

УДК 616.24-002.5-076-08

**Вородюхина А.К., Печерица В.Г., Ждан В.М., Панасенко В.В., Чип Е.Э.**

## **ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ФИБРОБРОНХОСКОПИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ**

Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Украинская медицинская стоматологическая академия» г. Полтава

*Анализ фибробронхоскопических исследований, выполненных в Полтавском ОТД за последние 14 лет, свидетельствуют об увеличении частоты поражения трахеобронхиального дерева ТБ, неспецифическим эндобронхитом, раком, а также сочетанной патологии. При локализации патологического процесса в бронхиальном дереве, ФБС является наиболее информативным методом при условии лабораторного исследования БАЛ и гистологического исследования пораженной ткани. ФБС следует рекомендовать как диагностический метод для обследования всех пациентов с бронхолегочной патологией, у которых нет противопоказаний к ее проведению.*

Ключевые слова: фибробронхоскопия, диагностика, бронхо-легочное дерево, туберкулез, эндобронхит.

### **Вступление**

Фибробронхоскопия (ФБС) в настоящее время находит широкое применение в диагностике различных заболеваний бронхолегочного дерева, особенно онкопатологии. Так же используется в диагностике туберкулеза (ТБ) гортани, трахеи, бронхов, внутригрудных лимфатических узлов, но не настолько часто, как это было бы необходимо. Скорее это связано с рекомендованным стандартом обследования пациентов при подозрении на ТБ легких, где ФБС не является ведущим методом диагностики.

Во врачебной практике используются стандарты обследования пациентов рекомендованные ВООЗ, которые адаптированы к условиям Украины. Первое место в диагностике ТБ разделяют лабораторные методы (мазка, культуральный или посева) и рентгенологические. Эти методы существенно дополняют друг друга и являются очень информативными, а лабораторные – специфичны в диагностике ТБ легких. Но при поражении ТБ слизистой бронхов, трахеи, гортани, рентгенологическим методом и компьютерной томографией диагностировать патологические изменения не представляется возможным, так как они не проецируются в виде теней на рентгеновскую пленку, поэтому остаются незамеченными. Лабораторный метод может оказаться не информативным, если нет бактериовыделения. В начальных стадиях ТБ воспаления чаще всего бактериовыделение отсутствует или же оно настолько скудное, что не диагностируется. Бактериовыделение не всегда является признаком поражения трахеобронхиального дерева. Или же наоборот, имеет место бактериовыделение, а рентгенологических признаков ТБ воспаления легочной ткани нет. В таких случаях информативна ФБС.

В настоящее время участились случаи поражения ТБ бронхиального дерева. По данным

Тамашкиной Г. Н. при обследовании пациентов с активным ТБ легких в возрасте от 18 до 70 лет туберкулез бронхов в 1988-1989гг. был выявлен в 10,8%, а 1996-1997гг. в 32,0% случаях из числа обследованных. Подобные данные сообщает Усенко Ю.Д., который обследовал больных ТБ легких в пожилом и старческом возрасте.

Пятночка И.Т., Корнога С.И. у 268 больных с первые выявленным туберкулезом легких диагностировали туберкулезные эндобронхиты – 25%, неспецифических эндобронхитов – 25,37% случаев. Также они отмечают, что у больных из специфическим поражением бронхов были более выражены интоксикация, нарушение функции внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Имеются литературные данные о тенденции к учащению поражения бронхов туберкулезом в период его эпидемии. Об этом пишут Норейко С. Б., Мирошниченко Н.И., Лепшина С.М., указывая на поражение туберкулезом бронхов в 81,5%, неспецифическое поражение бронхов всего лишь 11,6% случаев. Авторы считают, что общепринятая концепция: «ТБ трахеи и бронхов» не может быть самостоятельным и первичным, ему предшествуют поражения ТБ легких или внутригрудных лимфатических узлов.

Следует отметить, что по данному вопросу литературные данные противоречивы и немногочисленные.

Нами представлены результаты эндоскопической диагностики пациентов, которые находились на обследовании и лечении в Полтавском областном туберкулезном диспансере. ФБС используется в диспансере с 1994г. Материал проанализирован с 1994 по 2008 годы. ФБС выполнялась фибробронхоскопами Pentax FB – 18V, Pentax FB – 18B9, Olimpus BF – TE2 и Olimpus BF – PE2. С помощью оптической насадки,

\* «Розробити раціональні схеми лікування хворих на туберкульоз легень в поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень» №01074001213

выведенной на компьютер, мы могли выводить на экран, сохранять в базе данных, записывать на диск патологические изменения слизистой бронхов. Это позволило нам накопить базу данных по патологии бронхиального дерева.

ФБС выполнялась согласно требований, с соблюдением правил асептики, в специально оборудованном кабинете, с учетом противопоказаний, а также согласия пациентов.

При осмотре слизистой трахеи, бронхов обращали внимание на состояние слизистой (цвет, выраженность складок, сосудистого рисунка), подвижность бронхиальных стенок, характер содержимого бронхов. В норме слизистая трахеи и бронхов бледно-розовая или слегка желтоватая, поверхность ее матовая, гладкая, складки выражены умеренно, это представлено на рис.1.

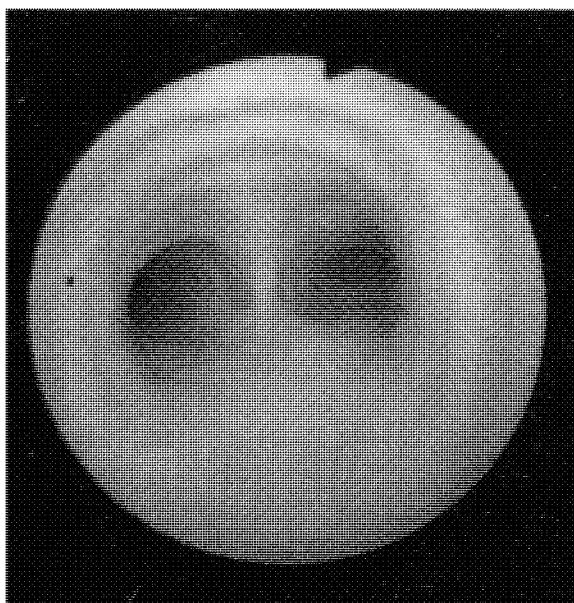


рис.1. Слизистая трахеи и главных бронхов без патологических изменений.

В трахее и бронхах хорошо видно сосудистый рисунок, четко контурируются межхрящевые промежутки и хрящевые кольца, отмечается подвижность стенок трахеи и бронхов (особенно их мембранозной части) при дыхании.

При неспецифическом воспалении бронхов, слизистая оболочка становится гиперемированной (даже ярко красной), отечной, складки и сосудистый рисунок стираются, в просвете накапливается слизистое, слизисто-гнойное, гнойное содержимое, иногда в большом количестве.

Для воспаления слизистой бронхов ТБ генеза характерна инфильтрация, которая может переходить в изъязвление, и тогда наблюдаются инфильтративно-язвенные поражения бронхов и трахей, такие изменения хорошо демонстрирует рис.2.



Рис.2. Инфильтративно-язвенный ТБ трахеи.

При неспецифическом воспалении слизистой оболочки складчатость ее усиливается, оболочка выглядит утолщенной, сквозь нее хорошо видны сосуды подслизистого слоя, просвет бронхов расширяется, они выглядят зияющими.

Несмотря на относительную монотонность эндоскопических признаков воспаления трахеобронхиального дерева, выявляются специфические изменения, характерны для того или другого заболевания. В этом помогает лабораторное и гистологическое исследование. При ФБС обязательно проводится забор бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) на кислотоустойчивые бактерии (КУБ), микобактерии туберкулеза (МБТ), патогенную микрофлору и чувствительность к антибактериальным препаратам. Также по показаниям проводится биопсия пораженного участка ткани (щеточная, пункционная, щипцевая). Все вместе дает возможность верифицировать воспалительный процесс бронхов.

#### Результаты исследования и их обсуждения

Нами за указанный период (14 лет) было выполнено 11843 ФБС, в том числе диагностических – 3489 и лечебных – 8354. Преобладание лечебных ФБС над диагностическими обусловлено тем, что пациенты систематически на протяжении 1,5 – 2-х месяцев получают введения лекарственных препаратов эндобронхально.

