

ВИДЕОБРОНХОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЁГКИХ

З.Ш.Файзиев

Республиканский научный центр

сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ;

кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

Автор изучил видеоэндоскопическую картину изменений слизистой трахеобронхиального дерева у 127 пациентов при осложнённом эхинококкозе лёгких, в возрасте от 15 до 74 лет. Была разработана видеоэндоскопическая семиотика эндобронхитов. В зависимости от выраженности воспалительного процесса в бронхах выделены три вида эндобронхита: катаральный - 49 (38,8%), гнойный – 68 (53,3%) и фибринозно-язвенный – 10 (7,9%). На основании описанной автором эндоскопической семиотики установлены характер и степень тяжести воспалительных процессов слизистой трахеобронхиального дерева, что имеет важное диагностическое и прогностическое значение для этой сложной категории больных.

Ключевые слова: эхинококкоз лёгких, фибробронхоскопия, эндобронхит

Актуальность. По данным ВОЗ (2001) и публикаций последнего десятилетия, в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой, отмечается рост заболеваемости эхинококкозом лёгких среди населения от 18,6 до 69% [1,2].

До настоящего времени остаются нерешёнными вопросы ранней диагностики осложнённого эхинококкоза лёгких (ОЭЛ). Полиморфизм клинических проявлений заболевания, отсутствие специфических признаков, поздняя обращаемость пациентов, являются причиной возникновения грозных осложнений. Осложнения в общей структуре ЭЛ встречается от 18,1% - 65,6% и более, среди которых наиболее частыми являются перфорация эхинококковой кисты (ЭК) в бронх, в плевральную полость с развитием анафилактического шока, нагноение и лёгочное кровотечение. Эти осложнения протекают тяжело, ухудшают течение и результаты хирургического лечения, нередко приводят к гибели больных [3,4].

Несмотря на достигнутые большие успехи в рентгенологической диагностике осложнённых форм эхинококкоза лёгкого, всё же довольно часто встречаются дифференциально-диагностические трудности в дифференциации осложнённого эхинококкоза лёгкого от других полостных образований лёгких. В этих случаях большую услугу оказывает диагностическая видеофибробронхоскопия.

Широкое внедрение в клиническую практику современных высокоинформативных методов лучевой диагностики (многоосевая рентгеноскопия, рентгенография, КТ и МРТ, УЗИ) позволило улучшить раннюю диагностику ОЭЛ [5-7]. Правильный диагноз в результате комплексного лучевого обследования при ОЭЛ устанавливается лишь в 46-63% случаях [8-10].

Анализ изученной нами литературы ещё раз убеждает, что частота заболеваемости эхинококкозом высока, сохраняются трудности в верификации диагноза, имеется риск развития грозных осложнений, сопровождающихся острой дыхательной недостаточностью, а также частота рецидива заболевание не имеет тенденции к снижению, и отсутствие единых мнений по ключевым вопросам, касаю-

щихся диагностики, стратегии и тактики лечения, профилактики инвазии, свидетельствует о нерешённости и актуальности нашего исследования.

Всё вышеизложенное представляется актуальным и послужило поводом для углублённого изучения данного вопроса и направлено на поиск современных аспектов ранней диагностики ОЭЛ.

Цель исследования: разработка эндоскопической семиотики изменений слизистой бронхов при осложнённом эхинококкозе лёгких

Материал и методы. В период с 1997 года по 2010 год в отделении грудной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии, мы проанализировали опыт бронхоскопической диагностики 127 больных ОЭЛ. Мужчин было 55(43,3%), женщин – 72 (56,7%). Возраст больных варьировал от 15 до 74 лет. Лица молодого и трудоспособного возраста составили 69%.

Характер осложнений был таковым: прорыв эхинококковой кисты в бронх отмечен у 85(67%) больных, нагноение ЭК без прорыва - у 9 (7,2%), прорыв в плевральную полость и бронх - у 10 (8,2%), лёгочное кровотечение - у 22 (17,6%).

