

Диагностическая и лечебная бронхоскопия

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2000.– Vol 4, №2. – 60 - 64

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ.

В. В. Грубник П. П. Шипулин, Ю. Г. Ткач, С В. Агеев

Одесский государственный медицинский университет.

Одесская областная клиническая больница

За период с 1987 по 2000 г. в клинике Одесской областной клинической больницы выполнено 860 эндоскопических лазерных операций (ЭЛО) у 600 больных с органическим поражением трахеи и бронхов.

Показаниями к ЭЛО служили: центральная форма рака легкого, сопровождающаяся эндобронхиальным опухолевым стенозом дыхательных путей, кровотечения, вызванные неоперабельной раковой опухолью, доброкачественные опухоли трахеи и бронхов в случае возможности их радикальной деструкции или при наличии противопоказаний к трансторакальной операции. Реже лазерные операции использовались как подготовительный этап к радикальной операции.

Среди анализируемой группы было 560 (93,3%) мужчин и 40 (6,7%) женщин в возрасте от 24 до 78 лет. У 522 (87%) больных отмечены распространенные формы центрального рака легкого, у 28 (4,7%) - аденомы бронха, из них у 12-малигнизированные, у 36 (6%) пациентов выявлены рубцовые поражения трахеобронхиального дерева при наличии стеноза трахеи либо главных бронхов, у 14 (2,3%) больных наблюдали другие, более редкие опухоли трахеи и бронхов.

В качестве источника лазерного излучения использован неодимовый АИГ - лазер «Радуга - 1». При проведении ЭЛО использовали выходную мощность от 10 до 50 Вт. Методом выбора при выполнении ЭЛО была ригидная бронхоскопия и общее обезболивание. Для точного наведения лазерного луча на объект использована комбинация кварцевого световода с тонкой телескопической оптикой.

В 432 ЭЛО (49,8%) использован метод бесконтактной фотодеструкции опухоли, в 428 (50,2%) случаях выполнена контактная фотодеструкция с использованием обнаженного кварцевого волокна либо сапфирового наконечника. У 108 (18%) больных лазерное разрушение опухоли комбинировали с электрохирургической петлевой резекцией. Для профилактики рестеноза у 65 больных использовали эндопротезирование дыхательных путей силиконовыми стентами оригинальной конструкции.

В результате проведения ЭЛО у 328 (54,7%) больных достигнуто полное восстановление бронхиальной проходимости, что потребовало нескольких операций и суммарных доз энергии от 10 000 до 30 000 Дж. Полное устранение опухолевого стеноза создавало оптимальные условия для последующего проведения курсов химиолучевой терапии, а у 59 (10%) больных в последующем выполнена радикальная операция.

В 162 (27%) наблюдениях достигнута частичная реканализация стеноза, что также сопровождалось клиническим улучшением.

Эффект ЭЛО отсутствовал у 110 (18,3%) больных. У 93 пациентов причиной неудовлетворительного результата ЭЛО послужила центральная форма рака легкого с инфильтративным ростом и наличием распространенного перибронхиального опухолевого стеноза, в 17 случаях ЭЛО проведены без учета показаний к эндоскопическим операциям. Осложнения в виде перфорации бронхиальной стенки, кровотечения, ларингоспазма, острой сердечной недостаточности отмечены у 20 больных. Отмечены 2 летальных случая, непосредственной причиной которых была перфорация бронхиальной стенки и кровотечение из легочных сосудов.

Таким образом, ЭЛО при неоперабельных формах центрального рака легкого являются вариантом паллиативного восстановления бронхиальной проходимости, данные вмешательства представляют собой подготовительный этап хирургического лечения для последующего проведения курсов химиолучевой терапии. ЭЛО позволяют значительно улучшить качество жизни больных и ее продолжительность (до 13,6 мес.).

У большинства пациентов с доброкачественными опухолями бронха и рубцовыми поражениями ЭЛО по радикальности и отдаленным результатам не уступают реконструктивно-пластическим операциям.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БРОНХОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Д.С.Губанов, В.Т.Михно, Ю.И.Кубикова, Н.А.Синепупова.

Донецкий областной диагностический центр, Отдел эндоскопических исследований
Отдел анестезиологии

Современный уровень лечебно-диагностических манипуляций выдвигает перед врачами эндоскопистами и анестезиологами ряд проблем, связанных с: высокорефлекторными зонами осмотра, тяжестью исходного состояния пациентов, нецелесообразностью длительного манипулирования в трахеобронхиальном дереве. Расширение возможностей фибробронхоскопии, а именно широкое использование методики селективной бронхографии под контролем компьютерного томографа, реканализации объемных образований в трахеи и бронхах с использованием высокоэнергетического лазера, увеличивает риск возникновения ятрогенных осложнений, возникающих как во время исследования (ларинго-бронхоспазм, кровотечение), так и в конце или сразу после осмотра (аллергические реакции, коллаптоидные состояния).

Так за период с 1992 по 1996 гг. оказывалась помощь больным с падением показателей АД до 90/50 мм.рт.ст. в 30 случаях, с приступами бронхиальной астмы в 11 случаях, с анафилактическим шоком - 3, с легочными кровотечениями – 7 случаев. 8-летний опыт работы бронхоскопического кабинета показал необходимость тщательного отбора больных для лечебно-диагностических исследований, с одной стороны, и анестезиологического обеспечения, с другой.

Всем больным перед исследованием с целью выявления аллергологического анамнеза, определения оптимального уровня премедикации, проводится осмотр анестезиолога. В индивидуальном порядке применяются антигистаминные препараты, м-холинолитики, при необходимости - гормоны. С целью создания оптимальных условий для работы врача-эндоскописта и психологического комфорта для пациентов применяются седативные средства, нейроплегики.