При диагностических ФБС выявлено поражение трахеобронхиального дерева у 1156 больных, что составляет третью часть обследованных.

В таблице 1 приведены данные о характере патологии и соответственно количестве пациентов.

Пациенты, у которых диагностированы туберкулезный и неспецифический эндобронхит, имели активный туберкулез легких. Следует отметить, что практически все пациенты с эндобронхитом туберкулезной этиологии страдали чаще диссеминированным впервые диагности-

рованными ТБ (ВДТБ) легких, а также хроническим (диссеминированным, фиброзно-кавернозным ТБ).

Таблица 1.  
Данные фибробронхоскопической диагностики

Патология бронхов	Количество обследованных	Абсолютное число	%
Туберкулезный эндобронхит		294	25,45
Неспецифический эндобронхит		528	45,67
Опухоли:		167	14,45
Доброкачественные		9	0,77
Злокачественные		158	13,66
Всего		1156	100

Неспецифический эндобронхит имел место при диссеминированном и инфильтративном ВДТБ. При этом все пациенты курящие, стаж курения не менее 10 лет, в анамнезе имели место частые простудные заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой частоте неспецифического эндобронхита у больных ТБ легких, что составляет 45,67% из числа обследованных, туберкулезный эндобронхит составил 25,45%. Объяснить полученные результаты можно тем, что неспецифические воспалительные заболевания бронхолегочной системы более распространены в структуре заболеваемости, а у больных ТБ легких частота их встречаемости еще обусловлена иммунодефицитным состоянием пациентов, что подтверждается иммунологическими исследованиями.

Как видно из таб.1. у 13,66% пациентов диагностированы злокачественные опухоли. Что еще раз подтверждает трудность дифференциальной диагностики ТБ и рака легких. Из числа больных, у которых диагностирован рак легких, 14 имели сочетанную патологию рака и ТБ, при этом имело место бактериовыделение у 10-ти пациентов, из них 5 имело хронические формы ТБ, что даже исключало думать о наличии у пациентов рака. Только ФБС и неэффективность пробной, противотуберкулезной терапии подтвердили наличие онкопроцесса. У остальных 144 больных, при помощи ФБС был диагностирован рак, для дальнейшего лечения и наблюдения больные были переведены в онкодиспансер. В данном случае очень трудно было провести дифференциальную диагностику, так как отсутствовали бактериовыделение и рентгенологическая картина рака и ТБ легких настолько близка, что трудно верифицировать диагноз. ФБС явилась основным ведущим методом, подтверждающим у пациентов рак. Явное преимущество ФБС перед пробной противотуберкулезной терапией – это сроки диагностики. Пробная терапия проводится обычно 1,5 – 2 месяца. Такой длительный срок является отрицательным в судьбе пациента. ФБС позволяет сразу подтвердить онкопатологию визуально и гистологически в течении 2- 3 дней, а экспресс методом – через несколько часов.

Лечение больных ТБ легких, без учета имеющегося, но не диагностированного эндобронхита тубэтиологии, не будет высокоэффективным, а в частых случаях приводит даже к стенозу бронхов, что является причиной развития осложнений, показаниям к хирургическому лечению, инвалидизации. Использование ФБС с лечебной целью (эндобронхиальные заливки) мы представим в следующей публикации. Но хотим сейчас привести один из клинических примеров, которые свидетельствуют о необходимости использования ФБС как в диагностической так и в лечебной практике.

Пациент Д. 20 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость,  $t^{\circ}$  тела  $39^{\circ}\text{C}$ , похудание на 10 кг., кашель со слизисто-гноющей мокротой и прожилками крови, незначительную одышку при ходьбе. Считает себя больным около четырех недель, когда появилась  $t^{\circ}$   $37,3 - 37,5^{\circ}\text{C}$ , слабость. Затем  $t^{\circ}$  начала увеличиваться, присоединился кашель с кровохарканьем. Обратился к семейному врачу. Был обследован рентгенологически и направлен на консультацию в поликлинику тубдиспансера, где подтвержден диагноз ТБ. Пациент госпитализирован в стационарное отделение Полтавского областного туберкулезного диспансера для дальнейшего обследования и лечения.

Состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, среднего роста, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные. Тургор кожи снижен костно-мышечная система без патологии. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ослаблены, ритмичны. ЧСС – 96 в 1 мин., пульс – удовлетворительных качеств, АД – 110/70 мм.рт.ст. Границы сердца не изменены. В легких перкуторно - ясный легочной звук, незначительное укорочение слева на верхушке, там же жесткое дыхание, влажные и сухие хрипы, на остальном протяжении дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен белым налетом. Печень и селезенка не пальпируются. Область пальпации безболезненна. Был обследован рентгенологически (обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и томограмма верхней доли слева, 6 срез): слева в верхней доле на фоне снижения пневматизации определяются очаговые тени, участок неоднородной инфильтрации легочной ткани с полостями в диаметре 1,0 – 1,5 см; в  $S_6$  – очаговые тени, полость – 2 см. в диаметре. Корни инфильтрированы. Справа легочной рисунок усилен. Талия сердца сглажена. В общем анализе крови: лейкоцитоз ( $9,6 \times 10^9/\text{л}$ ) сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерные – 9%) лимфопения – 13%, ускоренная СОЭ – 34мм в час. Бактериологически и бактериоскопически выявлены МБТ, резистентные к (R,H,E,S)

Пациенту выполнена ФБС, во время которой установлено, что имеет место «трахеальный бронх», справа устья его до 6 мм в диаметре,

просвет делится на две ветви. Осмотрены бронхи правого легкого, просвет их проходим, хрящевой рисунок выражен, слизистая бледно-розовая, шпоры тонкие. Слева главный и нижнедолевой бронхи не изменены; верхнедолевой проходим, но слизистая его умеренно гиперемирована, в области устья S<sub>1-2</sub> и S<sub>3</sub> инфильтрация, которая резко нарастает в S<sub>1-2</sub>, что вызывает его стеноз на ½ просвета, (что наглядно видно на рис.3) с устьев сегментарных бронхов выделяется очень вязкая слизисто-гнойная мокрота.

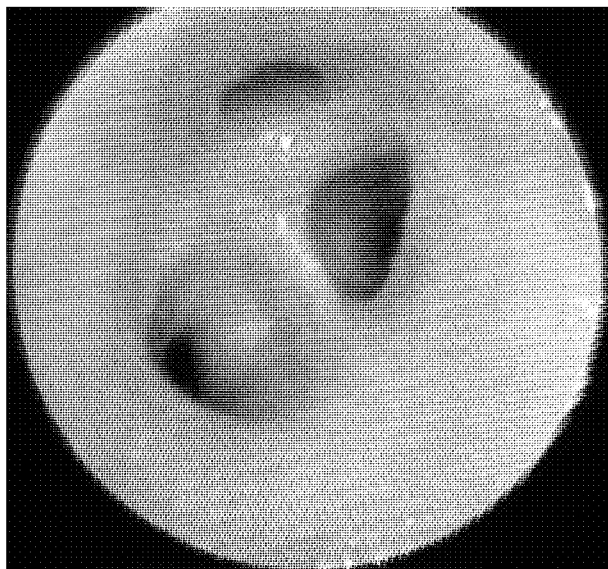


Рис.3. Больной Д. до лечения.

Заключение: инфильтративный туберкулез левого верхнедолевого бронха со стенозом S<sub>1-2</sub> на ½ просвета, аномалия развития бронхиального дерева в виде трахеального бронха» справа.

