



УДК 616.24 - 002.5(571.62) : 616.233 - 072.1

А.А. Шевченко¹, Н.Г. Жила¹, В.П. Свистунова¹, И.А. Валюх²

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БРОНХОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ НА ТЕРРИТОРИИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

*Дальневосточный государственный медицинский университет¹,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8(4212) 32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru;
Противотуберкулезный диспансер МЗ Хабаровского края², ул. Карла Маркса, 109В, г. Хабаровск*

Туберкулез — одно из самых древнейших инфекционных заболеваний, вызываемое известной и, вместе с тем, недостаточно изученной микобактерией. На сегодняшний день нет ни одного абсолютно эффективного лекарственного препарата для его излечения. И это один из факторов, лежащих в основе использования длительной терапии, основанной на комбинации ряда химиопрепаратов в сочетании с другими методами лечения [4]. Недостаточная эффективность консервативной терапии туберкулеза легких, высокий удельный вес остро прогрессирующих форм в структуре впервые выявленных больных, увеличение числа пациентов с деструктивными формами определяют необходимость более активного применения хирургического метода лечения [1, 5] а также разработки и внедрения новых современных дополнительных методов лечения [2, 3].

Исходя из этого, при туберкулезе легких стала активно использоваться разработанная специалистами КГУЗ «Алтайский краевой противотуберкулезный диспансер» и внедренная в практику методика временной окклюзии бронха при проведении бронхоскопии обратным эндобронхиальным клапаном [3]. Клапан сделан из резиновой смеси, индифферентной для организма человека, и представляет собой полый цилиндр. Внутреннее отверстие клапана с одной стороны имеет ровную круглую форму, с другой — выполнено в форме спадающегося лепесткового клапана. Две трети наружной поверхности клапана составляют тонкие пластинчатые радиальные лепестки для фиксации его в бронхе. Установка клапана производится как ригидным бронхоскопом, так и бронхофиброскопом. Создание лечебной гиповентиляции в пораженном участке легкого, в результате временной бронхоблокации, с сохранением дренажной функции заблокированного бронха и полости деструкции, представляется нам весьма

актуальной в лечении туберкулеза. При этом обратного поступления воздуха в пораженные участки легкого не происходит, тем самым достигается состояние лечебной гиповентиляции и ателектаза легочной ткани. Анализируя личный опыт разработчиков, нами отмечено отсутствие у авторов стремления к селективности блокирования сегментарных бронхов, в связи с этим выполнялась окклюзия бронхов второго порядка.

Установка эндобронхиального клапана выполняется под общей или под местной анестезией. После осмотра и санации бронхиального дерева оценивают диаметр бронха в месте установки клапана. На дистальный конец бронхоскопа нанизывают клапан. Под местной анестезией клапан, установленный на бронофиброскоп, проводится через ротоблокатор, полость рта, полость глотки, голосовую щель в трахею и далее в блокируемый бронх. Затем, удерживая клапан в бронхе биопсийными щипцами, фибробронхоскоп выводят из клапана. Щипцы открывают и удаляют из клапана под контролем зрения. Эндоскопист просит больного покашлять, оценивая при этом надежность крепления клапана в бронхе и его функцию. Во время кашля видно, как лепесток клапана открывается и выпускает воздух. На этом процедура установки клапана заканчивается, и фиброскоп извлекают.

На сегодняшний день нами выполнена бронхоблокация у 20 пациентов в условиях Противотуберкулезного диспансера министерства здравоохранения Хабаровского края. При этом, исходя из опыта медицинской практики, клапанная бронхоблокация имеет широкие показания. Она используется:

- I. В лечении туберкулеза легких:
 - при инфильтративном туберкулезе;
 - фиброзно-кавернозном туберкулезе;
 - лекарственно-устойчивом туберкулезе;

- остро прогрессирующем туберкулезе;
- рецидивах обострения туберкулезного процесса;
- стойком бактериовыделении;
- плохой переносимости противотуберкулезных препаратов;

- пожилом возрасте;
- сопутствующей патологии.

II. В купировании осложнений туберкулеза легких:

- при легочном кровотечении;
- бронхоплевральных свищах;
- спонтанном пневмотораксе.

Характеристика наблюдаемых больных.

Среди 20 пациентов было 16 (q - 0,8) мужчин и 4 (q - 0,2) женщины. Повозрастная структура следующая: 20-29 лет — 9 (q - 0,45) чел., 30-39 лет — 5 (q - 0,25) пациентов, 40-49 лет — один (q - 0,05) больной и 50-59 лет — 5 (q - 0,25) чел.