Для достижения местной анестезии используется 1% р-р дикаина в объеме до 5 мл. Ингаляционный способ позволяет достичь анестезии голосовых связок. Для местной анестезии трахеи и бронхов используется 2-5% р-ны анестетиков (новокаин, лидокаин, тримекаин, пиромекаин и т.д.) в объеме до 20 мл. Участие врача-анестезиолога (начиная от первичного осмотра и премедикации, мониторинга и заканчивая динамическим наблюдением за больным после исследования) получило название "анестезия сопровождения".

Благодаря введению практики "анестезии сопровождения" за период с 1997 по март 2000 количество осложнений значительно уменьшилось и составило: 7 - с падением АД до 90/50 мм.рт.ст., 5 случаев приступа бронхиальной астмы, 1 - анафилактический шок, 2 - кровотечения.

Выводы:

- Фибробронхоскопия под местной анестезией в условиях поликлиники является высокоинформативным диагностическим методом с одной стороны, а так же позволяет выполнять широкий спектр лечебных манипуляций с другой (при условии высококвалифицированного анестезиологического обеспечения)
- Диагностическая ценность метода не должна превышать степень риска возникновения ятрогенных осложнений. Во избежание этого необходим тщательный отбор пациентов для бронхологического исследования в условиях поликлиники.
- Проведение комплекса анестезиологических мероприятий ("анестезия сопровождения") значительно уменьшает риск ятрогенных осложнений, создают оптимальные условия для работы врача-эндоскописта.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА БРОНХИТОВ У ШАХТЕРОВ ДОНБАССА

Губанов Д.С., Мирная Е.В.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО) Областная клиническая больница профессиональных заболеваний.

Ведущее место в профессиональной патологии рабочих угольных специальностей занимает пылевая патология. В настоящей работе учитывались данные исследования шахтеров, работающих в относительно одинаковых условиях, по показателям: глубины выработки (рабочий горизонт), температуры, влажности, запыленности. Так в 160 очистных забоев шахт Донбасса концентрация пыли только в 12 менее 100 мг/м³, а в остальных - от 100 до 1000 мг/м³ и более. Таким образом, в условиях, опасных по пыли, трудятся практически все подземные рабочие. Целью настоящей работы было установление характерных изменений при эндоскопическом исследовании в зависимости от возраста и стажа работы в угольной промышленности. Учитывалась пылевая патология (эндоскопически в виде пылевой индурации слизистой) на фоне бронхита 2-3 степени, деформирующего бронхита. Всего обследовано 500 человек из них в 163 случаях выявлена указанная патология.

Результаты исследования представлены на таблице.

Стаж работы	до 6 лет		6 –12 лет		12-18 лет и более	
Наличие (+) или отсутствие (-) пылевой индурции слизистой						
Эндобронхит 2 ст.	27(-)	2(+)	14(-)	1(+)	21(-)	2(+)
Эндобронхит 3 ст.	18(-)	1(+)	28(-)	2(+)	15(-)	2(+)
Деформирующ. Бронхит	-	-	8(-)	1(+)	16(-)	5(+)

Таким образом, у шахтеров со стажем работы до 6 лет из 166 обследуемых эндобронхит 2-3 ст. и деформирующий бронхит встречались в 48 случаях (29.4%), из них с явлениями пылевой индурции - в 3 (1.8%). Со стажем работы от 6 до 12 лет - 54 (33,1%), из них с явлениями пылевой индурции 4 (2,4%). Со стажем работы от 12 до 18 лет и более патология выявлена в 60 случаях (37.5%), из них пылевые изменения встречались у 9 пациентов (5.5%). По нозологическим формам эндобронхит 2 степени у пациентов всех групп выявлен в 67 случаях, что составляет 40.3% от 163 обследуемых. Из них с явлениями пылевой индурции - 5 (3.06%). Эндобронхит 3 степени выявлен в 66 случаях (40.4%), из них с пылевым поражением - 5 (3.06%) Деформирующий бронхит выявлен в 30 случаях (19.3%), из них с явлениями пылевой индурции слизистой - 6 случаев (3.6%) от числа лиц вышеперечисленной патологией. Таким образом, с одной стороны, пылевая индурция слизистой бронхов является достоверным диагностическим признаком поражения трахеобронхиального дерева, с другой, отсутствует корреляция между стажем и степенью выраженности пылевых поражений (по данным фибробронхоскопии).

Выводы:

- Наряду с факторами внешней среды, в возникновении визуальных изменений слизистой бронхов важным моментом является состояние иммунной и ферментной систем, требующее дальнейшее изучение специалистами профпатологии с последующей оценкой и корреляцией полученных данных.
- Целесообразно включение бронхоскопии в комплекс обязательных обследований при допуске к подземным работам. Тщательный отбор уменьшит вероятность возникновения пылевых осложнений, а в последствии - в значительной степени позволит уменьшить количество

бюджетных средств, направленных на выплату пособий по утрате трудоспособности работниками угольной промышленности.

Опыт и основные направления оптимизации фибробронхоскопии у пациентов старше 80 лет

Н.А. Калашников

Главный военный клинический госпиталь МО Украины, г. Киев

Введение. Опыт фибробронхоскопии (ФБС) у лиц старше 80 лет и оптимизирующие подходы ее проведения недостаточно представлены в отечественной эндоскопии, пульмонологии и гериатрии (1,2,3). Целью проведенных исследований явилось обобщение опыта ФБС под местной анестезией у пациентов старше 80 лет и анализ эффективности мероприятий, оптимизирующих ее проведение.