Установлен диагноз: ВДТБ (26.03.09.) левого легкого (диссеминированный), Дестр. «+», МБТ «+», М «+», К «+», Резист.(H,R,E,S), Гист «0», Кат. 1, Ког 1 (2009). Инфильтративный ТБ верхнедолевого бронха со стенозом на ½ просвета. Больной получал лечение с учетом чувствительности МБТ к антибактериальным препаратам Н (изониазид) 0,3 перорально + К (канамицин) 0,5 в/м + Leo (левофлокс) 0,5 в/в + Z (пиразинамид) 2,0 перорально + Pt (протионамид) 0,75 перорально и эндотрахеальные заливки в зону поражения (устья бронхов S<sub>1-2</sub> слева): раствор изониазида 10% - 1,0 мл + канамицина 0,5г + кортизона 2,5% - 1,0 мл + раствор димексида 20% - 1,0 мл N60

На фоне проведенного лечения у пациента через 2 месяца прекратилось бактериовыделение. Через 3 месяца при ФБС: явления инфильтрации слизистой бронхов S<sub>1-2</sub> не определяются, что видно хорошо на рис.4. Просвет бронхов полностью проходим. рентгенологически: в верхней доле слева тени частично рассосались, уплотнились. Определяется фиброзная

тяжистость, очаговые тени большой и средней интенсивности. Полости не определяются. В удовлетворительном состоянии пациент направлен на санаторно-курортное лечение.

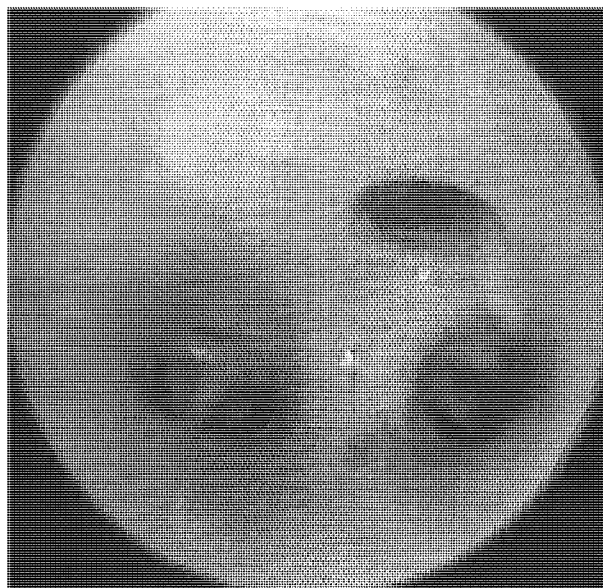


Рис.4. Больной Д. после лечения.

Учитывая изложенный материал, можно сделать выводы:

1. ФБС является высоко информативным и даже специфичным методом с учетом анализа БАЛ и гистологического исследования ткани в диагностике патологии бронхолегочного дерева.

3. В связи с учащением у больных ТБ легких поражения бронхов туберкулезным и неспецифическим эндобронхитом, сочетанием рака и ТБ, считаем необходимым проводить диагностическую ФБС всем пациентам с бронхолегочной патологией, у которых нет противопоказаний.

3. Ранняя диагностика и лечение туберкулезного эндобронхита (стадия инфильтрации) с введением лекарственных препаратов эндобронхиально являются критерием эффективного лечения с полным восстановлением функционального состояния просвета бронхов.

#### Литература

1. Норейко С.Б. Частота и характер патологических изменений бронхов у больных туберкулезом легких / С.Б. Норейко // Укр. пульмонол. журн. – 2002. - №1. – С. 44-47.
2. Огай И.В. Бронхологические методы диагностики заболеваний легких / И. В. Огай. – Л., 1971. – 266 с.
3. Пятночка І.Т. Ефективність лікування хворих на туберкульоз легень в залежності від стану бронхіального дерева / І. Т. Пятночка, С.І. Карнога. // Укр. пульмонол. журн. – 2009. - №1. – С.17-22.
4. Тамащакіна Г.Н. Частота и характер поражения бронхиальной системы у больных туберкулезом органов дыхания в современных условиях / Г.Н. Тамащакіна. // Пробл. туб. – 1999. - №6. – С.26-30.
5. Усенко Ю.Д. Состояние бронхиальной системы у больных туберкулезом легких пожилого и старческого возраста / Ю.Д. Усенко. // Пробл. туб. – 1983. - №2. – С.28-29.

Реферат

ДІАГНОСТИЧНЕ ТА ЛІКУВАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ФІБРОБРОНХОСКОПІЇ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ  
Vorodyukhina A.K., Pecherytsya V.G., Zhdan V.M., Panasenko V.V., Chip Ye.E.

