

Задача № 2

Дифференциальная диагностика бронхоэктазов

О.Н.Бродская¹ ✉, И.Н.Бутюгина^{2,3}, О.Ю.Грачева²

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И.Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации: 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, 1

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Д.Д.Плетнева Департамента здравоохранения города Москвы»: 105077, Москва, ул. 11-я Парковая, 32

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии» Федерального медико-биологического агентства России: 115682, Москва, Ореховый бульвар, 28

© Бродская О.Н. и соавт., 2022

Для цитирования: Бродская О.Н., Бутюгина И.Н., Грачева О.Ю. Дифференциальная диагностика бронхоэктазов. *Пульмонология*. 2022; 32 (6): 921–922, 928–930. DOI: 10.18093/0869-0189-2022-32-6-921-922-928-930

Challenge No.2

Differential diagnosis of bronchiectasis

Olga N. Brodskaya¹ ✉, Irina N. Butyugina^{2,3}, Olga Yu. Gracheva²

¹ Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov Medical University), Healthcare Ministry of Russia: ul. Ostrovityanova 1, Moscow, 117997, Russia

² Federal Pulmonology Research Institute, Federal Medical and Biological Agency of Russia: Orehovyy bul'var 28,, Moscow, 115682, Russia

³ D.D.Pletnev City Teaching Hospital, Moscow Healthcare Department: ul. Odninadtsataya Parkovaya 32, Moscow, 105077, Russia

© Brodskaya O.N. et al., 2022

For citation: Brodskaya O.N., Butyugina I.N., Gracheva O.Yu. Differential diagnosis of bronchiectasis. *Pul'monologiya*. 2022; 32 (6): 921–922, 928–930 (in Russian). DOI: 10.18093/0869-0189-2022-32-6-921-922-928-930

Диагностика бронхоэктазии складывается из собственно регистрации этого феномена, оценки распространенности изменений, уточнения микробного пейзажа и, что особенно важно, поиска причин развития бронхоэктазов. Нередко бронхоэктазия оказывается не самостоятельной болезнью, а лишь составным синдромом в рамках других заболеваний. Очевидно, что лечебные подходы к бронхоэктазам значительно различаются в зависимости от фонового заболевания. Публикуемая клиническая задача иллюстрирует достаточно типичную клиническую ситуацию при дифференциальной диагностике бронхоэктазов.

Пациентка А. 40 лет. Жалобы на кашель со слизисто-гнойной мокротой. Данная проблема беспокоит на протяжении последних 7 лет. В 2017 г. при выполнении компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки выявлены бронхоэктазы, в течение последнего года отмечены обострения каждые 2–3 мес., протекающие с увеличением количества и степени гнойности мокроты, субфебрилитетом. После курсов антибактериальной терапии отмечается некоторое улучшение состояния, однако по завершении терапии симптомы вновь усугубляются. Госпитализирована в плановом порядке для уточнения диагноза.

Наследственность по болезням дыхательной системы заболеваниями неотягощена. В детстве частых бронхоле-

гочных заболеваний не отмечалось. Никогда не курила, профессиональных вредностей не установлено. Наличие аллергии на пыль, пыльцу, животных, лекарственные препараты, хронического риносинусита, рецидивирующих отитов, склонности к диарее, бесплодие отрицает.

При осмотре: рост – 162 см, масса тела – 46 кг, индекс массы тела – 17,56 кг / м², сатурация крови кислородом – 96 %, частота дыхания – 18 в минуту. Воронкообразная деформация грудной клетки. Перкуторный звук – коробочный. Жесткое дыхание, рассеянные низкотональные сухие хрипы. Частота сердечных сокращений – 80 в минуту, ритм правильный. Артериальное давление – 110 / 70 мм рт. ст.

Результат диагностической пробы с аллергеном рекомбинантным (Диаскинтест®) – отрицательный.

Выполнена КТ органов грудной клетки (см. рисунок).

При проведении фибробронхоскопии получены бронхоальвеолярные смывы, жидкость исследована при помощи люминисцентной микроскопии. Выявлены кислотоустойчивые микобактерии.

Наиболее вероятный диагноз:

- муковисцидоз;
- туберкулез легких;
- первичная цилиарная дискинезия;
- нетуберкулезный микобактериоз.

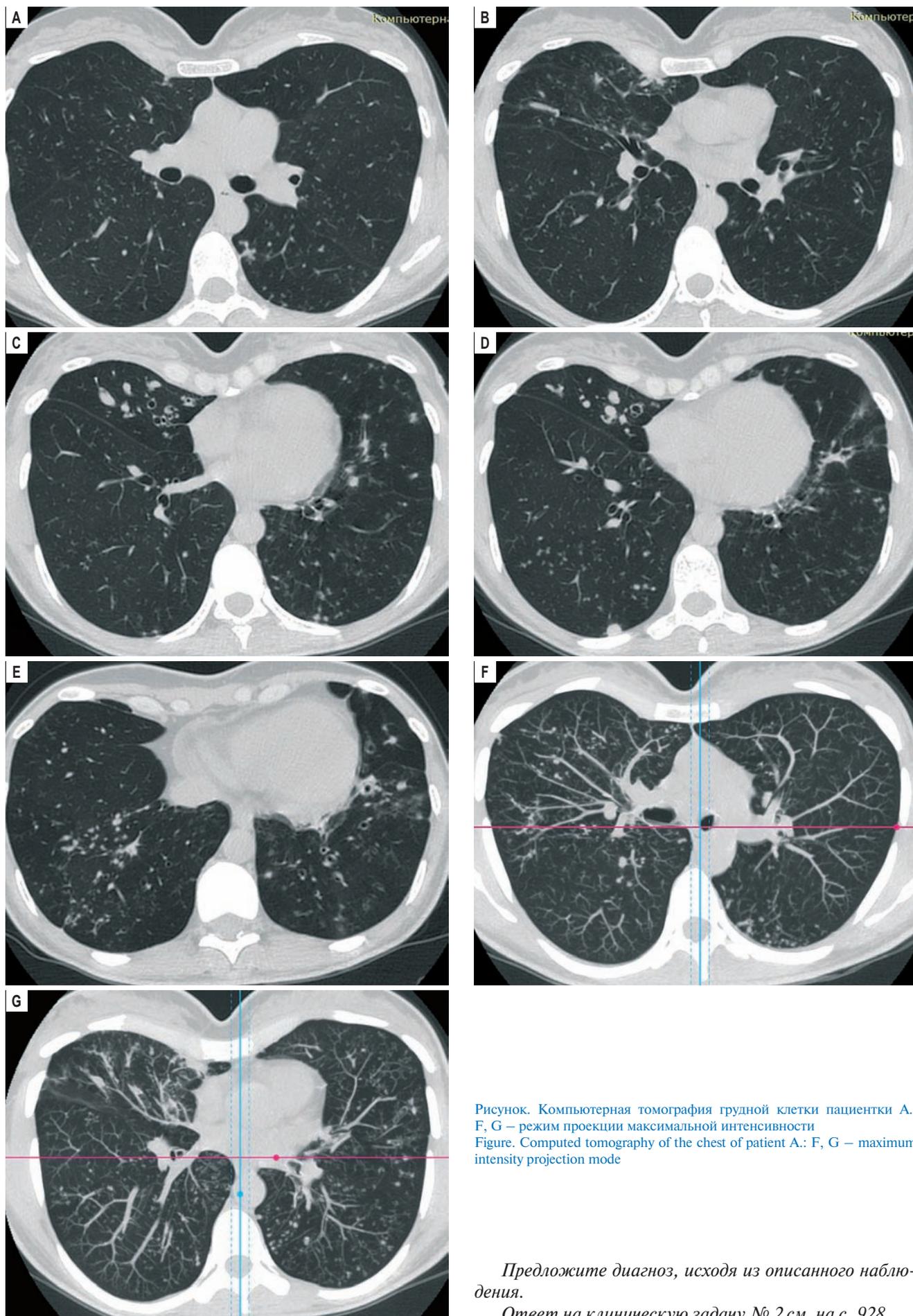


Рисунок. Компьютерная томография грудной клетки пациентки А.: F, G – режим проекции максимальной интенсивности
Figure. Computed tomography of the chest of patient A.: F, G – maximum intensity projection mode

Предложите диагноз, исходя из описанного наблюдения.
Ответ на клиническую задачу № 2 см. на с. 928.