
- Ошибка диагностики ведёт к неэффективной терапии и прогрессированию осложнений.

**Благодарим за
внимание!**