

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е.В. Павлова

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет

Павлова Елена Валерьевна, аспирант кафедры хирургических болезней, ассистент кафедры фтизиопульмонологии с курсом ИПО БГМУ, 450000, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3, тел. 8 (987) 253-41-09, e-mail: doctorpavlova@bk.ru

Среди 113 больных, оперированных в РПТД по поводу туберкулеза легких, было изучено состояние бронхов в предполагаемом месте пересечения, сопоставлена визуальная и морфологическая картина. По результатам больные разделены на 2 группы: 1-я – обнаружен неспецифический бронхит, эндоскопически и гистологически подтвержден – 44 человека (38,9%), 2-я – эндоскопически и гистологически бронхит не обнаружен – 69(61,1%) человек. Установлено, что больным с продолжающимся бактериовыделением в предоперационном периоде необходимо производить экс-пресс-биопсию в предполагаемом месте пересечения бронха, даже если визуально признаков воспаления слизистой оболочки бронхов не обнаруживается, а также проводить ФБС в ближайший период перед операцией. Необходим ФБС-контроль после лечения воспалительных изменений ТБД.

Ключевые слова: туберкулез, фибробронхоскопия, хирургическое лечение.

MORPHOLOGICAL FEATURES OF BRONCHOPULMONARY SYSTEM OF PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

E.V. Pavlova

Bashkir State Medical University

Among 113 patients operated on at the RPTD of pulmonary tuberculosis, bronchial condition has been studied in a prospective point of intersection, compared visual and morphological picture. As a result patients were divided into 2 groups: 1st - found non-specific bronchitis, endoscopically and histologically confirmed - 44 patients (38,9%), 2nd - endoscopically and histologically bronchitis is not detected - 69 (61,1%) patients. Found that it is necessary to make rapid biopsy patients with ongoing bacterial in the preoperative period in the intended place of intersection of the bronchus, even if the visual signs of inflammation of the bronchial mucous membrane is not detected as well as perform FBS in the near future before the operation. It's required to do PBS control after treatment of inflammatory changes in the LDP.

The key words: tuberculosis, bronchoscopy, surgical treatment.

Введение

При морфологическом исследовании удаленных во время операции участков легочной ткани, пораженной туберкулезным процессом в просвете бронхов мелкого, среднего и крупного калибров обнаруживают в большом количестве лимфоциты, макрофаги, слущенный эпителий, слизь, которые снижают воздушность легочной ткани и способствуют развитию осложнений в раннем послеопе-

рационном периоде. В месте пересечения бронха нередко присутствуют признаки специфического и неспецифического воспаления. Неспецифический бронхит оказывает отрицательное влияние на течение основного легочного процесса и результаты его лечения. Изменения бронхов при туберкулезе легких могут носить специфический, неспецифический и смешанный характер [3,6,8,9,10]. Патологоанатомическое изучение резецированных легких

показало, что стенка дренирующего бронха в 2/3 наблюдений при распаде туберкуломы поражается специфическим процессом. У оперированных по поводу кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза поражение бронхиального дерева отмечено во всех случаях, часто носит распространенный характер, проявляется в виде деформирующего, специфического бронхита. При туберкулезе легких с некупированным к моменту операции бактериовыделением специфическое поражение подслизистого слоя дренирующего бронха развивается почти у всех больных (92%) и выявляется только гистологическим исследованием. Визуальный осмотр перед операцией дает зачастую субъективное представление о состоянии бронхов [1,2,5,7]. Для определения объема хирургического вмешательства необходимо изучение состояния бронхов в предполагаемом месте пересечения. По сравнению с 1993 г. (12,0%) активный туберкулез трахеи и бронхов в 2001-2002 г. стал встречаться чаще (9,4%-16,2%) [3,4].

Цель исследования

Изучение состояния бронхов в предполагаемом месте пересечения, сопоставление визуальной и морфологической картины.

Материалы и методы

Нами сопоставлены и проанализированы данные предоперационной фибробронхоскопии (ФБС) и патогистологические заключения по операционному материалу у больных основной группы (113 человек). ФБС проводилась по традиционной методике. Гистологические препараты окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван Гизону.

Результаты и обсуждение

Всем больным до операции была проведена диагностическая ФБС. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1
Распределение больных основной группы по состоянию трахеобронхиального дерева (ТБД)

Время	Норма	Трахеобронхит			Рубцовые стенозы и деформации	Всего
		I ст.	II ст.	гнойн.		
До предоперационной подготовки	9 (7,9) ±2,5	54 (47,8) ±4,7	34 (30,1) ±4,3	9 (7,9) ±2,5	7 (6,2) ±2,3	113 (100)
После предоперационной подготовки	26 (23,0) ±8,4	48 (42,5) ±7,2	28 (24,8) ±8,3	4 (3,5) ±10,6	7 (6,2) ±9,8	113 (100)

Из данных таблицы 1 следует, что из 113 больных у 104 (92,1%) была выявлена патология бронхов, которая требовала коррекции до операции.

54 (47,8%) пациентам с бронхитом I ст. интенсивности воспаления в качестве предоперационной подготовки были назначены ультразвуковые ингаляции с антиспастической смесью, тиосульфатом натрия. 34 (30,1%) больным с бронхитом II ст. интенсивности воспаления и гнойным процессом назначены лечебные ФБС 2-3 раза в неделю с местным введением антибиотиков широкого спектра действия, ферментных препаратов, глюкокортикоидов. Больным с рубцовыми стенозами и деформациями – 7(6,2%) – назначена рассасывающая терапия. Вопрос о хирургическом вмешательстве решался после излечения бронхов. В результате предоперационной подготовки количество больных с нормальным состоянием ТБД увеличилось с 9(7,9%) до 26(23,0%), с бронхитом I степени интенсивности воспаления уменьшилось с 54(47,8%) до 48(42,5%), с бронхитом II степени интенсивности воспаления – с 34(30,1%) до 28(24,8%), а с гнойным бронхитом – с 9(7,9%) до 4(3,5%). Количество больных с рубцовыми стенозами и деформациями осталось прежним, процесс носил необратимый характер, поскольку наиболее часто клиническое излечение туберкулеза бронхов без вмешательства эндоскопистов сопровождается грубым нарушением бронхиальной проходимости в виде фиброзно-рубцового сужения просвета бронхов, преимущественно III степени [8]. Выделение этой группы необходимо в связи с тем, что данная патология не поддается консервативной терапии и играет важную роль в определении объема хирургического вмешательства.

Больным с рубцовыми стенозами и деформациями бронхов выполнены резекции легкого (лобэктомии), которые предусматривают пересечение бронха выше описанных изменений. Одному больному с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез легких С1-2 левого легкого, сопутствующим рубцовым стенозом язычковых бронхов 1 степени произведена 5-реберная верхнезадняя торакопластика с резекцией С1-2 левого легкого с целью создания условий для рубцевания каверны.

По результатам морфологического исследования больные были разделены на следующие группы:

I группа – обнаружен неспецифический бронхит;

IA подгруппа – эндоскопически и гистологически диагностирован неспецифический бронхит – 42 (37,2%) человека;

IB подгруппа – эндоскопически бронхит не обнаружен, а гистологически определен неспецифический бронхит – 2 (1,8%) человека;

II группа – эндоскопически и гистологически бронхит не обнаружен – 69(61,1%) человек.

В первой группе больных оказалось 44 человека (38,9%) из 113.

У 2 (1,8%) больных IB подгруппы бронх был пересечен в зоне неспецифических воспалительных изменений. Приводим клиническое наблюдение.