Одиночные, односторонние кисты наблюдались чаще у 90 больных (70,9%). Множественный эхинококкоз (включая одиночные двусторонние ЭК) отмечен у 37 (29,1%) больных. ЭК чаще локализовались в нижних долях (80,6%), больше в правом лёгком.

Фибробронхоскопия при нагноении остаточной полости ЭК без прорыва в бронх произведена у 9 (7,2%) больным, с целью дифференциальной диагностики с другими полостными образованиями лёгких. Фибробронхоскопия оказывала неоценимую помощь в деле установления диагноза.

Во всех случаях прорыва ЭК в бронх и плевральную полость при отсутствии общих для исследований противопоказаний, была выполнена ФБС.

Фибробронхоскопия производилась аппаратом BF - ITR фирмы "Олипус" (Япония) и R.Wolf (Германия). Процедура выполнялась под местной анестезией (2% раствор лидокаина в количестве 10-15 мл).

Результаты и их обсуждение. На основании полученной информации при помощи видеофибробронхоскопии нами разработана эндоскопическая семиотика осложнённых форм эхинококкоза лёгкого, которая была разнообразной и зависела от характера и тяжести осложнений эхинококковой кисты.

Видеофибробронхоскопия применялась не только для определения вида эндобронхита при ОЭЛ, но и с целью оценки распространённости и степени интенсивности воспалительных изменений бронхов. Выявление патологических процессов базировалось на наличии следующих элементов: вид слизистой бронхиального дерева, характер содержимого и секрета, кровоточивость слизистой оболочки, вид сосудистого рисунка, эластичность стенок и моторики, наличие дистонии трахеи и бронхов.

Так, при прорывах неинфицированной кисты в бронх наблюдалось отделяемое, прозрачного соломенно-жёлтого цвета у 34 (26,7%) больных, а при прорывах инфицированной кисты отделяемое слизисто-гнойного характера отмечено у 51 (40%) больного. Как известно, при осложнённом эхинококкозе лёгкого, как правило, наблюдаются изменения со стороны бронхиального дерева, выражающиеся в закруглении шпоры дренирующего бронха у 97 (76,7%), сужении устьев бронхов у 107 (84,4%) больных. Основным эндоскопическим симптомом ОЭЛ явилось выявление отдельных частей хитиновой оболочки. Так, у 39 (31,1%) больных с катаральным и гнойным эндобронхитом при прорыве эхинококковой кисты в бронх обнаружено вклинение хитиновой оболочки в устье дренирующе-

го бронха, что приводило к его обтурации. Только фибробронхоскопия позволила установить точный диагноз в 28 (22%) случаях.

Выраженный отёк слизистой оболочки дренирующих бронхов – у 102 (80%) больных, выраженная гиперемия слизистой бронхов - у 111 (87,8%) пациентов, эти изменения часто были распространёнными и не зависели от инфицированности эхинококковой кисты, так как здесь большое значение имеет аллергический фактор. Обнаружение обрывков хитиновой оболочки является прямым диагностическим признаком ОЭЛ. Например, при прорыве в бронх инфицированной кисты гиперемия слизистой была распространённой и выраженной.

Важными эндоскопическими симптомами осложнённого эхинококкоза у исследуемых больных были следующие: кровоточивость - у 96 (75,5%), изъязвление слизистой оболочки бронхов - у 49 (38,8%) больных. Эти изменения зависели от характера воспалительной реакции со стороны организма, при нагноениях эхинококковой кисты с прорывом в бронх или без него, нагноении остаточной полости (эхинококковый абсцесс) эхинококковой кисты лёгких.

Видеофибробронхоскопическое исследование 127 больных с осложнённой формой эхинококкоза лёгких показало, что нами выявлены различные виды эндобронхитов. В определении вида эндобронхитов при осложнённом эхинококкозе лёгких мы придерживаемся классификации Путова Н.В. и Лукомского Г.И., видоизменённой нами применительно к осложнённым формам эхинококкоза лёгких.

