На правах рукописи

ПАВЛОВА ЕЛЕНА ВАЛЕРЬЕВНА

РОЛЬ БРОНХОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание

ученой степени кандидата медицинских наук

Уфа – 2013

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор **Хасанов Анвар Гиниятович**

Официальные оппоненты:

Фатихов Рашид Габдуллович, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры госпитальной хирургии;

Бакиров Анвар Акрамович, доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер, главный врач.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» Российской академии медицинских наук, г. Москва, ул. Достоевского 4.

Защита состоится « » декабря 2013 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.006.02 при Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: РБ, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Автореферат разослан «___»_____2013 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета **Фёдоров Сергей Владимирович**

ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Значение послеоперационных осложнений в торакальной хирургии очень велико: они являются причиной летальных исходов, удлиняют сроки лечения, приводят к инвалидности. Из осложнений раннего послеоперационного периода наиболее часто встречаются ателектазы и гиповентиляции легкого. Одна из причин возникновения – обтурация дыхательных путей слизью, мокротой, сгустками крови. Частота их по данным литературы колеблется от 4–5 до 20–35% (Богуш Л.К., 1979; 1983; Бисенков Л.Н., 2000; Шайхаев А.Я., Наумов В.Н., 2000; Левашов Ю.Н., Репин Ю.М., 2008).

Проблема туберкулеза, как в мире, так и в Российской Федерации является все еще актуальной и приоритетной. Недостаточная эффективность консервативной терапии туберкулеза легких, высокий удельный вес остро прогрессирующих форм в структуре впервые выявленных больных, увеличение числа пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, лекарственной устойчивостью возбудителя определяют необходимость более активного применения хирургических методов лечения (Гиллер Д.Б. и соавт., 2007; Мотус И.Я. и соавт., 2010; 2011; Аминев Х.К. и соавт., 2011; Dravniece G. et al., 2005). Важным критерием приемлемости любого из вариантов хирургического лечения туберкулеза легких являются показатели послеоперационных осложнений и летальности. (Стрельцов В.П., 2003; Кобак М.Э. и соавт., 2005; Краснов Д.В. и соавт., 2005; Папков А.В., 2010). Как показывают результаты исследований, за последние десять лет число больных с нормальной слизистой оболочкой трахеобронхиального дерева среди больных туберкулезом легких, снизилось с 38 до 19,6 %, а число больных с неспецифическим бронхитом возросло с 36,6 до 50,2% (Малиев Б.М., Купавцева Е.А., 2003). Причинами реактиваций и рецидивов туберкулеза в оперированном легком у трети больных являются осложнения раннего послеоперационного периода: замедленное расправление оперированного легкого, бронхоальвеолярные свищи, стойкие остаточные полости, расстройства кровообращения, ателектазы,

пневмонии, реактивные плевриты, непереносимость препаратов (Богуш Л.К. и соавт., 1983; Коваленко И.П., 1989; Колмаков Н.М. и соавт., 2003; Левашев Ю.Н., Репин Ю.М., 2008). Большинство авторов считают основной задачей интраоперационной ФБС санацию бронхиального дерева для борьбы с дыхательной недостаточностью. Практически это выливается в эпизодическую санацию по просьбе анестезиолога по завершении основного этапа или в конце операции (Лукомский Г.И., 1982; Выжигина М.А. и соавт., 1988). При подобном порядке выполнения у 50–63% больных в раннем послеоперационном периоде определяется ателектаз сегмента или доли легкого (Лебедева Р.Н. и соавт., 1988; Тимербаев В.Х., 1988; Табанакова И.А. и соавт., 2005). После комбинированных резекций или лобэктомий частота нарушений бронхиальной проходимости в первые сутки после операции достигает 100% (Репин Ю.М. и соавт., 1984; Лебедева Р.Н. и соавт., 1988;). Клинические и рентгенологические признаки нарушения проходимости дыхательных путей требуют выполнения неотложной ФБС.

Рядом авторов доказана целесообразность проведения санационной фибробронхоскопии в раннем послеоперационном периоде (Коркин М.И. и соавт., 1999). Метод бронхоскопического мониторинга подразумевает систематическое выполнение фибробронхоскопии на этапах анестезиологического пособия и торакальной операции через интубационную трубку (Шанин Ю.Н. и соавт., 1993,1998; Бисенков Л.Н., 2000). Работ, освящающих применение бронхоскопического мониторинга у больных туберкулезом нет. Вышесказанное диктует необходимость проведения исследований, оценивающих влияние бронхоскопического мониторинга на возникновение осложнений у больных туберкулезом после торакальных операций.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных туберкулезом органов дыхания при помощи бронхоскопического мониторинга.

Задачи исследования:

1. Исследовать состояние трахеи и бронхов у больных туберкулезом органов дыхания до операции.

2. Изучить зависимость частоты послеоперационных осложнений от состояния слизистой оболочки трахеи и бронхов, от объема оперативного вмешательства.

3. Определить эффективность лечения бронхиальной патологии у больных с туберкулезом органов дыхания в период предоперационной подготовки.

4. Изучить влияние интраоперационной санации трахеи и бронхов на частоту послеоперационных осложнений.

5. Определить роль бронхоскопического мониторинга в повышении эффективности хирургического лечения больных с туберкулезом органов дыхания.

Научная новизна:

1. Определено значение и роль бронхоскопического мониторинга в коррекции лечения больных туберкулезом органов дыхания.

2. Бронхоскопическое исследование трахеи и бронхов позволяет выполнить прецизионное вмешательство у больных туберкулезом органов дыхания.

3. Научно обоснована эффективность бронхоскопического мониторинга в профилактике интра- и послеоперационных осложнений у больных туберкулезом органов дыхания. Подтверждена безопасность метода.

Практическая значимость. Бронхоскопический мониторинг необходим на этапах лечения больных туберкулезом органов дыхания, позволяет корректировать анестезиологическую и хирургическую тактику. Проведение планового бронхоскопического мониторинга позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных туберкулезом органов дыхания.

Работа входит в план научных исследований Башкирского государственного медицинского университета. Разработанная эндоскопическая профилактика осложнений раннего послеоперационного периода у больных с туберкулезом органов дыхания внедрена в практическую деятельность отделений хирургии туберкулеза легких ГБУЗ РПТД, что позволило улучшить результаты лечения.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Частота осложнений после торакальных операций у больных туберкулезом органов дыхания зависит от состояния слизистой оболочки трахеи и бронхов, от объема оперативного вмешательства.

2. Бронхоскопический мониторинг на этапах анестезиологического пособия является оптимальным методом защиты дыхательных путей во время оперативного вмешательства в условиях эндотрахеальной интубации.

3. Бронхоскопический мониторинг является эффективным методом профилактики, диагностики и своевременной коррекции послеоперационных осложнений.

Апробация работы. Результаты исследования доложены на заседании ассоциации фтизиатров Республики Башкортостан в 2011; 2012 гг., на Международной конференции молодых ученых «Медицинская наука-2012», посвященной Году благополучного детства и укрепления семейных ценностей, 80-летию БГМУ, 10-летию ОО МедБаш, Дню медицинского работника в 2012 г. Апробация работы состоялась 18 января 2013 г. на заседании проблемной комиссии «Хирургические болезни» ГБОУ ВПО БГМУ Министерства Здравоохранения России.

Публикация материалов. По материалам диссертации опубликовано 15 печатных работ, из них 3 в журналах, рекомендуемых ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 117 страницах печатного текста и состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, иллюстрирована 15 рисунками и 15 таблицами. Список литературы включает 222 источника, из которых 165 принадлежат отечественным и 57 иностранным авторам.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами проведено когортное проспективное исследование, в которое были включены 346 больных туберкулезом органов дыхания, в возрасте от 15 до 66 лет. Основную группу составили 113 больных, оперированных в ГБУЗ РПТД в 2002–2003 гг. с применением бронхоскопического мониторинга. В контрольную группу вошли 233 больных, оперированных в ГБУЗ РПТД в 1992–1993 гг. без

применения бронхоскопического мониторинга. Критериями исключения из исследования явились: операции по экстренным показаниям; наличие осложнений по сопутствующим заболеваниям; нетуберкулезная этиология заболевания. Все больные имели показания к плановому хирургическому лечению туберкулеза органов дыхания. По клиническим и демографическим показателям, которые могли повлиять на течение основного заболевания, сравниваемые группы не различались. В дальнейшем сравнению подверглись подгруппы больных с различной степенью интенсивности воспаления слизистой оболочки трахеи и бронхов и объёмом оперативного вмешательства.

Наибольшее количество больных было в возрасте 29–39 лет 114 (32,9%) и 40–50 лет – 98 (28,3%). Мужчины – 264 (76,3%), женщины – 82 (23,7%). По социальному статусу – более половины больных были работающие – 195 (56,4%). Временно неработающие больные – 89 (25,7%). Жителей города и села практически одинаковое количество – 175 (50,6%) и 171 (49,4%) соответственно.

При поступлении в хирургические отделения диспансера, все больные предварительно проходили обследование, включающее традиционные клинические, микробиологические, рентгенологические, эндоскопические (эзофагогастродуоденоскопия, фибробронхоскопия), цитоморфологические, ультразвуковые методы, компьютерную томографию.

Функция внешнего дыхания оценивалась по спирограммам, фиксировались показатели дыхательных объёмов легких, с помощью которых определяли степень и механизмы ее нарушения до операции. Принципиально важное значение придавали такому показателю, как коэффициент Тиффно (R. Tiffeneau) – показатель проходимости бронхов, представляющий собой отношение (в %) объема воздуха, выдыхаемого за первую секунду форсированного выдоха, к жизненной емкости легких. Он позволяет наиболее непосредственно спрогнозировать компенсаторные способности организма больного в ближайшем послеоперационном периоде. Состояние сердечнососудистой системы оценивали по пульсу, АД и ЭКГ.

Лабораторные исследования включали клинические анализы крови, мочи, исследования крови на билирубин, ферменты (АСТ, АЛТ), осадочные белковые реакции. Кроме того, для изучения функции почек исследовалась моча по Зимницкому и изучался клиренс по мочевине, креатинину. Состояние свертывающей и антисвертывающей систем крови оценивали по комплексу, включающему время свертывания крови, длительность кровотечения, количество тромбоцитов, коагулограмму, концентрацию фибриногена, протромбиновый индекс, фибринолитическую активность и продукты дегидратации фибрина. Водно-электролитный обмен изучался путем определения ОЦК, содержания ионов K^+ и Na^+ в сыворотке крови и эритроцитах.

Обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте, материале, взятом при бронхоскопии, производилось путем микроскопии с окраской по Цилю-Нильсену, методами флотации, люминесцентной микроскопии, посевом на плотные питательные среды.

Использованные методы исследования позволили дать объективную оценку состояния больных и проследить за изменениями функций отдельных органов и систем, вызванных основным заболеванием и его осложнениями, сопутствующей патологией, воздействием лекарственной терапии. Для правильной оценки распространенности процесса и характера изменений слизистой оболочки бронхов, пользовались классификацией по степени видимой интенсивности воспаления слизистой оболочки трахеи и бронхов (I–III) (Лукомский Г.И. и соавт., 1982; Чернеховская Н.Е., Ярема И.В., 1998). Рубцовые деформации и стенозы бронхов оценивали в зависимости от степени сужения устья бронха (I–III степени) (Путов Н.В. и соавт., 1988; Левашев Ю.Н., Репин Ю.М., 2008; Король О.В. и соавт., 2010).

Все больные получали специфическую антибактериальную терапию с момента поступления в стационар. Кроме того, ультразвуковые ингаляции с ферментами (химотрипсин, лидаза, дезоксирибонуклеаза), антиспастической смесью. При наличии показаний назначали отхаркивающие и муколитические средства, бронхолитики. У больных с явлениями гнойного трахеобронхита

проводили антибиотикотерапию. По показаниям – эндоскопические санации с применением лекарственных средств (ферменты, антибиотики широкого спектра действия и противотуберкулезные препараты, гормоны) (Шестерина М.В., 1976; Стрелис А.К., 1980; Непомнящих Г.И., Непомнящих Л.М., 1990). Больным основной группы (113) применялся бронхоскопический мониторинг, подразумевающий систематическое выполнение фибробронхоскопии на этапах анестезиологического пособия и торакальной операции через интубационную трубку (Шанин Ю.Н. и соавт., 1993; 1998; Бисенков Л.Н., 2000).

Статистическая обработка данных велась с использованием приложений MS Acces, MS Word, MS Exel из пакета Microsoft Office 2010 под управлением операционной системы Windows 7. Достоверность различий результатов между группами устанавливалась с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при $p>0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. По клиническим формам больные распределились следующим образом: туберкулома – 236 (68,2%), кавернозный туберкулез – 26 (7,5%), фиброзно-кавернозный туберкулез – 75 (21,7%), туберкулезный плеврит, эмпиема плевры – 9 (2,6%).

Гистологическим исследованием диагнозы подтверждены. Преобладание в обеих группах пациентов с туберкуломами и деструктивными формами туберкулеза обусловливает распределение по объему оперативного вмешательства (рис. 1), при этом достоверных отличий между группами также не выявлено, $p<0,05$.

Из всех оперативных вмешательств экономные резекции производились чаще – 159 (46,0%). На втором месте в обеих группах – лобэктомии 84 (24,3%). Третье место в основной группе занимают комбинированные резекции 14 (12,4%), а в контрольной группе – торакопластики 24 (10,3%). Пневмонэктомии – 10 (2,9%) операций. На долю прочих видов операций приходится 26 (7,5%).

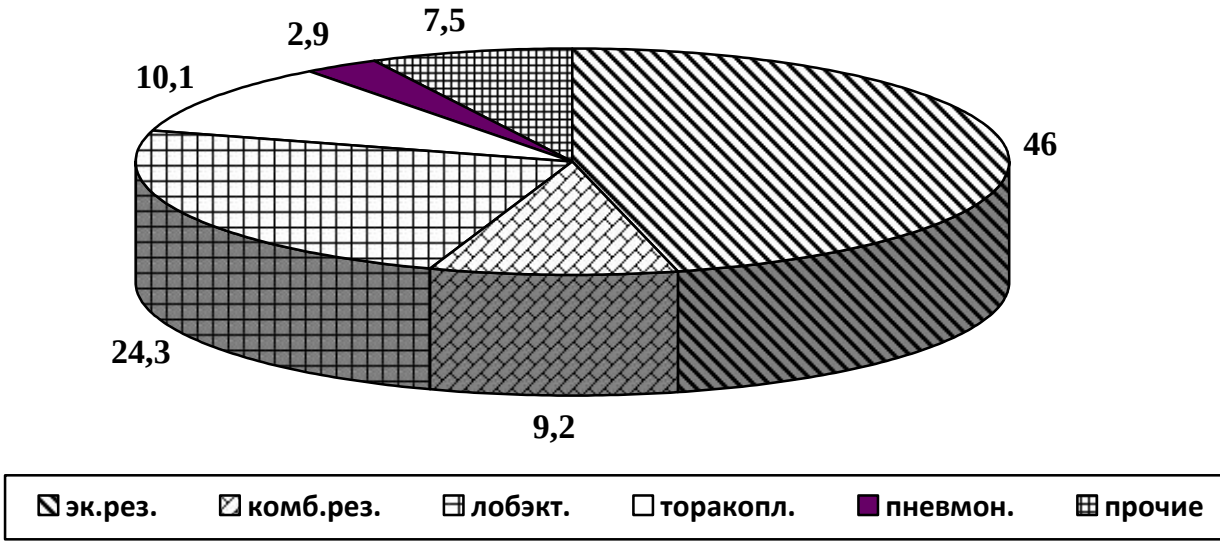

Рис. 1. Распределение больных по виду оперативного вмешательства

Изучены особенности и состояние трахеи и бронхов у больных туберкулезом органов дыхания перед плановым оперативным вмешательством. В табл. 1 представлено, каким образом они распределились.

Таблица 1

Распределение больных по состоянию трахеи бронхов до операции

Исследуемая группа	Норма	Трахеобронхит			Рубцовые стенозы и деформации	Всего
		I ст.	II ст.	гнойный		
Основная группа чел., (%)	9 (7,9)	54 (47,8)	34 (30,1)	9 (7,9)	7 (6,2)	113 (100)
Контрольная группа чел., (%)	93 (39,9)	101 (43,3)	30 (12,9)	6 (2,5)	3 (1,3)	233 (100)
Итого чел., (%)	102 (29,5)	155 (44,8)	64 (18,5)	15 (4,3)	10 (2,9)	346 (100)

Из 346 больных у 244 (70,5%) была выявлена патология бронхов, которая требовала коррекции до операции. Больным с бронхитом I ст. интенсивности воспаления – 54 (47,8%) в качестве предоперационной подготовки были назначены

ультразвуковые ингаляции с антиспастической смесью, тиосульфатом натрия. Больным с бронхитом II ст. интенсивности воспаления и гнойным – 34 (30,1%) назначены лечебные ФБС 2–3 раза в неделю с местным введением антибиотиков широкого спектра действия, ферментных препаратов, преднизолона. Больным с рубцовыми стенозами и деформациями – 7 (6,2%) назначена рассасывающая терапия. При эндоскопической оценке изменений состояния слизистой оболочки бронхов положительной динамикой считали переход любого патологического состояния слизистой оболочки к неизмененному состоянию, а также переход бронхита IIст. и гнойного в бронхит Iст. интенсивности воспаления.

Бронхоскопический мониторинг применили у 113 больных (основная группа). Сравнение проводили с контрольной группой, состоящей из 233 больных, оперированных с традиционной эндотрахеальной интубацией в сочетании с эпизодической санацией катетером вслепую и санационной бронхоскопией. В работе использовали фибробронхоскопы «BF T-10» с диаметром дистального конца 6,0 мм и «BF P-20 » с диаметром дистального конца 4,9 мм фирмы «Olympus». Для герметизации дыхательного контура в момент бронхоскопии применяли стандартный Г-образный коннектор фирмы «Portex». Бронхоскоп проводили через верхний канал с резиновым наконечником, что не ограничивало подвижности аппарата. Через боковой канал осуществлялась искусственная вентиляция легких. Использование Г-образного коннектора позволило не ограничивать по времени проведение бронхоскопии. Вентиляция легких при этом не страдала. За изменениями SpO_2 крови наблюдали по пульсоксиметру «Agelent».

Проведение бронхоскопического мониторинга предполагало выполнение эндоскопического исследования на каждом из этапов операции.

1. Интубация трахеи – в сложных случаях, по показаниям (5–15 минут).

2. Сразу после интубации трахеи – для определения местоположения интубационной трубки. После поворота на бок. При необходимости исправляли ее положение в трахее, фиксируя на 3–4 см выше карины, что давало возможность манипулировать эндоскопом в просвете дыхательных путей. По показаниям (5–10 минут).

3. На этапе выделения элементов корня легкого и формирования культи бронха. Трансиллюминация при повторных операциях, атипичном строении бронхиального дерева, при кровотечении. При переходе на однолегочную вентиляцию (пневмонэктомия) устанавливали интубационную трубку в левый или правый главный бронх под контролем зрения с помощью бронхоскопа. Это позволяло уверенно судить о положении интубационной трубки, адекватно вентилировать все отделы легкого, санировать бронхи под контролем зрения. Обязательно при комбинированных резекциях, резекциях доли, пневмонэктомии. При сегментарных резекциях – по показаниям, (5–15 минут).

4. Перед экстубацией – для осмотра культи бронха, тщательной санации под визуальным контролем (по показаниям – введение ферментных препаратов). Обязательно, (5–15 минут).

На всем протяжении операции неоднократно контролировали положение интубационной трубки и своевременно определяли и ликвидировали попадание патологических субстратов (мокроты, гноя, казеозных масс) в бронхи интактного легкого, корректировали неправильное и критическое ее положения. При выполнении оперативных вмешательств на легких у 29 (8,4%) пациентов возникла необходимость в изменении положения интубационной трубки.

Для определения эффективности бронхоскопического мониторинга сравнивали частоту развития умеренных вентиляционных нарушений в раннем послеоперационном периоде у больных основной группы (113человек), перенесших различные по объёму операции на легком и имевших до операции признаки трахеобронхита I–II степени интенсивности воспаления.

Для максимального исключения влияния других факторов на частоту осложнений в обеих группах для сравнения выделены пациенты с благоприятным течением операционного периода.

Из 113 больных у 26 (23,0%) до операции патологические изменения слизистой оболочки трахеи и бронхов не обнаружены. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 1 (3,8%) больного. Из 48 (42,5%) больных с трахеобронхитом I степени интенсивности воспаления осложнения возникли

у 9 (18,8%) больных. Из 28 (24,8%) больных с трахеобронхитом II степени интенсивности воспаления осложнения зафиксированы у 6 (21,4%). Наибольшее количество послеоперационных осложнений было у больных с сопутствующим гнойным бронхитом – 3 (50,0%), $p<0,05$.

В зависимости от объёма оперативного вмешательства наибольшее количество осложнений было у больных, перенесших пневмонэктомию – из 6 больных у 3 (50%). В группе больных, перенесших экономные резекции легких наибольшее количество осложнений отмечено у больных с гнойным трахеобронхитом – 2 (40%). Однако применение БМ у больных, перенесших экономные и комбинированные резекции легких, не дало достоверно значимого ($p>0,05$) снижения частоты осложнений раннего послеоперационного периода. В группе больных, перенесших лобэктомии, наибольшее количество осложнений обнаружено у больных с трахеобронхитом II степени интенсивности воспаления – 2 (20%). Среди больных с сопутствующим трахеобронхитом I степени интенсивности воспаления в контрольной группе осложнений в послеоперационном периоде наблюдалось в 1,8 раза больше, чем в основной группе, что статистически достоверно, $p<0,05$. У больных с сопутствующим бронхитом II степени интенсивности воспаления осложнения в контрольной группе наблюдались в 4,1 раза чаще, чем в основной, что статистически достоверно, $p<0,05$. У больных, которым были выполнены комбинированные резекции легкого, количество осложнений снизилось в 4,7 раза, $p<0,001$. В подгруппе больных перенесших лобэктомии частота послеоперационных осложнений также ниже в основной группе в 5 раз, чем в контрольной, $p<0,05$.

На рис. 2 представлена структура осложнений раннего послеоперационного периода.

Структура осложнений раннего послеоперационного периода: гиповентиляции – 47 (60,3%), ателектазы – 28 (35,9%), пневмония – 1 (1,3%), ранний свищ – 2 (2,6%).

Нами сопоставлены и проанализированы данные предоперационной ФБС и гистологические заключения по операционному материалу у больных основной группы (113 человек).

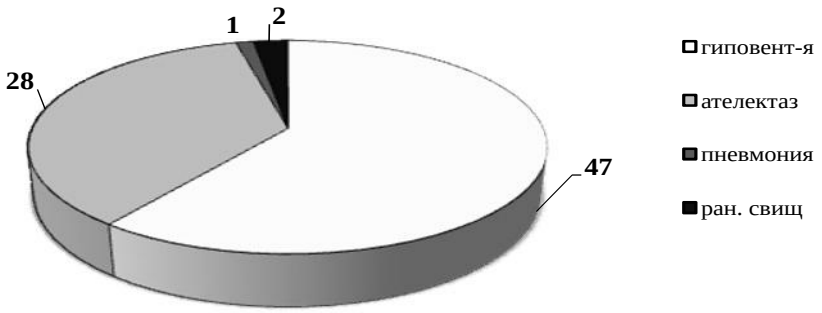

Рис. 2. Структура осложнений раннего послеоперационного периода

Гистологические препараты окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван Гизону. 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 (Елькин А.В. и соавт., 2006).

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;

IБ подруппа – 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 оказалась 44 человека (38,9%) из 113. У двух (1,8%) больных IБ подгруппы бронх был пересечен в зоне неспецифических воспалительных изменений.

Следует отметить особо, что при гистологическом исследовании в срезах бронхов туберкулезное воспаление не обнаружено, что свидетельствует о полноценной предоперационной подготовке. По результатам наших исследований составлена программа применения бронхоскопического мониторинга (рис. 3).

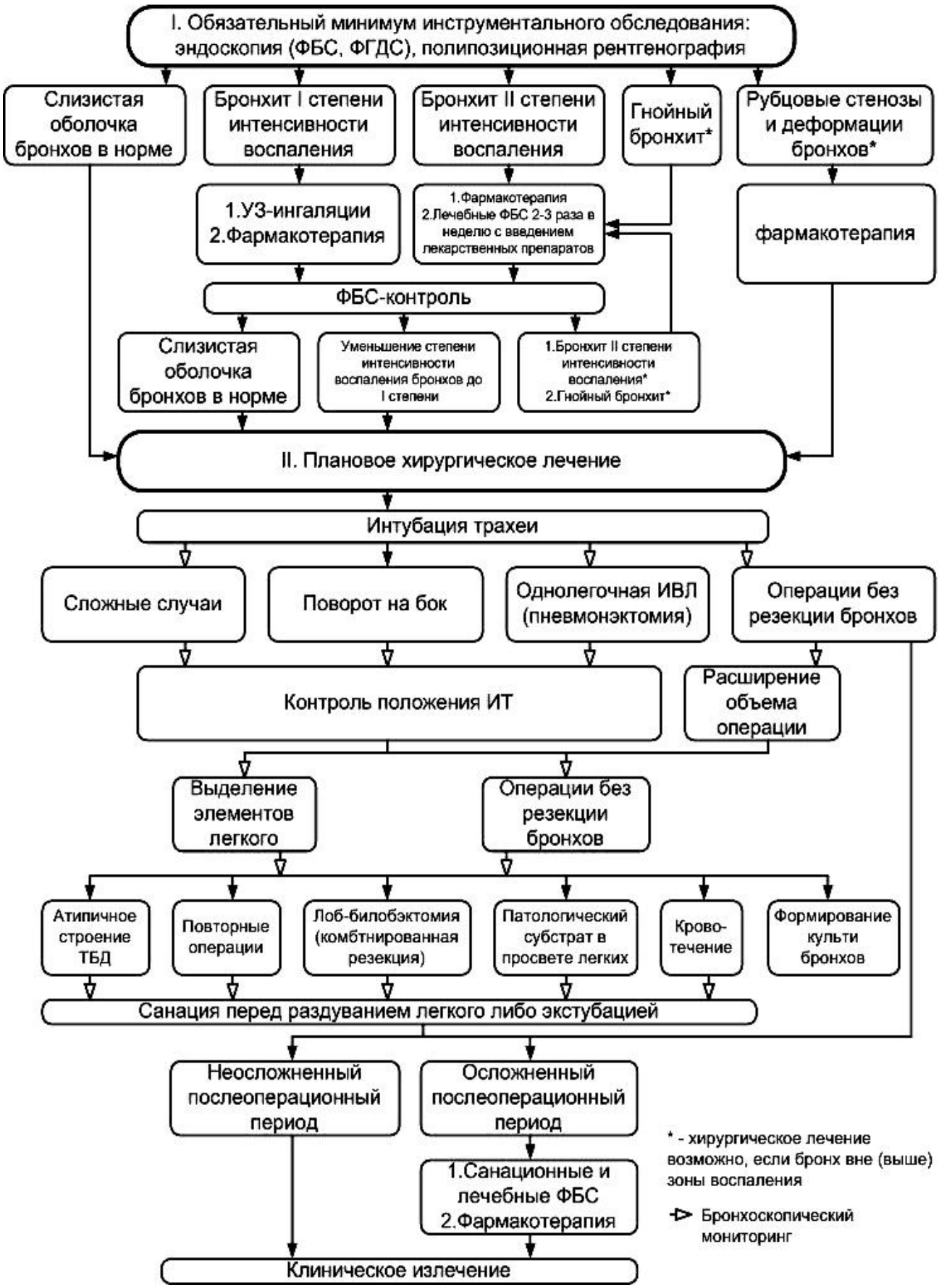

Рис. 3. Программа применения бронхоскопического мониторинга

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что у 244 (70,5%) больных, которым предстоит оперативное лечение, при ФБС выявлены изменения слизистой трахеи и бронхов I–II степени интенсивности воспаления, что приводит к увеличению осложнений в раннем послеоперационном периоде.

2. Частота послеоперационных осложнений зависит от интенсивности местных воспалительных изменений в трахеи и бронхов, от объема оперативного вмешательства. Количество осложнений у больных с гнойным трахеобронхитом и трахеобронхитом II степени интенсивности воспаления – 20 (86,9%); у перенесших комбинированные резекции легких – 12 (66,7%) и лобэктомии – 24 (50,0%), $p<0,05$. Применение бронхоскопического мониторинга позволило снизить количество осложнений у больных трахеобронхитом IIст. интенсивности воспаления в 4,1 раза ($p<0,05$), у перенесших комбинированные резекции в 4,7 раза ($p<0,001$), лобэктомии – в 5 раз ($p<0,05$).

3. Предоперационная подготовка, включающая фармакотерапию, УЗ-ингаляции, лечебные ФБС, уменьшила степень интенсивности воспаления слизистой оболочки трахеи и бронхов у 186 (53,8%) больных в 1,2 раза, а у 150 (43,3%) больных – ликвидировала признаки воспаления слизистой оболочки бронхов. Выявлено преобладание смешанного типа нарушения ФВД – 141 (40,8%).

4.В условиях эндотрахеальной интубации бронхоскопический мониторинг является оптимальным методом защиты дыхательных путей во время оперативного вмешательства и ведет к уменьшению частоты интра- и послеоперационных осложнений, позволяет предупредить развитие критических состояний. Применение эндотрахеальной интубации в сочетании с бронхоскопическим мониторингом привело к снижению частоты послеоперационных осложнений с 58 (25,6 %) до 16(14,7 %), т. е. в 1,7 раза ($p<0,05$).

5. Наиболее эффективным методом диагностики и своевременной коррекции осложнений во время операции на легком является бронхоскопический

мониторинг, применение которого приводит к снижению количества ателектазов и гиповентиляций с 59 (25,3%) до 19 (16,8%), т. е. в 1,5 раза ($p<0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных, оперируемых по поводу туберкулеза органов дыхания, особенно в случае повторных операций, бронхоскопический мониторинг предложено рассматривать как оптимальный компонент анестезиологического пособия и оперативного вмешательства.

2. При проведении бронхоскопического мониторинга все больные могут быть оперированы в условиях эндотрахеальной интубации и традиционной искусственной вентиляции легких.

3. Перед плановыми оперативными вмешательствами, предполагающими резекцию бронха (лобэктомии, пневмонэктомии) до операции при фибробронхоскопии необходимо производить биопсию в предполагаемом месте пересечения бронха.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Павлова, Е.В. Значение интраоперационной фибробронхоскопии в хирургическом лечении больных туберкулезом легких / Е.В. Павлова, А.Г. Хасанов, Х.К. Аминев, А.Ю. Сурдул // Туберкулез и болезни легких.– М., 2011. – № 5. – С. 93.**

2. **Павлова, Е.В. Морфологические особенности бронхолегочной системы больных туберкулезом легких / Е.В.Павлова // Креативная хирургия и онкология. – Уфа, 2012. – № 3. – С. 67–70.**

3. **Павлова, Е.В. Результаты применения бронхоскопического мониторинга у больных туберкулезом легких / Е.В. Павлова, А.Г. Хасанов,**

Х.К. Аминев, А.Ю. Сурдул // Медицинский вестник Башкортостана. – Уфа, 2012. – № 3. – С. 32–34.

4. Павлова, Е.В. Интраоперационная эндоскопическая профилактика легочных осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде у больных туберкулезом / Е.В. Павлова, А.Ю. Сурдул // Материалы Республиканской конференции молодых ученых РБ «Медицинская наука-2003», посвященной Году Спорта и Здорового Образа Жизни, Дню Медицинского работника. – Уфа, 2003. – С. 70–71.

5. