

Эшенкулова В.С., Сооронбаев Т.М.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ФИБРОБРОНХОСКОПИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИИ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ И ТЕРАПИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА М.М. МИРРАХИМОВА

V.S. Eshenkulov, T.M. Sooronbaev

A RETROSPECTIVE ANALYSIS FIBROBRONCOSCOPIA RESEARCH ACCORDING TO THE DEPARTMENT OF RESPIRATORY MEDICINE, NATIONAL CENTER OF CARDIOLOGY AND THERAPY NAMED AFTER ACADEMICIAN M.M. MIRRAKHIMOV

УДК: 616(221.01.3). 4

В последние годы с расширением возможностей инструментальных методов исследования больных с различными заболеваниями легких вероятность их ранней диагностики стало выше.

In recent years, with the expansion of opportunities imaging studies of patients with various lung diseases likelihood of early diagnosis was higher.

В последние годы с расширением возможностей инструментальных методов исследования больных с различными заболеваниями легких вероятность их ранней диагностики стало выше [1]. Один из наиболее надежных и информативных методов – бронхоскопия [3,5]. Следует отметить, что так же как и в диагностике заболеваний бронхов, прогресс бронхоскопических методов лечения в настоящее время обусловлен созданием бронхофиброскопа, превратившего лечебную бронхоскопию под местной анестезией в сравнительно безопасную и легко переносимую процедуру, при квалифицированном ее выполнении не оставляющую у больного сколько-либо значительных неприятных ощущений [4]. Слизистая оболочка бронхов, как правило, реагирует в той или иной степени на любой воспалительный процесс, локализующийся не только в верхних и нижних дыхательных путях, но и в паренхиме легкого. Так, у больных с нисходящими ларинготрахеитами можно увидеть гиперемию, отечность голосовых связок, фибринозные наложения на их поверхности, изъязвления и гиперпластические образования. А асимметрия голосовых связок при фонации и дыхании является серьезным диагностическим признаком нарушения иннервации гортани. [1]. В то время как при осмотре трахеи и бронхов у больных с неспецифическими воспалительными заболеваниями легких можно оценить: характер, количество и локализацию секрета в просвете бронхов, окраску слизистой оболочки и локализацию её изменений, кровоточивость слизистой и многое другое. Сочетание вариантов этих признаков позволяет описать картину различных типов и степеней острого и хронического эндобронхита, единой и общепризнанной классификации которого до настоящего времени нет. Поэтому исследование доступных бронхоскопу отделов трахеобронхиального дерева позволяет получить важную

информацию о наличии и локализации различной патологии органов дыхания.

Целью исследования явилось изучение характера и частоты эндоскопических изменений в бронхиальном дереве при различных респираторных заболеваниях.

Материалы и методы: Были проанализированы результаты фибробронхоскопии 631 больного в возрасте 18 до 74 лет, (ср. возр. 45,6±6,7). Из них у 202 больных была диагностирована хроническая обструктивная болезнь II стадии, III стадия болезни определена у 176, нагноительные заболевания легких выявлены у 144 пациентов, острый бронхит у 37 человек, бронхиальная астма 51, кровохарканье неясного генеза у 21 больных (Рис. 1).

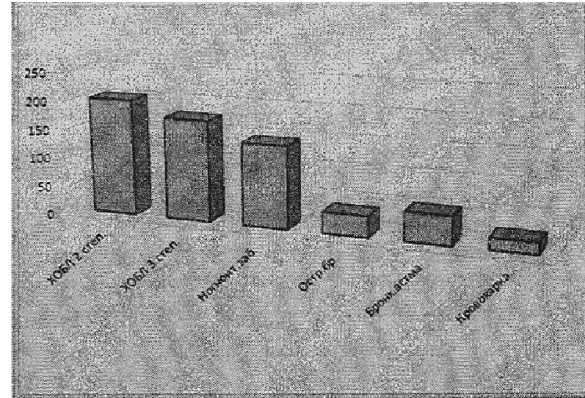


Рис. 1.

Всем пациентам проводились осмотр (по стандартизированной методике), рентгенография органов грудной клетки, спирометрия, электрокардиография. Фибробронхоскопия проводилась на аппарате Pentax 1830 T2 по общепринятой методике. В 138 случаях проводилась санационная фибробронхоскопия, у 27 обследуемых бронхоальвеолярный лаваж, биопсия выполнена у 8 пациентов.

Методика фибробронхоскопии: за 30 минут до начала выполнения больному подкожно вводят 1 мл 0,1% раствора атропина сульфата (для снятия вагусного влияния). Пациентам с глаукомой исследование проводят без предварительной атропинизации. Больным склонным к бронхоспазму за 15 мин. до исследования внутривенно вводят 10мл 2,4% раствора

зуфиллина на 10 мл физиологического раствора, а непосредственно перед началом местной анестезии дают вдохнуть 1-2 дозы аэрозоля, которым пользуется пациент. Для анестезии верхних дыхательных путей применяют 10% раствор лидокаина, нанося его на слизистую с помощью распылителя. При трансназальном введении эндоскопа анестезию нижнего носового хода проводят аппликационным способом. Анестезию голосовых складок выполняют под визуальным контролем через катетер, введенный через биопсийный канал при фиброларингоскопии. Анестезию карины, шпор долевых и сегментарных бронхов проводят 2% раствором лидокаина в количестве 6-8мл. Анестетик вводят под контролем зрения через длинный катетер [4].

Методика санационной фибробронхоскопии: после анестезии верхних и нижних дыхательных путей 2% раствором лидокаина и удаления секрета из трахеобронхиального дерева, промывали пораженные бронхи санирующим раствором (диоксидин 0,1-0,2%-20,0мл) с последующим частичным его удалением. Общий объем санирующего раствора для одного сеанса бронхоскопии составлял 60-100 мл в зависимости от распространенности процесса. **Бронхоальвеолярный лаваж:** Бронхоскоп подводят к устью субсегментарного бронха. В качестве лаважной жидкости используют стерильный изотонический раствор хлорида натрия, подогретый до температуры 36-37°C. Жидкость инсталируют через короткий катетер, введенный через биопсийный канал бронхофиброскопа, и тут же аспирируют в силиконизированную емкость. Обычно вводят 20- 60 мл. жидкости многократно, всего 100-300мл [4].

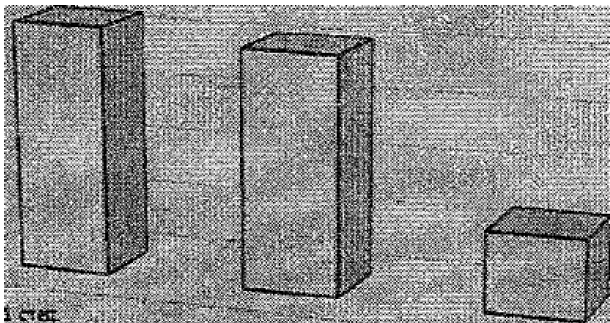


Рис. 2.

У 142 больных наблюдалась картина гнойного эндобронхита, в том числе у 56 пациентов I степени, у 68 II степени и у 18 больных III степени

Результаты: Картина различной степени выраженности диффузного катарального эндобронхита обнаружена у всех обследованных. У 214 пациентов воспалительные изменения соответствовали I степени, у 203 II степени и у 68 больных III степени (Рис. 2). Катаральный эндобронхит в большинстве случаев наблюдалась у больных с хроническим обструктивным бронхитом, бронхиальной астмой, острым бронхитом. При этом следует отметить, что у пациентов ХОБЛ в просвете, преимущественно долевых и сегментарных бронхов наблюдался скудный вязкий, слизистый секрет, полнокровие капилляров в

подслизистом слое, их ранимость при инструментальной пальпации. воспаления (Рис.3) и наблюдалось у больных с нагноительными заболеваниями легких, обструктивными заболеваниями легких, которым проводилась санационная фибробронхоскопия с введением антибиотиков.

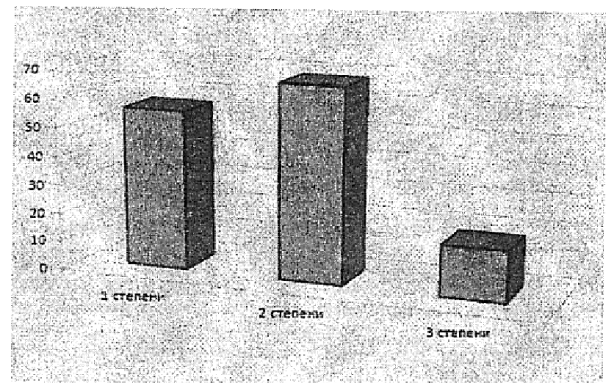


Рис. 3.

При нагноительных заболеваниях легких – секрет гнойного характера, в большинстве случаев вязкая, было больше в просвете крупных бронхов, в ряде случаев имела место гнойная дорожка из устья отдельных сегментарных бронхов: преимущественно из нижнедолевых, язычкового сегмента левого бронха, средне долевого бронха справа, которая обусловлена анатомическим строением легкого.

Вывод: бронхоскопия является важным инструментом в диагностике патологии легких. Фибробронхоскопия это информативный метод диагностики респираторных заболеваний, уточняющий характер и степень эндобронхиального воспаления, которое при респираторных заболеваниях бывает многогранным. Бронхоскопическое исследование показано всем больным с клинически или рентгенологически установленным патологическим процессом в легких для уточнения характера изменений и степени выраженности их в бронхиальном дереве, а также выработки лечебной тактики. Диагностические возможности трахеобронхоскопии из года в год увеличиваются благодаря разработке и созданию новых моделей эндоскопов и инструментов.

Список литературы:

1. А.А.Овчинников. Атмосфера. Аллергология и пульмонология. N2 2005. С.23-28.
2. Г.И. Лукомский, М.Л. Шулутко, М.Г. Виннер, А.С. Сметнев. Бронхология. Москва 1973г.
3. Г.И. Лукомский, М.Л. Шулутко, М.Г. Виннер, А.А. Овчинников. Бронхопульмонология. Москва 1982г.
4. Н.Е. Чернеховская, Г.Г.Федченко, В.Г. Андреев, А.В. Поваляев. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания. Москва, 2007г.
5. Н.Е. Чернеховская, И.В. Ярема. Хронические обструктивные заболевания легких. М.: ООО «Петит» 1998г. 150с.