Таблица 1

Виды эндобронхитов у больных с осложнённым эхинококкозом лёгких

№	Характер поражения	Общ к-во б-х	Катаральный эндобронхит				Гнойный эндобронхит				Фиб. язв.
			к-во б-х	ло-кальн	диф-фуз.	дву-стор.	к-во б-х	ло-кальн.	диф-фуз.	дву-стор.	
1.	Одиночные кисты	90	37	25	7	5	43	17	21	5	10
2.	Множественные односторонние кисты	28	9	4	3	2	18	10	4	4	-
3.	Множественные двусторонние кисты	9	4	2	1	-	5	3	-	2	-
	<i>Всего%</i>	127	49	31	11	7	68	31	25	11	10
		100	38,8	24,4	8,9	5,5	53,3	24,4	20	8,9	7,9

Из таблицы 1 видно, что катаральный эндобронхит наблюдался у 49 (38,8%) больных с крупными одиночными и множественными эхинококковыми кистами. Катаральный эндобронхит отме-

чался при прорывах неинфицированных кист, он был всегда резко выраженным. Катаральный эндобронхит у наших больных проявлялся гиперемией и отеком слизистой оболочки, скоплением слизистого или слизисто-гнойного секрета, деформацией устьев бронхов. При диффузном катаральном эндобронхите – 8 (8,9%), воспалительный процесс захватывает обширные участки бронхов до сегментарных, дистальная граница практически не определяется (рис. 1).

При локальном эндобронхите (у 31 (24,4%) больных) в основном поражаются долево-ые бронхи, редко - сегментарные с чётко видимыми границами воспаления, а более мелкие бронхи интактны (рис. 2). В ряде случаев мы наблюдали вклинение обрывков хитиновой оболочки в устье сегментарных бронхов (рис. 3).

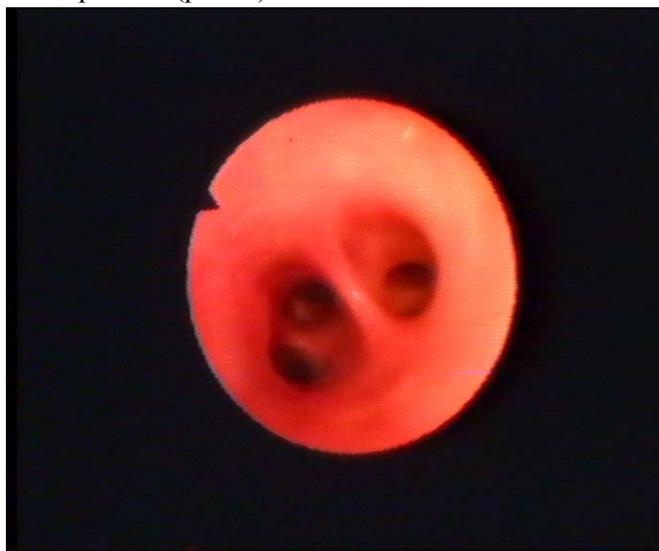


Рис. 1. Эндифото. Гиперемия и отёк слизистой нижне-долевого бронха, распространяющегося в S-6 левого лёгкого

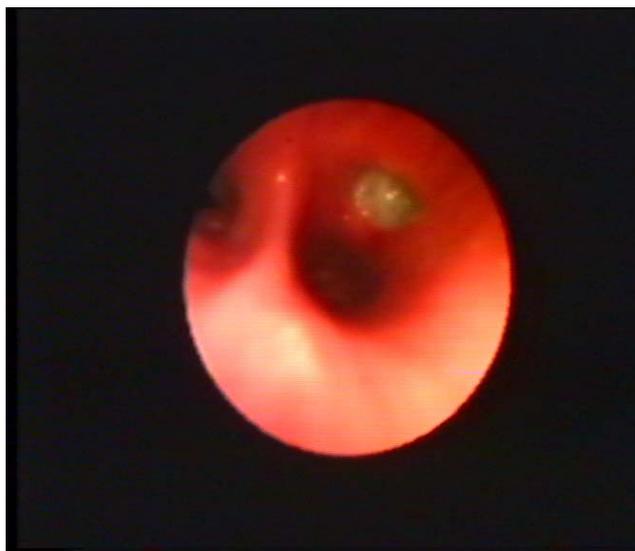


Рис. 2. Эндифото. Пролабирует хитиновая оболочка из устья средне-долевого бронха правого лёгкого. Картина ограниченного катарального бронхита



Рис. 3. Эндифото. Вклинившаяся хитиновая оболочка в устье S-8 правого лёгкого



Рис. 4. Эндифото. Картина ограниченного гнойного бронхита при прорыве нагноившейся кисты в S-9 правого лёгкого

Гнойный эндобронхит у 68 (53,3%) больных, он был связан с прорывом инфицированной или нагноившейся кисты в бронх. Гнойный эндобронхит характеризовался обильной гнойной секрецией, которая заполняла просвет бронхов после аспирации, закруглением шпор бронхов, резкой отёчностью слизистой оболочки, гиперемией, лёгкой кровоточивостью при контакте с фибробронхоскопом. Слизистые оболочки бронхов изъязвлены и покрыты гнойным фибринозным налётом.

Ограниченный или локальный гнойный эндобронхит наблюдался у 31 (24,4%) больного, при котором в основном воспалительный процесс распространялся по главным, долевым или сегментарным бронхам, с чёткими границами. Фибробронхоскопия производилась не только для установки осложнённого эхинококкоза, но и с целью выявления характера воспалительного процесса (рис. 4).

Диффузный гнойный эндобронхит наблюдался всего лишь у 25 (20%) больных. Эндоскопически гнойный эндобронхит характеризовался обильным выделением гнойной мокроты, дренирующие бронхи сужены, слизистая оболочка бронхов резко отёчна, инфильтрирована, гиперемирована и изъязвлена. Воспалительный процесс захватывает не только главные и долевыe бронхи, но и сегментарные бронхи без чёткой границы (рис. 5).

Диффузный двусторонний гнойный эндобронхит наблюдался у 11 (8,9%) больных с большими и гигантскими кистами лёгких. При фибробронхоскопии констатировалось наличие выраженного гнойного эндобронхита, при этом воспалительный процесс распространялся на трахею, на главные и долевыe бронхи, сопровождаясь выделением обильной слизисто-гнойной секреции. Слизистая оболочка отёчна резко гиперемирована с изъязвлением. Дренирующие бронхи были сужены, в некоторых выявлялись элементы хитиновой оболочки.



Рис. 5. Эндофото. Диффузный гнойный бронхит S-6 и нижнедолевого бронхов справа

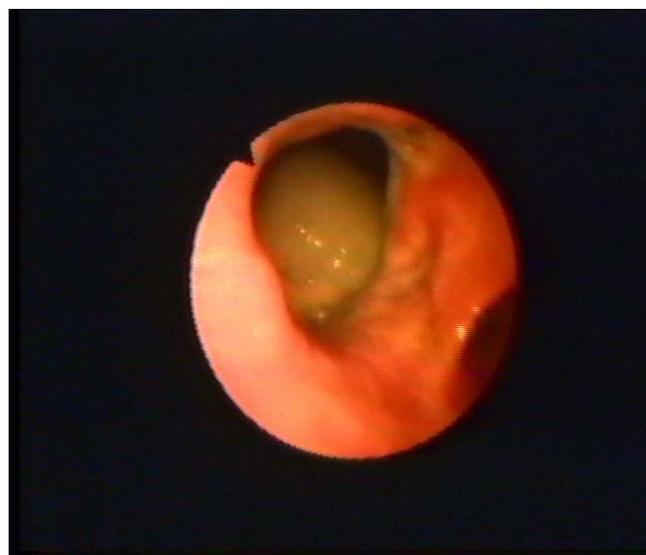


Рис. 6. Эндофото. Глубокие эрозии, язвы преимущественно устья S-9, где на дне остаточной полости спавшаяся хитиновая оболочка

Одной из тяжёлых форм эндобронхитов является фибринозно-язвенный эндобронхит, который наблюдался у 10 (7,8%) больных (рис.6). Фибринозно-язвенный эндобронхит развивался при одновременном прорыве в бронх и плевральную полость больших и гигантских нагноившихся эхинококковых кист. Эндоскопическая картина выражалась в развитии множественных изъязвлений не

только дренирующих бронхов, но и долевыми, главных бронхов, язвы покрыты серо-грязным налётом, бронхи деформированы, сужены. В просвете бронхов в большом количестве - гнойная мокрота с запахом. На основании проведённых эндоскопических исследований видно, что между выявляемыми эндоскопическими вариантами существуют вполне определённые различия, которые зависят от степени инфицированности эхинококковой кисты, характера осложнения, давности возникновения, выраженности аллергической реакции со стороны слизистой бронхов.

Полученные результаты свидетельствуют, что видеофибробронхоскопическая картина трахеобронхиального дерева у больных с осложнённым эхинококкозом лёгких, была разнообразной, и связана с характером осложнений и сроками их возникновения, степенью инфицированности кисты.

Таким образом, осложнённые формы эхинококкоза лёгких сопровождаются различными патологическими изменениями со стороны лёгкого, это - различные виды эндобронхитов, пневмониты, эхинококковые абсцессы, гнойные плевриты, вплоть до развития эмпиемы плевры. Диагностика вышеуказанных осложнений нередко представляет большие трудности, в этом отношении видеофибробронхоскопия оказывает неоценимую помощь, она является одним из информативных инструментальных методов исследования. Фибробронхоскопия позволила нам визуально оценить состояние трахеобронхиального дерева, выявить эндоскопические симптомы заболевания лёгких, что позволяет судить о степени тяжести поражения бронхов, выборе сроков предоперационной подготовки и методов оперативного лечения больных с осложнённым эхинококкозом лёгких. На основании описанной нами эндоскопической семиотики можно установить характер и степень тяжести воспалительных процессов слизистой трахеобронхиального дерева, что имеет важное диагностическое и прогностическое значение у этой сложной категории больных.

Литература

1. Усманов Н.У. Диагностика и хирургическое лечение осложнённых форм эхинококкоза лёгких// Душанбе. 2004
2. Махмадов Ф.И. Пути улучшения диагностики и хирургического лечения осложнённого эхинококкоза печени// Автореф. дис. д.м.н. – Душанбе. 2000
3. Комаров И., Отто Т. Видеоторакоскопическая и видеозендоскопическая хирургия: Новые методы в диагностике и лечении лёгочных заболеваний// Эндоскопическая хир. №1, 1996
4. Исхаки Ф.Ю. Диагностика и дифференциальная диагностика осложнённых форм эхинококкоза лёгких// Автореф. дис. к.м.н. – Душанбе. 1996
5. Икрамов А.И., Ходжибеков М.Х., Акилова Д.Н. Компьютерная томография в дифференциальной диагностике осложнённых форм лёгочного эхинококкоза// Журн. медицинская визуализация. №3. 2002.-С. 67-71
6. Morar R, Feldman C. Pulmonary echinococcosis. Eur Respir J 21: 1069-1077, 2003
7. Dakak M, Genc O, Gurkok S, Gozubuyuk A, Balkanli K. Surgical treatment for pulmonary hydatidosis (a review of 422 cases). J R Coll Surg Edinb 2002; 47:689–692. [PubMed: 12463709]
8. Бронхологические методы в диагностике и лечении заболеваний лёгких// Под ред. В.А. Герасенко. – 1984. - 104 с.
9. Лукомский Г.И., Шулуток М.А. Бронхопульмонология// "Медицина", 1992. - 399 с.
10. Бирюков Ю.В., Гилевич М.Ю. Волков Ю.А., Голик А.Д. Клинико-морфологическое обоснование выбора метода операции при эхинококкозе органов грудной полости// Грудн. и сердечно-сосудистая хир. 1990. N 9. - С. 50-54

Таджикского

Научно-медицинский журнал «Паёми Сино» («Вестник Авиценны»)