Материалы и методы. За период с 1993 по 2000 год в эндоскопическом отделении ГВКГ МО Украины обследовано 60 мужчин. Ежегодно они представляли от 2 до 4% обследуемых при ФБС. По критериям ВОЗ это были лица старческого возраста и долгожители. Из них в возрасте 80 - 84 лет - 48 (80%), 85-89-8 (15,2%), 90-96 -4(6,8%) пациента. Наряду с традиционной бронхоскопией с использованием бронхофиброскопов фирмы Olympus BF-P20, BF-P30 на основе окулярных насадок светофильтров мы применяли полихроматический анализ. Всего произведено 79 лечебно- профилактических ФБС. При этом по преобладающему в клинике профилю бронхолегочной патологии с пневмонией было 26 (43,3%), хроническим бронхитом -17 (28,3%), туберкулезом легких 2(3,4%), опухолями легких - 6 (10%), экссудативным плевритом -2 (3,4%), абсцессом легкого -2 (3,4%), состоянием после резекций легких и эксплоративной торакотомии -3(5,1%), синдромом средней доли -1 (1,7%), кровохарканьем -1 (1,7%) больной. У всех пациентов определялись эмфизема и пневмосклероз легких, а также имела место патология сердечно-сосудистой системы (ИБС с мерцательной аритмией, экстрасистолией, блокадами, гипертоническая болезнь 1-111 степени) на фоне атеросклероза с хронической недостаточностью мозгового, коронарного кровообращения и возрастной патологией центральной, периферической нервной системы, часто сопровождавшейся энцефалопатией, нейросенсорной тугоухостью, нарушением координации глоточного и дыхательного рефлексов, наряду с паркинсонизмом и болезнью Альцгеймера.

Для уменьшения риска развития осложнений у пациентов старше 80 лет осуществлялся разносторонний комплекс мероприятий, оптимизирующих, подготовку ФБС, который еще недостаточно разработан в геронтоэндоскопии. Его особенности заключались в следующем. В период подготовки к ФБС необходимо:

1. определение показаний с учетом диагностической значимости исследования при глубокой оценке факторов риска со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем;

2. проведение психологической подготовки с использованием памятки;

3. проведение медикоментозной подготовки с учетом психоневрологического статуса, стабилизацией показателей кардиореспираторной системы, со снижением доз традиционного используемых препаратов.

В период проведения ФБС необходимо соблюдать следующие рекомендации :

1. использовать положение пациента " сидя";

2. осуществлять подачу увлажненного кислорода с оксигеметрией;

3. контролировать адекватность поведенческих реакций с предупреждением проглатывания местного анестетика;

4. контролировать частоту дыхания, пульса, артериального давления в допустимом для компенсаций диапазоне;

5. применять бронхоскопы малых диаметров - типа Olympus BF-P3 0;

6. проводить исследование с участием лечащего врача или анестезиолога - реаниматолога.

После ФБС для профилактики постстрессовых реакций пациентам необходимо соблюдать режим покоя и находиться под наблюдением медицинского персонала.

Результаты. При диагностической ФБС атрофический бронхит у 23 (38,3%), гнойный базальный бронхит на фоне атрофии слизистой - у 4 (6,8 %), эндобронхит 1 степени интенсивности воспаления - у 9 (15%), 0- 1 степени - у 5 (8,3%), фибринозный эндобронхит у 1 (1,7%), деформации бронхов - у 25 (43,3%), дистонии бронхов -у 28 (46,7%), инфильтративный туберкулез бронхов - у 1 (1,7%), рак легкого во II- IV стадии -у 6 (10%) с преобладанием перибронхиальной его формы, включая диссеминированную форму рака легких у 1(1,7%), состояние после лучевой терапии по поводу рака легкого - у 2 (3,4%), состояние после резекции легких - у 3 (5,1%), фиброзно-рубцовые изменения слизистой (как исход туберкулезного процесса бронхов) - у 3 (5,1%), возрастная норма -у 3 (5,1%) пациентов.

Выводы

1. В структуре обследованного контингента преобладали пациенты с пневмонией (43,3%);

2. особенностью эндоскопических изменений при ФБС у пациентов старше 80 лет является высокая частота атрофического бронхита (38,3%), деформаций (43,3%) дистонии бронхов (46,7%);

3. у пациентов с хроническим бронхитом в возрасте старше 80 лет не встречались процессы 1-11 степени воспаления, а 1 и 0-1 степени выявлялись в соотношении 2:1;

4. применение полихроматического анализа расширяло возможности диагностик атрофических, латентных (0- 1 степени) воспалительных процессов слизистой оболочки бронхов при ФБС у лиц старше 80 лет;

5. особенностью центрального рака легких у лиц старше 80 лет является проявления его преимущественно в перибронхиальной форме;

6. детальный анализ факторов риска со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной системы с проведением мероприятий оптимизирующих подготовку позволяет исключить возможные тяжелые ятрогенные осложнения на всех этапах ФБС у лиц старше 80 лет.

Заключение

Использование комплекса мероприятий, оптимизирующих подготовку к ФБС, и этап осмотра с применением ПА являются основными направлениями в повышении эффективности диагностической и лечебной ФБС у пациентов старше 80 лет.

Дальнейшее развитие геронтологической эндоскопии, в частности ФБС, обеспечит новый качественный уровень диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний легких у пожилых людей.

Литература.

1. Здоровье пожилых. Доклад Комитета экспертов ВОЗ. Издательство "Медицина".- Женева, 1992 г.
2. Руководство по гериатрии / Под ред. Д.Ф. Чеботарева, Н.Б. Маньковского -М .: Медицина . - 1982. - 543с.
3. Руководство по геронтологии / Под ред. Д.Ф. Чеботарева, Н.Б. Маньковского -М .: Медицина . - 1978. - 502с.

РОЛЬ БРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТАЛОГИИ

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение.

Отдел эндоскопических исследований.

**В.Т.Михно, Д.С.Губанов, Н.Е.Моногарова, В.В.Закомолдин, О.А.Федорченко,
А.В.Глухов, Л.Н.Литвиненко, Т.В.Кугаевская, В.Н.Ткаченко**

Нами проведен выборочный анализ 120 случаев позднего установления диагнозов больным с бронхолегочной паталогией, которым были выполнены бронхоскопические исследования в отделе эндоскопических исследований ДДЦ. В изучаемую группу вошли пациенты с заболеваниями органов дыхания, получавшие лечение более одного месяца до выполнения бронхоскопии, а также с рецидивами заболеваний в течение одного месяца и случаи с тремя и более обострениями процесса в течение 6 месяцев. Пациенты были в возрасте от 16 до 80 лет, мужчины и женщины.

