

БРОНХОСКОПИЯ ПРИ МАССИВНОЙ ОБСТРУКЦИИ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ БРОНХИАЛЬНЫМ СЕКРЕТОМ

М. Штейнер^{1,2}, доктор медицинских наук,
А. Жестков², доктор медицинских наук, профессор,
И. Сиротко², доктор медицинских наук, профессор
¹Самарская городская больница №4
²Самарский государственный медицинский университет
E-mail: iishte@yandex.ru

Оценены результаты лечения 30 пациентов с тяжелой быстро прогрессирующей дыхательной недостаточностью на фоне угнетения естественной экспекторации.

Ключевые слова: пульмонология, обструкция нижних дыхательных путей бронхиальным секретом, бронхоскопия.

Бронхообструктивный синдром — универсальное патологическое состояние в пульмонологии, характерное для большинства заболеваний (бронхиальная астма — БА, хроническая обструктивная болезнь легких — ХОБЛ, бронхообструктивный синдром при тяжелой пневмонии, респираторных вирусных инфекциях). Независимо от патогенеза заболеваний, протекающих с бронхиальной обструкцией вязким бронхиальным секретом, разрешение бронхообструктивного синдрома является важнейшим компонентом лечения этих болезней [1–3].

Вместе с тем в официально принятых установках сделан упор на разрешение бронхообструктивного синдрома или подключение к лечебному протоколу мукоактивной терапии, применение высокотехнологичных инструментальных опосредованных методик воздействия на мукоцилиарный клиренс (высокочастотная перкуссионная вентиляция легких и методика высокочастотных колебаний — осцилляции — грудной стенки). Указанный подход преобладает не только в большинстве научных публикаций, но также в национальных и мировых рекомендациях по ведению пациентов с ХОБЛ, БА, внебольничной пневмонией [4–7].

Сегодня мукоактивная терапия далеко не всегда способна разрешить рассматриваемый вариант бронхообструкции, а предлагаемые новые методики доступны лишь немногим

специализированным центрам. В практическом здравоохранении нередко с этой целью используется бронхоскопическое пособие, особенно в реанимации [8–10].

Целью настоящего исследования было определение места бронхоскопии в оказании помощи таким пациентам. В проспективном когортном исследовании изучены результаты лечения 30 пациентов (мужчин было 23, женщин — 7) с тяжелой дыхательной недостаточностью (III степени по классификации Дембо А.Г., 1957, и IV степени по классификации Данилина А.В. и Коршунова Г.В., 2004) и подозрением на массивную обструкцию бронхиальным секретом, отказавшихся от проведения экстренной бронхоскопии. Пациенты были госпитализированы в отделение реанимации. Данные о нозологическом составе патологии представлены в табл. 1.

Массивная обструкция нижних дыхательных путей бронхиальным секретом была заподозрена по совокупности данных анамнеза заболеваний и клинической картины. У всех пациентов отмечено наличие одышки при незначительной физической нагрузке, слабости, непродуктивного кашля или кашля со скудным отделением мокроты, значительное увеличение числа дыхательных движений, ослабление везикулярного дыхания.

Сатурация кислородом при поступлении находилась в пределах 79–84% (в покое, без респираторной поддержки). Данные о газовом составе крови представлены в табл. 2.

Всем пациентам сразу была начата интенсивная терапия обострения заболеваний согласно существующим стандартам, включая (при необходимости) адекватную антибиотикотерапию, парентеральное и ингаляционное введение глюкокортикостероидов, небулайзерное введение муколитиков, β_2 -агонистов и М-холинолитиков, респираторную терапию в режиме самостоятельного дыхания кислородно-воздушной смесью с помощью невозвратной масочной системы или неинвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Все пациенты, отказавшиеся от проведения бронхоскопии, вне зависимости от этиологии выраженного бронхообструктивного синдрома и тяжелой дыхательной недостаточности, были на 2–3-и сутки пребывания в отделении реанимации переведены на аппаратную ИВЛ по жизненным показаниям. У них стремительно нарастала дыхательная недостаточность, прогрессировала утрата сознания. Таким образом, абсолютный риск вынужденного перевода на ИВЛ составил 100%.

Впоследствии разрешение на проведение санационной бронхоскопии было получено у родственников пациентов, однако летальность составила 60% (умерли 18 больных). Проведенное с задержкой бронхологическое вмешательство подтвердило факт массивной обструкции нижних дыхательных путей бронхиальным секретом.

Таблица 1

Распределение пациентов с учетом заболевания; n (%)

Больные	ХОБЛ	БА	Синдром перекреста	Пневмония	Пневмония на фоне ХОБЛ	Всего
Мужчины	15 (50,0)	–	2 (6,7)	1 (3,3)	5 (16,7)	23 (76,6)
Женщины	3 (10,0)	1 (3,3)	2 (6,7)	–	1 (3,3)	7 (23,4)
Итого	18 (60,0)	1 (3,3)	4 (13,4)	1 (3,3)	6 (20,0)	30 (100)

Примечание. Во всех случаях пневмония была внебольничной.

Таблица 2

Результаты исследования газового состава крови у обследованных; n (%)

Показатель	ХОБЛ	БА	Синдром перекреста	Пневмония	Пневмония на фоне ХОБЛ
рН крови:					
7,15–7,20	5 (16,7)	–	1 (3,3)	–	1 (3,3)
7,21–7,25	11 (36,7)	1 (3,3)	3 (9,9)	1 (3,3)	4 (13,4)
7,26–7,28	2 (6,6)	–	–	–	1 (3,3)
PaCO ₂ , мм рт. ст.:					
3–60	3 (10,0)	–	–	–	1 (3,3)
61–70	9 (30,0)	1 (3,3)	2 (6,6)	–	3 (10,0)
71–78	6 (20,0)	–	2 (6,6)	1 (3,3)	2 (6,7)
PaO ₂ , мм рт. ст.:					
17–20	7 (23,3)	–	–	–	2 (6,7)
21–25	7 (23,3)	–	3 (10,0)	1 (3,3)	3 (10,0)
26–29	4 (13,4)	1 (3,3)	1 (3,3)	–	1 (3,3)

Примечание. рН – уровень кислотности; PaCO₂ – напряжение углекислого газа в крови; PaO₂ – напряжение кислорода в крови.

Степень воспалительных изменений оценивали по общепринятой классификации J. Lemoine (1965) в модификации Г.И. Лукомского и Г.М. Орлова (1973): у всех больных ХОБЛ, БА, с синдромом перекреста и 2 больных пневмонией на фоне ХОБЛ определен диффузный эндобронхит III степени интенсивности воспаления, а у больного пневмонией и 4 больных пневмонией на фоне ХОБЛ – локальный эндобронхит III степени интенсивности воспаления на фоне эндобронхита II степени остальных отделов трахеобронхиального дерева.

Высокий уровень летальности (60%) и 100% перевод пациентов на ИВЛ связаны с полной несостоятельностью механизмов экспекторации (как естественной, так и консервативной терапевтической) в условиях нарастающей бронхиальной обструкции независимо от ее этиологической принадлежности.

Полученные результаты позволили рассматривать нарастающую обструкцию нижних дыхательных путей бронхиальным секретом, сопровождающуюся быстрым прогрессированием дыхательной недостаточности и (или) нарушениями сознания различной степени (оглушенность – сопор – кома) при неэффективной естественной (в том числе и медикаментозно стимулированной) экспекторации, в качестве абсолютного показания к бронхоскопии.

Литература

1. Бабак С.Л., Голубев Л.А., Горбунова М.В. Бронхообструктивный синдром в практике терапевта // Трудный пациент. – 2010; 11 (интернет-версия): http://www.t-patient.ru/archive/tp11-10/tp11-10_715.html

2. Шмелев Е.И. Бронходилатирующая терапия болезнью органов дыхания // Трудный пациент. – 2010; 6–7 (интернет-версия): http://www.t-patient.ru/archive/tp6-7-10/tp6-7-10_678.html

3. Татарский А.Р. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение бронхообструктивного синдрома: место комбинированных препаратов β₂-агонистов и ингаляционных глюкокортикостероидов // Пульмонология. – 2011; 1: 89–98.

4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHL B1 / WHO Workshop Report, updated 2014.

5. Чучалин А.Г., Айсанов З.Р., Белевский А.С. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы / М.: Российское респираторное общество, 2013; 33 с. // Пульмонология. – 2014; 2: 11–32.

6. Чучалин А.Г., Айсанов З.Р., Белевский А.С. и др. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких // Рус. мед. журн. – 2014; 5: 331–46.

7. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. 2013. Русская версия / М.: Российское респираторное общество, 2013; 108 с.

8. Hattotuwa K., Gamble E., O'Shaughnessy T. Safety of bronchoscopy, biopsy, and BAL in research patients with COPD // Chest. – 2002; 122: 1909–12.

9. Gayathri A., Narasimhan R. Critical Care Bronchoscopy – A retrospective analysis in Two Tertiary Care Hospitals // Indian J. Bronchology. – 2006; 1 (1): 16–23.

10. Царенко С.В., Добрушина О.Р. Интенсивная терапия при обострении хронической обструктивной болезни легких / М.: Медицина, 2008; 112 с.

BRONCHOSCOPY FOR BRONCHIAL SECRETION-INDUCED MASSIVE OBSTRUCTION OF THE LOWER RESPIRATORY TRACT

M. Shteiner^{1,2}, MD; Professor A. Zhestkov², MD; Professor I. Sirotko², MD

¹Samara City Hospital Four

²Samara State Medical University

The results of treatment were assessed in 30 patients with severe respiratory failure in the presence of its rapid progression and suppressed natural expectoration.

Key words: bronchial secretion-induced obstruction of the lower respiratory tract, bronchoscopy.