© Коллектив авторов, 2010
УДК 616.233-007.64-053.9-089

Г.П. Данилов, Р.П. Макеева, В.А. Шорников, Э.К. Зильбер, А.Л. Акопов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЭКТАЗОВ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

ГУЗ «Республиканская больница им. В.А.Баранова» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия (главврач — проф. А.Т. Балашов), г. Петрозаводск; Научно-исследовательский институт пульмонологии (дир. — проф. М.М. Илькович) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

Ключевые слова: бронхоэктазы, резекция легкого.

Введение. В последние годы в России отмечено значительное уменьшение числа больных с бронхоэктатической болезнью. Однако диагностика и лечение вторичных бронхоэктазов остается актуальной проблемой. Эффективность хирургического лечения бронхоэктазов у пациентов в возрасте до 40 лет не вызывает сомнений [1, 14]. По данным А.А.Воронова и соавт. [2], благоприятные результаты отмечаются у 95% оперированных, из них полное выздоровление наступает у 33% больных. Вместе с тем, диагностика и лечение бронхоэктазов у больных старшего возраста недостаточно освещены в современной литературе. Увеличение продолжительности жизни и совершенствование диагностических возможностей привело к большей частоте выявления локализованных форм бронхоэктазов у этой категории пациентов [7, 13]. С другой стороны — целесообразность хирургического лечения бронхоэктазов у больных старше 50 лет не установлена, а результаты такого лечения не обобщены и не проанализированы [3, 5, 11].

Цель настоящего исследования — оценка результатов хирургического лечения бронхоэктазов у больных старше 50 лет.

Материал и методы. Материалом исследования послужил ретроспективный анализ историй болезни, непосредственных и отдаленных результатов лечения всех больных старше 50 лет, оперированных в торакальном отделении ГУЗ «Республиканская больница им. В.А.Баранова» г. Петрозаводска с диагнозом «бронхоэктазы» с 1996 по 2007 г. Таких больных было 29, среди них — 13 (44,8%) мужчин и 16 (55,2%) женщин в возрасте от 50 до 64 лет (средний возраст — 52,7 года). Наличие бронхоэктазов у всех пациентов подтверждено при патоморфологическом исследовании удаленных препаратов легких.

Всем больным произведены клинические исследования, рентгенография, компьютерная томография грудной клетки (Light Speed VCT), спирометрия (функционально-диагностический комплекс «MasterLab» фирмы «Jaeger»), фибробронхоскопия. В ряде наблюдений выполняли бронхографию.

Показаниями к хирургическому лечению являлись: частые (не менее четырех раз в год) обострения заболевания при неэффективности консервативных мероприятий — 19 (65,5%) пациентов, рецидивирующее кровохарканье — 8 (27,6%) пациентов и рецидивирующие легочные кровотечения — 2 (6,9%) пациента. Все операции выполнены в плановом порядке. Предоперационная подготовка включала, при необходимости, бронхоскопические санации, терапию бронхолитиками, отхаркивающими препаратами, ингаляционное введение соответствующих лекарственных средств. Выполнялись только односторонние резекции легких. При наличии бронхоэктазов в обоих легких удалялась та часть легкого, в которой изменения были наиболее выражены. В послеоперационном периоде проводили антибиотикотерапию, профилактику и лечение воспалительного процесса в бронхах. Особое внимание уделялось ранней активизации пациентов.

Через 1 год после операции обследованы 25 (86,2%) пациентов, через 3 года — 23 (79,3%) пациента, через 5 лет после операции — 19 (65,5%) пациентов. Результаты лечения оценивали как «отличные» при полном исчезновении жалоб со стороны органов дыхания, «хорошие» — при существенном клиническом улучшении, «удовлетворительные» — при отсутствии изменений в характере течения заболевания и «неудовлетворительные» — при увеличении частоты обострений и увеличении количества отделяемой мокроты.

Результаты и обсуждение. Основными симптомами пациентов были: хронический кашель (86,2%) с гнойной мокротой (72,4%), симптомы хронической интоксикации (20,6%), одышка при физической нагрузке (13,8%), обострения заболевания не менее 4 раз в год (89,65%). Легочное кровотечение в анамнезе имело место в 2 наблюдениях, кровохарканье — в 8. При этом, у последних (27,6%) типичной клинической картины бронхоэктазов не было, диагноз поставлен рентгенологически. Длительность клинических проявлений заболевания составила, в среднем,

42,7 года. При этом 7 пациентов считали себя больными с детства, а 5 — отметили появление жалоб только в течение последних 5 лет. Один пациент ранее был оперирован по поводу бронхоэктазов 23 года назад (резекция базальной пирамиды левого легкого).

Исходные показатели функции внешнего дыхания, в среднем, находились в пределах нормы: жизненная емкость легких (ЖЕЛ) — 86,2%, индекс Тиффно — 73,2%. Выраженных обструктивных нарушении в исследуемой группе пациентов не было.

По результатам рентгенологического исследования наличие цилиндрических бронхоэктазов отмечено в 15 (51,7%) наблюдениях, мешотчатых — в 3 (10,3%) и смешанных — в 11 (37,9%) наблюдениях. Одностороннее поражение имело место у 26 (89,6%) больных, из них поражение левого легкого — у 15 (57,7%), правого — у 11 (42,3%). Три (10,3%) пациента имели двусторонние бронхоэктазы, но процесс не поражал более чем по 1 доле с каждой стороны. У 26 (89,6%) пациентов наличие бронхоэктазов сопровождалось уменьшением объема пораженных участков легких.

Противоречия в определении показаний к оперативному вмешательству и выбора оптимального объема резекции легочной ткани, по результатам компьютерной томографии грудной клетки у 15 (52,2%) пациентов, послужили показанием к проведению дополнительного исследования — бронхографии. Последовательная двусторонняя бронхография выполнена 3 пациентам.

При фибробронхоскопии эндобронхит выявлен во всех случаях, причем исходно у 23 больных он был диффузным, а у 6 — локальным. После проведения предоперационной подготовки диффузный характер эндобронхита сохранялся только у 2 (6,9%) пациентов из 29. Атрофия слизистой оболочки бронхиального дерева отмечена у 16 больных, рубцово-пигментные изменения — у 3 пациентов.

Таблица 1

Характеристика оперативных вмешательств

Тип операции	Сторона операции		Итого, n
	Правое легкое	Левое легкое	
Резекция S_{IV-V}	10	3	13
Нижняя лобэктомия	1	9	10
Верхняя лобэктомия	2	–	2
Резекция базальной пирамиды	–	1	1
Резекция S_{V-X}	–	1	1
Резекция S_{IV-X}	–	1	1
Резекция S_{IV-V} и базальной пирамиды	–	1	1
Всего	13	16	29

Значимая сопутствующая патология диагностирована у 14 (48,2%) пациентов: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — у 6, гипертоническая болезнь — у 5, язвенная болезнь желудка — у 2, сахарный диабет — у 1. Во всех этих наблюдениях перед оперативным вмешательством проводилась соответствующая подготовка. Объем и характер операций представлены в табл. 1.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 5 (17,2%) пациентов : в 4 случаях отмечено замедленное расправление легкого, у 1 больного сформировалась сухая остаточная полость. Нагноение послеоперационной раны имело место в одном наблюдении. Летальных исходов не было. Зависимости развития осложнений от распространенности бронхоэктазов и характера оперативного вмешательства не отмечено.