В первую группу, которая состояла из 42 пациентов, вошли лица с затяжным течением пневмоний. В этой группе 28 человек (67%) лечились без заметной положительной динамики на протяжении 5-6 недель до выполнения бронхоскопии, 9 человек (21,4%) лечились 7-8 недель. И пять пациентов (11,9%) получали лечение более 8 недель.

Выявленная в этой группе после бронхоскопии паталогия распределилась таким образом: злокачественные образования бронхов-у 31 пациента(73,8%), периферический рак легкого, подтвержденный трансбронхиальной биопсией -у 6 пациентов (14,2%), аденомы бронхов -у 3 пациентов (7,1%), инородное тело бронхов -у 1 больного (2,4%).У одного пациента (2,4%) выявлена гипоплазия бронхов. Вторую группу составили 18 пациентов с обострениями ХНЗЛ. В этой группе врожденные аномалии развития и особенности анатомического строения выявлены у 7 человек(38,9%), инородные тела у 3 человек(16,7%), злокачественные новообразования бронхов -у 6 пациентов (33,3%). У двух человек (11,1%) выявлены аденомы бронхов. В третьей группе было 17 человек с туберкулезом легких. В этой группе в результате безуспешного лечения очагового и инфильтративного туберкулеза легких на протяжении 2-3 месяцев у 17 человек (100%) после бронхоскопии был установлен диагноз рак легкого. Четвертая группа состояла из 9 человек с диагнозом бронхиальная астма. У 5 человек (55,6%) выявлена трахеобронхиальная дискинезия, у четверых пациентов (44,4%) - новообразования.

Приводим показательное наблюдение: больная Б., ветврач, 57 лет, на протяжении последних 25 лет лечилась по поводу бронхиальной астмы в различных городах страны. Кон-

кретных причин в возникновении приступов удушья не отмечалось, но несколько чаще приступы удушья отмечались после физической нагрузки, и "купировались различными препаратами". Рентгенологически изменений со стороны органов дыхания не определялось. На ФБС направлена впервые терапевтом районной больницы. При бронхоскопии на киле бифуркации трахеи определялась опухоль, равномерно свисающая в правый и левый главные бронхи. При усилении вентиляции на выдохе опухоль в виде крыльев бабочки приподнималась потоками воздуха и процентов на 90 закрывала просвет обоих главных бронхов, вызывая обструктивный синдром. На вдохе опухоль возвращалась в исходное положение и прилегла к медиальным стенкам главных бронхов, тем самым закрывая их просвет не более, чем на 20%. После оперативного лечения жалоб на приступы удушья не предъявляла.

Второй пример: больной К., 20 лет, на протяжении последних 4 лет лечился по поводу бронхиальной астмы. Проводимое лечение, в том числе и гормональное, было мало эффективным. При бронхоскопии в трахее и главных бронхах определялись множественные полиповидные образования от 0,5 см до 1,5 см, каждое из которых обтурировало просвет бронхов на 60-80%.

В данном случае после курса химиотерапии при повторной бронхоскопии отмечалось полное исчезновение описанных выше новообразований. Исчезли также характерные для бронхиальной астмы жалобы.

В пятую группу вошли 8 человек, которым был ошибочно установлен диагноз рака легкого. Во время бронхоскопии у семерых из них (87,5%) выявлены инородные тела бронхов. Вследствие длительного пребывания инородные тела способствовали развитию грануляционной ткани с последующим развитием ателектазов в легких у пятерых человек. У двоих рентгеномографически определялись признаки "ампутации" бронха. У одного пациента из этой группы в возрасте 67 лет с хроническим бронхитом в анамнезе рентгенологические изменения в легких были расценены как метастатические, а также 2сторонняя пневмония. На протяжении трехмесячного интенсивного лечения в стационаре по месту жительства отмечалась стойкая гипертермия и обильное выделение гнойной мокроты.

Больной был госпитализирован в пульмонологическое отделение областной больницы. После 8 санационных бронхоскопий с эндобронхиальным введением антибиотиков нормализовалась температура тела, отделяемое из бронхов стало не обильным и слизистого характера. Рентгенологически через 14 дней впервые отмечена положительная динамика, а еще через 14 дней при рентгенологическом исследовании очаговые тени не определялись вообще.

Шестая группа состояла из 6 человек (пятеро из них были врачами), лечившихся более 4 месяцев и за время лечения имевших не менее двух диагнозов, сменяющих друг друга после курсов лечения.

Рентгенологические изменения в легких дифференцировались между пневмонией, туберкулезом и новообразованиями. После бронхоскопии с трансбронхиальной биопсией и исследованием промывных вод бронхов у четверых пациентов (67%) диагностирован туберкулез, а у двоих больных (33%) - рак легких.

В седьмую группу вошли двадцать пациентов, которым в течение 1-1,5 месяцев выполнялись две и более бронхоскопии. Причем при первой бронхоскопии эндоскопическая картина соответствовала второй или третьей степени эндобронхита (бронхиальная астма и аллергические бронхиты исключены). Вследствие выраженного отека слизистой оболочки бронхов осмотру были доступны лишь устья сегментарных бронхов. При повторных бронхоскопиях после курса лечения отмечалось исчезновение отека слизистой оболочки бронхов. Вследствие этого осмотру становились доступны субсегментарные бронхи с патологией, недоступной для выявления при первых бронхоскопиях. Так у восьми человек (40%) выявлены особенности анатомического строения бронхов, у пятерых человек (25%) выявлены врожденные аномалии развития. Четыре человека (20%) имели приобретенные поствоспалительные стенозы и деформации субсегментарных бронхов. У троих человек (15%) на слизистой субсегментарных и субсубсегментарных бронхов выявлены участки синеватого цвета угольной индурации.