Ключові слова: фібробронхоскопія, діагностика, бронхолегенево дерево, туберкульоз, ендобронхіт.

Аналіз фібробронхоскопічних досліджень, виконаних в Полтавському ОТД за останні 14 років, свідчить про збільшення частоти уражень трахеобронхіального дерева ТБ, неспецифічним ендобронхітом, раком, а також поєднаною патологією. При локалізації патологічного процесу в бронхіальному дереві ФБС є найбільш інформативним методом при умові лабораторного дослідження БАЛ і гістологічного дослідження ураженої тканини. ФБС слід рекомендувати як діагностичний метод для обстеження всіх пацієнтів з бронхолегеневою патологією, у яких немає протипоказань до її проведення.

Summary

DIAGNOSTIC AND MEDICAL VALUE OF FIBROBRONCHOSCOPY UNDER TUBERCULOSIS of BRONCHOPULMONARY SYSTEM  
Vorodyukhina A.K., Pecherytsya V.G., Zhdan V.M., Panasenko V.V., Chip Ye.E.

Key words: fibrobronchoscopy, diagnostics, broncho-pulmonary tree, tuberculosis, endobronchitis.

The analysis of fibrobronchoscopic (FBS) findings carried out at the Poltava Regional TB Dispensary for the last 14 years, testifies to the increase in frequency of bronchial tree affections with TB, heterospecific endobronchitis, cancer, as well as combined pathologies. When the pathological process is localized in a bronchial tree, FBS is the most informing method which should be combined with laboratory tests of BAL and histopathological study of affected tissues. FBS is reasonable to be advised as a diagnostic method for the inspection of all patients with bronchopulmonary pathology who have no contra-indications to it.

УДК 616.351+616.348]-089.163-06

**Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П.,  
Кухто Г.К., Гюльмамедов В.А., Базиян Н.К., Чихрадзе А.К.**

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДООПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШОК**

Национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

*В статье проанализированы результаты клинического и морфологического обследования 127 больных на всех этапах лечения за период с 2000 по 2009гг. Причиной неблагоприятных результатов является неадекватное и несвоевременное лечение, в том числе неадекватная хирургическая тактика на предыдущих этапах оперативного лечения. Выполнение радикального оперативного вмешательства при наличии сопутствующей хирургической патологии включает в себя не только радикальное удаление опухоли, но и адекватное вмешательство по поводу сопутствующей патологии. Уменьшение длительности и травматичности, осложнений и летальности нестандартных оперативных вмешательств возможно только за счет многоэтапного хирургического лечения. Консервативная терапия в послеоперационном периоде должна проводиться с учетом основного заболевания и патогенеза развивающихся осложнений.*

Ключевые слова: хирургическая тактика, ободочная кишка, прямая кишка, дооперационные осложнения.

Актуальность проблемы хирургического лечения колопроктологических больных при дооперационных осложнениях обусловлена как ростом неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки, так и ростом онкопроктологических заболеваний, ухудшением качества диагностики как основного, так и сопутствующих заболеваний, поздней обращаемостью больных за медицинской помощью. По мнению профессора М.П. Захараша, успех хирургического лечения в значительной степени определяется предоперационной подготовкой органов и систем больного, особенно толстой кишки, к обширному и травматическому хирургическому вмешательству. Значение предоперационной подготовки особенно ярко проявляется при сравнении результатов плановых и экстренных операций. Частота послеоперационных осложнений и летальности после экстренно выполненных вмешательств достигает соответственно

60 и 20%, что в несколько раз превышает соответствующие показатели после операций, которым предшествовала подготовка больных. После плановых вмешательств послеоперационные осложнения наблюдаются у 10-12% больных, а летальность составляет 2-4% [4,3,1,2].

**Цель исследования**

Определить основные принципы хирургической тактики при осложненных ситуациях, выделить основные параметры в оценке состояния больного с целью профилактики послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы исследования**

В клинике общей хирургии №1 ДонНМУ на базе проктологического отделения ДОКТМО выполнялись клинические и морфологические обследования 127 больных на всех этапах лечения в период с 2000 по 2009 г. Выполнялось микробиологическое обследование крови, отде-