Больной Ч., 37 лет, временно неработающий горожанин, находился на стационарном лечении в

хирургическом отделении с диагнозом: туберкулома верхней доли правого легкого, МБТ (-). При рентгенологическом обследовании легких выявлено: справа в С1-2 определяется округлая тень размером до 4,5 см в диаметре, с четкими неровными контурами, вокруг очага. В С6 – крупный плотный очаг. Левое легкое чистое. Корни структурные. При ФБС от 11.02 патологии в трахеобронхиальном дереве не выявлено. По данным спирографии проба Штанге – 51,,; проба Саабразе – 17,,; ЖЕЛ – 92,40%; Тиффно – 84,90; резерв дыхания – 8,5. ЖЕЛ в пределах нормы, показатели проходимости дыхательных путей в пределах нормы. Резервы дыхания умеренно снижены. Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови без отклонений от нормальных величин. 12.03 под интубационным эндотрахеальным наркозом произведена операция – комбинированная резекция верхней доли и С6 правого легкого. В ходе операции проводился бронхоскопический мониторинг. Гистологическое заключение: туберкулома конгломератная, лейкоцитарный распад, активный эрозивный бронхит культуры, перибронхиально – специфические инфильтраты, в перибронхиальных лимфатических узлах – запяление. Ранний послеоперационный период осложнился образованием свища культуры верхнедолевого бронха справа. 20.03 (на седьмые сутки после операции) произведена реторакотомия справа, ревизия плевральной полости и резекция культуры бронха. Операция сопровождалась бронхоскопическим мониторингом. Далее – без осложнений.

Мы полагаем, что за 29 дней, прошедших между последней фибробронхоскопией и операцией, в слизистой бронхов появились воспалительные изменения, которые препятствовали заживлению культуры.

Больной Д., 52 года, временно не работает. Находился на стационарном лечении в хирургическом отделении с диагнозом: туберкулома верхней доли левого легкого с распадом, эмпиема плевры, МБТ (+). При рентгенологическом обследовании легких обнаружено, что правое легкое чистое, а слева в С1-2 – тень неправильной округлой формы, размером 2,0x4,5 см, с четкими ровными контурами, полостью распада в центре, вокруг – очаги; массивные плевродиафрагмальные наложения в переднебоковом отделе. ФБС от 11.01 – патологии не выявлено. 20.02 произведена резекция верхней доли левого легкого с частичной плеврэктомией и декортикацией. В ходе операции проводился бронхоскопический мониторинг. В первые сутки послеоперационный период осложнился ателектазом нижней доли левого легкого. Выполнена ФБС с введением раствора лидазы 64 ед., посегментарным лаважом. При гистологическом исследовании удаленной верхней доли обнаружен эрозивный бронхит верхнедолевого бронха.

Необходимо подчеркнуть, что в этом случае, как и в предыдущем, между последней ФБС и операцией прошел 31 день. При туберкулезе легких с некупированным к моменту операции бактериовыделением специфическое поражение подслизисто-

го слоя дренирующего бронха развивается почти у всех больных (92%) и выявляется только гистологическим исследованием.

У 69(61,1%) больных второй группы эндоскопически нормальная картина слизистой бронхов подтверждена гистологическим исследованием.

Следует особо отметить, что при гистологическом исследовании в срезах бронхов туберкулезное воспаление также не обнаружено, что свидетельствует о полноценной предоперационной подготовке.

Выводы

1. Больным с продолжающимся бактериовыделением в предоперационном периоде необходимо производить экспресс-биопсию в предполагаемом месте пересечения бронха, даже если визуально признаков воспаления слизистой оболочки бронхов не обнаруживается.

2. Проводить ФБС в ближайший период перед операцией. Необходим ФБС-контроль после лечения воспалительных изменений ТБД.

Список литературы

1. Елькин А.В., Репин Ю.М., Левашов Ю.Н. Клиника, диагностика и лечение несостоятельности культуры бронха после пневмонэктомии по поводу прогрессирующего туберкулеза легких // Научные труды Всероссийской научно-практической конференции. Актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулеза. – СПб., 2005. – С. 196–198.

2. Колмаков Н.М., Кавандина Г.А., Кузьмин О.В. Основные причины реактиваций и рецидивов туберкулеза в оперированном легком // Туберкулез сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – М., 2003. – С. 280.

3. Малиев Б.М., Грачева М.П., Беляев Д.Л., Габараев А.С. Роль патологии трахеобронхиального дерева в лечении больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза и болезни легких. – 2007. – №8. – С. 19–25.