ВЫВОДЫ:

1. Бронхоскопию необходимо включать в план обследования всем больным с хроническими заболеваниями органов дыхания, с затяжным течением пневмоний, с туберкулезом легких с отсутствием положительной динамики от лечения, (а также во всех случаях изменений рентгенологической картины органов грудной клетки).

2. Каждому больному бронхиальной астмой в межприступный период и лицам с обструктивным бронхитом для исключения трахеобронхиальной дискинезии и новообразований, а также больным с подозрением на рак легкого целесообразно выполнить как минимум одну бронхоскопию.

3. При сомнительных диагнозах при отсутствии положительной динамики терапевтическое лечение ослабленным и пожилым пациентам целесообразно дополнять санационными бронхоскопиями с эндобронхиальным введением лекарственных препаратов.

4. При эндобронхитах второй и третьей степени для уточнения диагноза необходимо назначать контрольные бронхоскопии после курса лечения.
5. Экономически обоснованным и тактически правильным решением является выполнение диагностической бронхоскопии в более ранние сроки от начала заболевания органов дыхания.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ

Паламарчук Г.Ф., Иншаков ЛЛ. Санкт-Петербург

Бронхологические метода лечения у больных с неспецифическими заболеваниями бронхов и легких /НЗБЛ/ применяли при наличии стойкой секреторной обструкции дыхательных путей /ДД/ с целью восстановления их проходимости и улучшения аэрации альвеол. Лечебная фибробронхоскопия /ФБС/ у больных НЗБЛ включала наиболее эффективные методики: аспирацию содержимого бронхов, селективный или посегментарный эндобронхиальный лаваж и /или/ бронхоальвеолярный: лаваж стерильным, подогретым до 37°C, изотоническим раствором натрия хлорида. У больных с преимущественным поражением ДП /хронический бронхит, муковисцидоз, бронхоэктазии/ удаление вязкого слизистого или гнойного содержимого из субсегментарных и более мелких бронхиальных ветвей достигалось путем промывания сравнительно небольшим количеством жидкости /от 5 до 10 мл/ на сегментарный бронх после предварительной аспирации секрета из главных, долевого и сегментарных бронхов. Такую процедуру можно обозначить как щадящий эндобронхиальный лаваж. При значительном количестве слизисто-гнойного содержимого промывание бронхов и аспирацию отделяемого повторяли до 2-3 раз, Лаваж завершали введением в бронхи 0,5-1% раствора диоксидина /5-10 мл/. Промывание бронхов производными нитрофурана и протеолитическими ферментами не проводили ввиду возможных токсико-аллергических реакций. При резко выраженном воспалительном процессе с гнойным содержимым в бронхах выполнение эндобронхиального лаважа противопоказано во избежание массивного забрасывания инфицированного содержимого в альвеолы. Лаваж бронхов относится к вспомогательным лечебным процедурам и, как правило, выполняется в сочетании с комплексом мероприятий-, направленных на санацию трахеобронхиального дерева. Такой подход к применению ФБС способствует повышению эффективности лечения и достижению ремиссии у больных НЗБД с обтурацией бронхов вязким слизистым или гнойным секретом.

У больных с острой затяжной пневмонией /ОЗП/ лечебную ФБС выполняли как с целью восстановления проходимости бронхов в зоне пневмонической инфильтрации, так и с

целью элиминации внутриальвеолярного экссудата, Для восстановления проходимости бронхов в зоне пневмонии достаточно было 10-20 мл изотонического раствора, тогда как для селективного бронхоальвеолярного лаважа использовали 30-40 мл. С помощью такой методики удалось достичь полного разрешения пневмонической инфильтрации у 87,5% больных ОЗП. Однако, при гнойном эндобронхите в зоне пневмонии и признаками мелкополостного абсцедирования на рентгенограммах, эндоскопическое лечение включало только аспирацию содержимого и лаваж бронхов с использованием не более 10 мл жидкости с последующим введением 2% диоксида.

Таким образом, эффективность лечебной ФВС у больных НЗБЛ зависит от выбора адекватной методики с учетом типа воспалительного процесса и его локализации в бронхах и /или/ в легких. Безопасность эндобронхиальной терапии обеспечивалась отбором больных по данным диагностической ФБС и соблюдением методических особенностей. У больных с прогрессирующей и необратимой бронхиальной обструкцией, с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности /ОФВ₁ менее 1,5л/ комплексное лечение проводилось в соответствии с рекомендациями Федеральной программы "Хронические обструктивные болезни легких" /Москва, 1999/, предусматривающей применение небулайзерной терапии.

КРОВОХАРКАННЯ, ЯК ДІАГНОСТИЧНА ОЗНАКА, ЗА ОЦІНКОЮ ЕНДОСКОПІСТА-БРОНХОЛОГА

В.М. Ремовський

Територіальне медичне об'єднання "Фтизіатрія", м. Рівне

Кровохаркання - виділення крові легеньми, бронхами та відділом трахеї нижче рівня голосників (І.Іонков, С.Тодоров, 1966).

Оцінюючи та визначаючи кровохаркання та легеневі кровотечі, ми керувалися класифікацією Л.М.Недвєцької (1967 р.), яка ґрунтується на характері легеневої кровотечі (одноразова, рецидивуюча) з урахуванням ступеня крововтрати та станом серцево-судинної системи.

Аналізуючи клінічно причину крововиділення, необхідно виключити позалегенове походження його (ротова порожнина, горлянка, стравохід, шлунок). Це визначає етапність обстеження та комплексність його. Трахеобронхоскопія проводиться як завершальна діагностична процедура (операція).