Состояние большинства больных в отдаленные сроки после операции существенно улучшилось (табл. 2). При фибробронхоскопии через 1 год после операции явления эндобронхита отмечены у 20 больных, а у 5 (20%) пациентов признаков воспаления бронхиального дерева выявлено не было. В общей сложности результаты лечения у большинства больных оценены как «хорошие» и «отличные» (76, 69,6, 63,2% через 1, 3 и 5 лет соответственно). Ухудшение состояния после оперативного вмешательства отметили 2 (6,9%) пациента. За весь период наблюдения повторные операции никому из больных не производились. Сведений о летальных исходах среди больных, вошедших в исследование, за весь период наблюдения не получено. Особо следует отметить, что у всех пациентов, оперированных в связи с рецидивирующим кровохарканьем (кровотечением) на всех этапах обследования, результаты оценены как «отличные» и «хорошие». Такими же были результаты лечения у всех больных с коротким анамнезом бронхоэктазов (менее 5 лет).

Послеоперационная оценка функции внешнего дыхания через 1 год после операции не выявила существенных изменений показателей. Наибольшие изменения претерпела ЖЕЛ, которая, в среднем, снизилась с 86,2 до 77,0%. Увеличение индекса Тиффно составило, в среднем, 5% (с 73,2 до 78,4%).

Таблица 2

Отдаленные результаты хирургического лечения

Сроки наблюдения после операции	Результат лечения, n (%)				Всего
	Отличный	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный	
1 год	7 (28)	12 (48)	4 (16)	2 (8)	25 (100)
3 года	5 (21,8)	11 (47,8)	5 (21,7)	2 (8,7)	23 (100)
5 лет	3 (15,8)	9 (47,4)	5 (26,3)	2 (10,5)	19 (100)

По данным литературы, хирургическое лечение больных с бронхоэктазами наиболее оправдано в возрасте до 40 лет [4, 6, 10]. Представленная работа посвящена анализу непосредственных и отдаленных результатов оперативных вмешательств при этой патологии у лиц старше 50 лет. Полученные данные свидетельствуют о том, что хирургическое лечение бронхоэктазов у отобранных пациентов старшей возрастной группы, возможно, безопасно и характеризуется вполне приемлемыми непосредственными и отдаленными результаты.

Этиология бронхоэктазов не у всех больных, включенных в исследование, представляется очевидной. Если у одних, предъявляющих жалобы на кашель с гнойной мокротой с детского возраста, можно думать о бронхоэктатической болезни, то у пациентов с существенно более коротким анамнезом бронхоэктазы имели вторичный характер. Представляет особый интерес наличие у 6 пациентов клинически значимой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, которая вполне могла быть причиной развития бронхоэктазов во взрослом возрасте.

На современном этапе невозможно представить диагностику бронхоэктазов без компьютерной томографии [8, 9, 12, 13]. Однако, как свидетельствует наш опыт, окончательно утверждать, что этот метод исследования полностью вытеснил бронхографию, преждевременно. Исследований, сравнивающих информативность компьютерной томографии и бронхографии в диагностике бронхоэктазов, в доступной литературе встретить не удалось [11]. Выполнение бронхографии оказалось чрезвычайно полезным для определения объема резекции легкого у некоторых больных. Предлагаемое некоторыми авторами использование с этой целью ангиопульмонографии [10] также может быть целесообразным, однако авторы не располагают собственным опытом оценки информативности этого исследования.

Оперативное вмешательство 10 пациентам выполнено в связи с рецидивирующим поступлением крови из дыхательных путей, в остальных случаях основным показанием к операции были частые обострения гнойного бронхита. Эндобронхит был диффузным у подавляющего большинства пациентов, что является классическим противопоказанием к хирургическому лечению бронхоэктазий. Однако интенсивная предоперационная подготовка позволила добиться купирования воспалительных изменений бронхиального дерева, и на момент операции только у 2 пациентов имел место диффузный эндобронхит. Именно эти 2 пациента характеризовались в последующем осложненным течением послеоперационного периода и неудовлетворительными отдаленными результатами.

В большинстве случаев при обследовании в отдаленные сроки отмечено улучшение состояния больных. Особенно хорошими результатами характеризовались пациенты с кровохарканьем, так как у большинства из них перед операцией типичной клинической картины хронического нагноительного заболевания не было. Отмечено также, что чем короче была длительность заболевания, тем лучшими были результаты лечения.

В заключение следует отметить, что возраст больного с бронхоэктазами старше 50 лет не должен считаться абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению. Лучшие результаты, по-видимому, могут быть достигнуты у пациентов с коротким анамнезом и отсутствием выраженного воспаления в бронхиальном дереве.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бирюков Ю.В. Хирургия бронхоэктазов и хронической пневмонии: Автореф. дис. … д-ра мед. наук.—М., 1982.—24 с.
2. Воронов А.А., Александров О.В., Калеченков М.К., Шаров Ю.К. Ближайшие и отдаленные результаты резекции легких при бронхоэктазиях // Вестн. хир.—1986.—№ 12.—С. 3–6.
3. Кокосов А.Н. Пневмология в пожилом и старческом возрасте.—СПб.: МЕД МАСС МЕДИА, 2005.—712 с.
4. Королев Б.А., Широкова А.П., Чернова Р.И., Горохова З.А. Сегментарные резекции легких при бронхоэктатической болезни // Вестн. хир.—1982.—№ 1.—С. 30–35.
5. Медвенский Б.В. Отдаленные результаты резекции легких при бронхоэктазиях у взрослых // Грудная хир.—1984.—№ 6.—С. 50–54.
6. Путов Н.В., Левишин Ю.Н., Медвенский Б.В. Бронхоэктазии и их хирургическое лечение // Вестн. хир.—1982.—№ 9.—С. 34–38.

7. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких.—М.; ЗАО «Издательство БИНОМ».—СПб.: Невскии диалект, 1998.—512 с.
8. Чучалин А.Г. Бронхоэктазы: клинические проявления и диагностические программы // Русск. мед. журн.—2005.—№ 4.—С. 177–182.
9. Arakawa H. Kurihara K., Fujikawa M. et al. Expiratory high-resolution CT diagnostic value in various diffuse lung diseases // Radiology.—1999.—Vol. 213.—P. 562.–564.
10. Ashour M. Hemodynamic alterations in bronchioctasis: A base for a new subclassification of the disease // J. Thorac. Cardiovasc. Surgery.—1996.—Vol. 112, № 2.—P. 328–335.
11. Corless J.A., Warburton C.J. Surgery versus non-surgical treatment for bronchiectasis // Cochrane Database of Systematic Reviews — 2000.—Issue 4. Art. No.: CD002180. DOI:10.1002/14651858. CD002180.
12. Franquet T., Stem E. J. Bronchiolar inflammatory diseases: high-resolution CT findings with histologic correlation // Eur. Radiology.—1999.—Vol. 9.—P. 1290–1303.
13. Mriya H., Miyazaki M., Honjo H. et al. Clinical evaluation of visibility of bronchi in virtual bronchoscopy from multi-detector CT data // Radiology.—1999.—Vol. 213.—P. 562.–568.
14. Spencer H. Bronchiectasis // Pathology of the lung. Vol. 1.—3rd ed.—Oxford: Pergamon, 1977.—P. 130–149.

Поступила в редакцию 27.11.2009 г.

G.P.Danilov, R.P.Makeeva, V.A.Shornikov, E.K.Zilber, A.L.Akopov

SURGICAL TREATMENT OF BRONCHIECTASES IN ELDERLY PATIENTS

The authors present experiences with surgical treatment of 29 patients (aged 50–64 years) with bronchiectases. Early and late results were analyzed. It was shown that complex approach to the estimation of the findings of radiography, spiral computed tomography, investigation of the external respiration function, fibrobronchoscopy and bronchoscopy, if necessary, allowed operating the patients older than 50 years with local forms of bronchiectases which gave good results.