

С. І. Жолкевський, С. П. Василенко, В. Л. Босак, І. М. Булеза
ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСБРОНХІАЛЬНОЇ БІОПСІЇ ЛЕГЕНЬ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ
ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер

Виражений поліморфізм та атипівість клініко-рентгенологічних симптомів багатьох захворювань бронхолегеневої системи загострює складну проблему диференційної діагностики хвороб органів дихання і на перший план виводить необхідність підтвердження діагнозу на бактеріологічному, цитологічному та морфологічному рівнях. Найбільші труднощі при встановленні діагнозу зустрічаються в хворих з дисемінованими процесами легень. Необхідною умовою верифікації діагнозу гранулематозних захворювань легень є правильне взяття матеріалу, яке повинне включати субстрат та паренхіму навколишньої тканини. При трансбронхіальній щипцевої біопсії легень ефективність коливається від 75 до 90 % при цитологічному дослідженні бронхобіоптатів, а при гістологічному дослідженні — 76–95 %. Не зважаючи на досить високу інформативність, вказані методи мають і суттєві недоліки. При трансбронхіальній біопсії за допомогою щипців кровотечі відзначаються в 7,0–19,2 % хворих, кровохаркання в 26 %, аритмія в 0,8 % хворих, приступ бронхіальної астми в 1,0 % хворих, пневмоторакс в 8–19 % хворих під час виконання жорсткої бронхоскопії та 1,3 % при фібробронхоскопії. В 20,6 % обстежених отриманий матеріал є непридатним для цитогістологічного дослідження.

Матеріали і методи

Нами було обстежено за допомогою фібробронхоскопії та комплексу клініко-рентгенологічних, лабораторних, інструментальних та морфологічних методів досліджень 46 хворих (40 чоловіків (86,95 %) та 6 жінок (13,05 %)). Було встановлено діагноз туберкульозу легень в 12 хворих, неспецифічні захворювання органів дихання (пневмонія або абсцес легені) в 18 хворих та злоякісні пухлини органів дихання в 16 хворих.

Результати

Аналіз наведених даних показав, що серед обстежених контингентів хворих переважали чоловіки (84,66 %) у віці старше 46 років (64,74 %). Пухлини легень частіше зустрічалися у осіб більш старших віко-

вих груп, ніж специфічне та неспецифічне ураження легеневої тканини. Вік хворих коливався від 24 до 81 років. Бронхоскопічне дослідження проводилось за допомогою фібробронхоскопу OLYMPUS 1T20 з діаметром дистального зовнішнього кінця 5,9 мм. При проведенні фібробронхоскопії зміни в бронхіальному дереві не були виявлені у 1 хворого на туберкульоз, в 5 хворих на рак легень та у 3 хворих з неспецифічними захворюваннями легень. У всіх інших випадках нами були відмічені ті чи інші зміни стану слизової оболонки бронхів. Слизовогнійний ендобронхіт головного або дольового бронху з ознаками запалення слизової оболонки 1 ступеня діагностовано у 12 хворих, з витонченням слизової оболонки у 9 хворих, дифузний слизовогнійний ендобронхіт з ознаками запалення слизової оболонки у 10 хворих, та гнійний ендобронхіт у 2 хворих. У хворих з пухлинами легень інфільтрація слизової сегментарних бронхів з частковим звуженням просвіту відмічалася в 3 хворих. В одного хворого була інфільтрована слизова лівого головного бронху з білуватими горбиками, що було розцінено як інфільтративний туберкульоз бронху. В цьому випадку була взята біопсія слизової лівого головного бронху та трансбронхіальна біопсія із нижньої долі правої легені (рентгенологічно відзначалося ураження нижньої долі правої легені). Гістологічне дослідження матеріалів виявило плоскоклітинний рак лівого головного бронху та канцероматоз лімфатичних та кров'яних судин нижньої долі правої легені. Верхні долі при туберкульозі, раку та неспецифічних захворюваннях легень були уражені в 10-ти, 11-ти та ще в 11 хворих відповідно. Нижньодольова локалізація патологічних процесів відзначалася в 2-х, 5-ти та в 7-ми випадках. Отже ми можемо відзначити що вехньодольова локалізація патологічного процесу характерна для всіх категорій хворих в наших дослідженнях, а нижньодольова локалізація патологічних процесів відзначалася частіше при раку та неспецифічних захворюваннях легень.

Кількість бронхобіопсій складала в середньому 3-4 біоптати. В 36 випадках (78,26 %) гістологічне дослідження матеріалу дозволило встановити діагноз і в 10 (21,74 %) дані гістологічного дослідження не дозволили верифікувати діагноз. Гістологічне підтвердження процесу при туберкульозі, раку та неспецифічних захворюваннях легень отримали відповідно в 66,66 %, 87,50 % та 77,77 % випадків. В двох хворих дослідження бронхобіоптатів виявили рак легень (після оперативного втручання визначили туберкульоз легень та хронічний абсцес) і в 8 випадках паренхіма легені була отримана, але визначитися з етіологією процесу не було можливим. В цих восьми хворих в бронхобіоптатах були виявлені вогнищеві фіброзні зміни, дистелектази, ділянки некротизованої легеневої тканини з крововиливами. Хворим виконано 15 оперативних втручань, які також допомогли визначитися з етіологією легневих процесів. За нашими даними кожна трансбронхіальна біопсія супроводжувалася виділенням крові з відповідних бронхів, але ознак значної крово-

течі, пневмотораксу або летальних випадків не було в жодного хворого.

Висновки

Проведені нами дослідження показали, що найбільш часто при проведенні фібробронхоскопії можна виявити візуальні ознаки неспецифічного ендобронхіту. Трансбронхіальна біопсія легеневої тканини допоможе в визначенні гістологічного підтвердження характеру легеневого ураження, дозволить в короткі строки призначити відповідну патогенетичну терапію та відмовитися від «сліпого» лікування нез'ясованого процесу, допоможе зберегти матеріальні кошти хворого та медичного закладу. Незважаючи на досить високий відсоток ускладнень, трансбронхіальна біопсія легень за допомогою щипців може і повинна застосовуватися в профільних медичних закладах. Враховуючи ускладнення, які є вкрай небезпечними для життя хворого ці дослідження повинні виконувати кваліфіковані лікарі, такі хворі повинні перебувати під постійним контролем. .