Терміни проведення діагностичної бронхоскопії від часу госпіталізації не повинні затягуватися.

Ендоскопія найбільш інформативна в перші три доби. Перепоною їй можуть бути тільки абсолютні протипоказання, а також неможливість оперативного лікування при ймовірності посилення кровотечі та через поширеність процесу, що визначається рентгенологічне (двобічні ушкодження легень, поширення патологічних змін на суміжні органи).

За час з 1980 до 1999 р. обстежено 1159 осіб з кровохарканням та легеневиими кровотечами.

Вік пацієнтів - від 5 до 82 років. Чоловіків було 788, жінок - 371, дітей - 26 (5-14 років).

Одноразові виділення крові у 530 хворих, багаторазові - 629 хворих. Перші ознаки кровохаркання до поступлення в спеціалізований стаціонар від 2 тижнів до 7 місяців.

Під час рентгенообстеження органів грудної клітки після поступлення хворих виявлені у 971 (ділянки обмеженого пневмофіброзу, сегментарні та часткові цирози, були, кісти, ознаки гіповентиляції сегментів та часток легень, інфільтрати, деструктивні процеси, округлі утвори, збільшення лімфоузлів воріт легень та середостіння).

Завдяки бронхоскопії вдалося встановити причину кровотечі та локалізацію джерела виділення крові в 69,9%. Оперовано 75 пацієнтів (резекційні операції).

Проведення ендоскопічної діагностики надзвичайно важливе перед операцією за життєвими показаннями при значних легневих кровотечах для визначення джерела кровотечі (сегментарної зони), аспірації крові з трахео-бронхіального дерева, проведення тампонади бронха на період від початку операції до резекції частини легені.

Роль бронхоліта в розпізнаванні джерела кровотечі та патологічних змін легень одна з вагомих.

Багаторічна практика надання нагальної спеціалізованої медичної допомоги в районах Рівненської області стверджує необхідність залучення бронхолога в бригаду ургентної торакальної хірургії.

ДИНАМИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ТУБЕРКУЛЕЗА БРОНХОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ

Н.Н.Седых

Днепропетровская государственная медицинская академия

В условиях углубления социально-экономического кризиса, который сопровождается нарастанием социально незащищенных слоев населения и групп риска на фоне неудовлетворительной экологической ситуации, создаются условия для роста и распространения туберкулеза. Ухудшение экономического благосостояния населения приводит к несвоевременности выявления туберкулеза и, соответственно, эндоскопическому выявлению специфических процессов в бронхах.

По нашим материалам в последние годы продолжается рост выявления активного туберкулеза бронхов у обследуемых больных легочным туберкулезом с 14,7% в 1997г. до 19,6% - в 1999г.

Целью нашей работы явилось изучение количественного и качественного специфического поражения бронхов и изменении эндоскопической картины в бронхах в процессе лечения.

Нами проанализированы 116 историй, болезней пациентов, имеющих туберкулез легких, осложненный туберкулезом бронхов. У большинства больных /94 человека/ отмечалась инфильтративная форма туберкулеза бронхов, причем, в сравнении с предыдущими годами, увеличилось количество случаев с обширными, а также множественными инфильтратами, сопровождающимися стенозами бронхов, инфильтративная форма туберкулеза бронхов чаще наблюдалась при фиброзно-кавернозном, казеозной пневмонии, инфильтративном, диссеминированном и участилась при очаговом туберкулезе легких. Бронходулярный туберкулез отмечен, у 20 больных, язвенная форма - у 2 пациентов. У четырех больных в бронхах отмечались бугорковые высыпания, /трахея, долевые и сегментарные бронхи/ и у 9 человек - пигментные пятна, преимущественно на уровне долевых и сегментарных бронхов. В процессе эндобронхиального лечения все инфильтраты в бронхах рассасывались в течение 1- 2,5 месяцев, Увеличение количества больных с тенденцией к заживлению в более поздние сроки связано, очевидно, с поздним выявлением и запущенным состоянием процесса. Так, более половины больных- /58 человек/ с инфильтративной формой поражения бронхов имели стенозы, которые после снятия воспалительного компонента в бронхах продолжали отмечаться у 30% больных с I степенью стенозирования, у 65% - со II степенью. При стенозах III степени после лечения просвет устьев бронхов существенно не изменялся, хотя инфильтрат бронха рассасывался. Таким больным предлагалось оперативное лечение. Итогом свищевой формы туберкулеза бронхов становились втянутые конусовидные рубцы, в 10% случаев сопровождающиеся различными деформациями со стенозами бронхов. Длительное время отме-

чавшись в бронхах бугорковые образования, которые рассасывались очень медленно. "Пигментные" пятна, которые мы находили на слизистой бронхов у больных активным туберкулезом легких, исчезали по мере затихания активности туберкулезного процесса.

Таким образом, при раннем выявлении туберкулеза легких в обязательном порядке показана ФБС и эндобронхиальное лечение выявленных изменений. Этим можно в значительной мере избежать негативных последствий и необратимых изменений в бронхиальном дереве.

К ВОПРОСУ О ПИГМЕНТНЫХ ПЯТНАХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.Н.Седых

Днепропетровская государственная медицинская академия

При проведении фибробронхоскопий больным туберкулезом легких мы иногда отмечали "пигментные" пятна на слизистой бронхов.

Нами обследовано 215 больных туберкулезом легких и у 12 из них обнаружены в бронхах темно-синие пятна, Все больные, у которых мы наблюдали "пигментные" пятна, имели активную форму туберкулеза. Больные не работали на запыленных производствах и не проживали в местах с повышенной запыленностью, возраст больных колебался от 30 до 55 лет. Половое распределение: 4 женщины и 8 мужчин. Так как женщины и часть мужчин не курили, но имели пигментацию в бронхах, то курение, как фактор образования "пятен" в слизистой бронхов, мы отвергли. "Пигментные" пятна располагались на стенках крупных бронхов в проекции расположения лимфатических узлов. Чаще размеры пятен достигали 8-10 мм в диаметре, но иногда были и обширнее. Обычно у одного больного отмечались два и более пятен на слизистой бронхов в одном легком, реже - в обоих. Причем томограммы корней легких не указывали на увеличение лимфоузлов. По мере затихания активности туберкулезного процесса пигментация слизистой исчезала.