Данным больным установлен 21 клапан: 6 (q - 0,29) — в левое легкое, 15 — (q - 0,71) в правое. Из 21 установленного клапана 17 (q - 0,81) установлено в верхнедолевые бронхи, один (q - 0,05) — в B₆, один (q - 0,05) — в промежуточный бронх, два (q - 0,09) — в нижнедолевые бронхи.

В 11 (q - 0,55) случаях бронхоблокация выполнялась при деструктивных формах туберкулеза, при этом в одном случае выполнена двусторонняя блокация верхне- долевых бронхов. Все больные относились к категории впервые выявленных больных, бронхоблокация выполнялась на первом месяце лечения. В 9 (q - 0,45) случаях достигнут положительный эффект в виде закрытия полостей распада, в 2 (q - 0,1) случаях полости уменьшились в объеме, но сохранялись — выполнена резекция пораженной доли легкого.

В 9 (q - 0,45) случаях бронхоблокаторы устанавливались при бронхоплевральных свищах, из них в 4 (q - 0,2) случаях — как осложнение после операции. В 6 (q - 0,3) случаях достигнут положительный эффект в виде закрытия свищей. В 3 (q - 0,15) случаях эффект не достигнут (пациенты отказались от бронхоблокации — клапаны удалены преждевременно).

Таким образом, из 20 клинических случаев в 15 (q - 0,75) достигнут положительный эффект. В заключение необходимо отметить, что полученные нами результаты определяют необходимость дальнейшего использования клапанной бронхоблокации для совершенствования оказания помощи больным туберкулезом легких в условиях Противотуберкулезного диспансера министерства здравоохранения Хабаровского края, являющегося клинической базой Дальневосточного государственного медицинского университета.

Л и т е р а т у р а

Андренко А.А., Краснов В.А., Грищенко Н.Г. // Пробл. туб. - 2000. - №2. - С. 32-35.

2. Левин А.В., Ананко О.Н., Зимонин П.Е. Клапанная бронхоблокация при лечении туберкулеза легких // Материалы XIV Нац. конгр. по болезням органов дыхания. - М., 2004. - 402 с.

3. Левин А.В., Цеймах Е.А., Зимонин П.Е. Применение клапанной бронхоблокации при осложненном туберкулезе легких: пос. для врачей. - Барнаул, 2007. - 24 с.

Резюме

В статье описывается первый опыт использования новых бронхоскопических технологий лечения туберкулеза легких — клапанная бронхоблокация. Новый метод лечения разработан в Алтайском противотуберкулезном диспансере. Клапанная бронхоблокация выполнена 20 больным, получающим лечение в противотуберкулезном диспансере Хабаровского края. Лечение проводилось больным с деструктивными формами туберкулеза легких, при этом один случай — при двустороннем поражении. Данным больным бронхоблокатор устанавливался на первом месяце лечения. В 9 случаях лечение выполнялось при осложненных формах туберкулеза. Достигнуты положительные результаты.

Ключевые слова: туберкулез, бронхиальная блокада, лечение.

A.A. Shevchenko, N.G. Zhila,
V.P. Svistunova, L.A. Valyukh

THE FIRST EXPERIENCE OF BRONCHOSCOPIC TECHNIQUES IN TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN THE KHABAROVSK TERRITORY

*Far East state medical university;
Antituberculosis hospital of Ministries of Health
of Khabarovsk territory, Khabarovsk*

Summary

In this article the authors describe the first experience of new bronchoscopic techniques of treatment of pulmonary tuberculosis - valve bronchial blockade. The new method of treatment is developed in the Altay antitubercular hospital. Valve bronchial blockade was performed on twenty patients receiving treatment in the antituberculosis hospital of the Khabarovsk territory.

Patients with destructive forms of pulmonary tuberculosis underwent the procedure, and there was one case with bilateral disorder. All the patients received bronchial blockade in the first month of treatment. In nine cases treatment was carried out for the complicated forms of tuberculosis. Positive results are achieved.

Key words: tuberculosis, bronchial blockade, treatment.

4. Отс О.Н., Агкацев Т.В., Перельман М.И. // Пробл. туб. - 2009. - №2. - С. 42-49.

5. Перельман М.И. и др. // Пробл. туб. - 2002. - №2. - С. 51-55.

Координаты для связи с авторами: Шевченко Александр Александрович — канд. мед. наук, доцент кафедры фтизиатрии ДВГМУ, тел.: 8(4212) 32-63-93; Жила Николай Григорьевич — доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой детской хирургии, травматологии и ортопедии ДВГМУ, тел.: 8(4212) 32-63-93; Свистунова Вера Павловна — канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой фтизиатрии ДВГМУ, тел.: 8(4212) 32-63-93; Валух Игорь Александрович — торакальный хирург Противотуберкулезного диспансера, тел.: 8(4212) 27-47-51.