4. Селизарова Е.М., Судомоин Д.С., Табанаква И.А. Активный туберкулез бронхов при туберкулезе органов дыхания // Проблемы туберкулеза. – 2003. – №12. – С. 16–17.

5. Серов О.А., Колмакова Т.А., Краснов В.А. Диагностика специфических поражений бронхов при комплексном обследовании // Всероссийская научно-практическая конференция «Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом». – СПб., 2011. – С. 241–243.

6. Стрелис А.К. Комплексная диагностика бронхиальной патологии и ее значение в клинике, течение, исходах вторичного туберкулеза легких. – Томск: Медицина, 1980. – 185 с.

7. Струков А.И., Соловьева И.П. Морфология туберкулеза в современных условиях. – М.: Медицина, 1986. – 232 с.

8. Шестерина М.В. Изменения бронхов при туберкулезе легких. – М.: Медицина, 1976. – 167 с.

9. Chung H. Bronchoscopic assessment of the evolution of endobronchial tuberculosis / H.Chung, J.Lee // Department of Internal Medicine, Seoul Municipal

Boramae Hospital Affiliated to Seoul National University Hospital, Seoul, Korea. Chest. – 2000. – Vol. 117(2). – P. 385-392.

10. Kim H. Endobronchial tuberculosis presenting as right middle lobe syndrome: clinical characteristics and

bronchoscopic findings in 22 cases / Ho Cheol. Kim, Hyeon Sik. Lee, Seung Jun. Jeong, Yi Yeong. Jeon, Kyoung-Nyeo. Lee, Jong Deok. Hwang, Young Sil // Yonsei Medical Journal. – 2008. – Vol. 49(4). – P. 615-619.

ИМПЛАНТАЦИЯ ПОСТОЯННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

**В.В. Плечев, И.А. Нагаев, И.М. Карамова,
М.В. Назаров, И.Ш. Сагитов, И.Е. Николаева**

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии
ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер, г. Уфа

Плечев Владимир Вячеславович,

зав. кафедрой госпитальной хирургии БГМУ, чл.-кор. АН РБ,

засл. деятель науки РФ, д-р мед. наук, профессор,

Нагаев Ильгиз Амирович, зам. гл. врача по хирургии,

заслуженный врач РБ, канд. мед. наук,

Карамова Ирина Марсировна, гл. врач ГКБ СМП №22 г. Уфа,

канд. мед. наук,

Назаров Максим Викторович, сердечно-сосудистый хирург

отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2,

Сагитов Ильдус Шакурович, зав. отделением

рентгенхирургических методов диагностики и лечения №2,

сердечно-сосудистый хирург,

Николаева Ирина Евгеньевна, гл. врач РКД, канд. мед. наук,

450106, Россия, Республика Башкортостан,

г. Уфа, ул. Степана Кувьикина, д. 96,

тел. 8 (347) 255-64-84,

e-mail: rkd@ufacom.ru

В статье представлен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, поступивших в ГБУЗ Республиканский кардиологический диспансер с диагнозом острый инфаркт миокарда не позднее четырех часов от момента возникновения симптомо-комплекса острого коронарного синдрома. Прослежена связь инфаркт-ответственной артерии с развитием нарушений атриовентрикулярной проводимости у пациентов, перенесших стентирование и/или баллонную ангиопластику коронарных артерий. Выявлена группа пациентов со стойкими нарушениями атриовентрикулярной проводимости, которым в дальнейшем была проведена имплантация постоянного электрокардиостимулятора.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, инфаркт-ответственная артерия, электрокардиостимулятор, стентирование, баллонная ангиопластика.

IMPLANTATION OF A PERMANENT PACEMAKER IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

V.V. Plechev, I.A. Nagaev, I.M. Karamova, M.V. Nazarov, I.Sh. Sagitov, I.E. Nikolaeva

Bashkir State Medical University, Hospital Surgery Chair
Republican out-patient Clinic of Cardiology, Ufa