Таким образом, наличие пигментных пятен в бронхах может иметь диагностическое значение определения активности туберкулезного процесса в легких.

Клинико-эндоскопическая классификация ингаляционных поражений у обожженных"

Шпаков И.Ф., Веневитинов И.О.Паламарчук Г.Ф.

Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия,

Медицинская академия последипломного образования

Публикации отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о том, что частота

термической травмы в мире и в России не уменьшается, а применение зажигательного оружия в локальных военных конфликтах способно вызывать тяжелое многофакторное поражение (ожог кожного покрова, термохимическое повреждение дыхательных путей и отравление окисью углерода).

В клинике термических поражений ВМедА с 1993 по 1995 годы обследовано 108 пострадавших с ожогами кожи и ингаляционными поражениями (ИП). На основании анализа клинических симптомов, результатов фибро- и хромобронхоскопии (ХБС), дополненных цитологическими и бактериологическими данными, ИП у обожженных возможно классифицировать следующим образом:

1. Ожоги верхних дыхательных путей (от наружных носовых ходов до голосовых складок): проявляются гиперемией, отеком слизистой оболочки, подслизистыми кровоизлияниями и участками десквамированного эпителия в виде эрозий. II. Поражения дыхательных путей продуктами горения:

А. Легкой степени (единичные скопления копоти в трахее и бронхах площадью до 1 см² гиперемия слизистой оболочки; умеренное количество бронхиального секрета: при ХБС - нет окрашивания; количество неповрежденных клеток в мазках браш-биопсии: 60-70 реснитчатых, 10-15 бокаловидных, 5-7 базальных в поле зрения; микробная обсемененность бронхиального смыва - $\times 10^3$ клеток/мл и вегетирует до 2-х видов бактерий).

Б. Средней степени (выраженный отек и гиперемия слизистой оболочки с обширными отложениями копоти на стенках трахеи и бронхов площадью до 2 см²; значительное количество бронхиального секрета; при ХБС - окрашивание слизистой оболочки, очищенной от копоти, в светло-голубой цвет; количество неповрежденных клеток в мазках: 40-50 реснитчатых, 20-25 бокаловидных, 10-20 базальных в поле зрения; микробная обсемененность бронхиального смыва - $\times 10^5$ клеток/мл и вегетирует до 3-4 видов бактерий).

В. Тяжелой степени (тотальное наслоение копоти на стенках трахео-бронхиального дерева, после аспирации которой видна бледная "сухая" слизистая оболочка с множественными петехиальными кровоизлияниями; при ХБС - окрашивание пораженных участков слизистой в интенсивно-синий цвет; количество неповрежденных клеток в мазках: 20-25 реснитчатых, 10-15 бокаловидных, 25-30 базальных в поле зрения, скопления сплошного ядерного детрита; микробная обсемененность бронхиального смыва - $\times 10^7$ клеток/мл и вегетирует до 5 видов бактерий).

III. Комбинация ожога верхних дыхательных путей и поражения продуктами горения (все вышеперечисленные признаки соответственно тяжести поражения).

В отличие от существующих классификаций, предложенная нами, наиболее объективно отражает состояние дыхательных путей и тяжесть полученного ингаляционного поражения.

СОЧЕТАНИЕ САНАЦИОННОЙ БРОНХОСКОПИИ С ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ПРОТЕИНОЗА

Штода Л.А., Колесникова Л.А., Губанов Д.С., Мирная Е.В., Ладария Е.Г.

**Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение.
Областная клиническая больница профессиональной патологии.**

Легочный альвеолярный протеиноз (ЛАП) представляет собой редкое заболевание, встречающееся во всех странах Европы, на американском континенте, в Юго-Восточной Азии и Африке. Мужчины в возрасте 30- 50 лет в 2-3 раза страдают чаще (Визнер Б., 1984). Несмотря на редкость патологии, научная и практическая актуальность вопроса диагностики и лечения не требует дискуссии.

Мужчина, 35 лет, диагноз легочного альвеолярного протеиноза поставлен в результате гистологического исследования материала, полученного при открытой биопсии легкого. Клинически ЛАП - 2 стадия.

При бронхоскопическом исследовании поставлен диагноз эндобронхита 2 степени. Цитологическое исследование бронхо-альвеолярной лаважной жидкости (БАЛЖ) При первичном осмотре: Цилиндрический эпителий до 1/2 п/зрения, скопление эпителия с метаплазией, участки бесструктурных масс, лейкоциты - на все поле зрения (98% с/я нейтрофилы, 2% лимфоциты)

Больному проведены биохимические, клинические, иммунологические исследования крови. Вопреки ожидаемым результатам, изменения были выявлены только в протеинограмме и проявлялись понижением фракции альбуминов (до 48.2%), и повышением уровня гамма-глобулинов (26.8%), что оценивалось как обострение хронического воспалительного процесса.

Показатели функции внешнего дыхания соответствовали 2 стадии заболевания. Больному проводился курс фибробронхоскопий с бронхо-альвеолярным лаважем (БАЛ), (аппарат "OLYMPUS" 1Г-20) с изотоническим раствором NaCl, с последующим введением 20 ED гепарина. Всего проведено 10 санационных бронхоскопий с интервалом ч/з день. С целью ли-

квидации нарастающего отека альвеол и артериальной гипоксемии, активизации угнетенного фагоцитоза, одновременно с БАЛ, проводился курс гипербарической оксигенации (ГБО). Баротерапия проводилась по стандартной схеме в отечественной барокамере ОКА-МТ. К-во сеансов-10.

Проведенная терапия имела успешный клинический эффект, проявившийся в улучшении общего состояния, уменьшении одышки при физической нагрузке, четкой тенденции к нормализации показателей функции внешнего дыхания.

При контрольном цитологическом исследовании БАЛЖ, отмечается четкая положительная динамика: бронхиальный и альвеолярный эпителий с признаками дистрофии в виде пенистой цитоплазмы, лейкоциты до 10 в п/зрения, единичные кристаллы неправильной формы.

Выводы:

Бронхо-альвеолярный лавал с использованием муколитиков и антикоагулянтов, является наиболее эффективным способом лечения альвеолярно-легочного протеиноза.

Сочетая БАЛ с ГБО достигается активизация (в рамках "физиологического коридора") процессов перекисного окисления липидов, разрушение функционально несостоятельного сурфактанта, гиперпродукция которого является одной из причин ЛАП.

УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ФІБРОБРОНХОСКОПІЇ

Ващенко Г.Ф., Кутняк В.М.

Київ.

На сучасному етапі розвитку медицини лікування запальних захворювань нижніх дихальних шляхів має виключно комплексний характер. Це пов'язано з тим, що успіх при даній патології може досягатись лише при ліквідації мікробного ураження бронхіального дерева, зменшенні обструкції бронхів, відновленні бронхіального дренажу (мукоциліарного апарату) та стимуляції захисних сил організму (нормалізації як загального, так і місцевого імунітету). Саме таким методом, що вирішує всі ці завдання, є санаційна бронхоскопія.

За період з 1989-1999 рр. у відділковій клінічній лікарні станції Київ проведено 1470 бронхоскопій (з них санаційних - 1127): чоловіки - 962, жінки - 508, віком від 14 до 76 років. Для проведення фіброоптичної бронхоскопії (ФБС) використовувався гнучкий бронхоскоп фірми "Олімпус " BF2T10.

ФБС - відносно безпечна процедура, частота розвитку ускладнень при її виконанні не перевищує 0,4-0,7%. Одним з найбільш частих ускладнень є гіпоксія, яка в свою чергу може

призводити до таких серйозних наслідків, як серцеві аритмії, ішемія міокарду та інші. Однак при проведенні ФБС порушення ритму можуть бути наслідком не лише гіпоксії, але й інших станів, наприклад супутнього захворювання серця.

Метою цього дослідження було вивчення серцево-судинних ускладнень при ФБС, їх зв'язок із серцевою патологією та ступінь ризику, їх виникнення за даними функціональних методів обстеження та моніторингу під час процедури ФБС.

У дослідження були включені 120 пацієнтів, середній вік яких склав 61 рік, середній об'єм форсованого видиху за одну секунду (ОФВІ) - 76%, середній стаж паління- 38 років. Показаннями для проведення ФБС були: неясна природа затемнення на рентгенограмі грудної клітини - 46%, кровохаркання - 30%, кашель невідомого походження - 15%, задишка - 9%. Усім пацієнтам до виконання ФБС виконувалась премедикація: атропін - внутрішньом'язево, 2% лідокаїн - місцеве. Під час ФБС оцінювались показники ЕКГ у 12 відведеннях, контролювався рівень артеріального тиску (АТ). Щоб уникнути впливу гіпоксії на показники стану серцево-судинної системи, при гіпоксемії ($SaO_2 < 85\%$) проводили терапію киснем.

Результати. Усі пацієнти задовільно перенесли процедуру ФБС. Середній час ФБС склав 14,6 хв. Терапія киснем проведена 29 пацієнтам. Ще до початку маніпуляції відмічалось достовірне підвищення АТ у порівнянні із значенням в умовах палати (160/90 проти 140/80 мм рт.ст.) Після премедикації АТ незначно знижувався, але потім після місцевої аплікації лідокаїну суттєво підвищувався (в середньому до 200/110 мм рт.ст.) і залишався підвищеним протягом всієї маніпуляції. У 20-ти хворих під час ФБС виявлені значні зміни на ЕКГ: у 14-ти відмічалась депресія сегменту ST, у 4-х - блокада правої ніжки пучка Гіса та у 2-х - блокада лівої ніжки пучка Гіса. Лише у трьох з цих пацієнтів в анамнезі була коронарна хвороба серця, ще у одного хворого відмічалась шлуночкові екстрасистолія до початку процедури. Больових епізодів під час ФБС у жодного хворого не спостерігалось.

Пацієнти, у яких зафіксовані зміни на ЕКГ, були більш похилого віку, ніж інші. Не було встановлено зв'язку між показниками ОФВІ чи насиченням кисню до обстеження та змінами АТ і параметрів ЕКГ під час ФБС. Усі ускладнення, що виникли, не були спровоковані гіпоксемією.

Висновки. ФБС відрізняється від усіх інших ендоскопічних процедур тим, що під час її проведення можливе виникнення гіпоксемії та потрібне "виключення" захисних рефлексів з боку верхніх дихальних шляхів. Значення гіпоксії у розвитку ускладнень досить добре вивчено, і ця проблема може бути легко усунена призначенням хворому кисню. Серцево-судинні ускладнення при ФБС, ймовірно, можна передбачити у пацієнтів із захворюваннями серця у анамнезі, однак, як показало проведене дослідження, такі ускладнення можуть вини-

кати і без зв'язку з гіпоксією та захворюваннями серця. Причина їх не повністю зрозуміла. Певну роль має емоційний фон конкретного пацієнта, тип анестезії, рефлекторна відповідь при подразненні рецепторів верхніх дихальних шляхів, трахеї, бронхів. Пацієнти похилого віку особливо схильні до розвитку ускладнень, тому в деяких випадках буде обґрунтованим проведення процедури ФБС з використанням моніторингу функцій серцево-судинної системи.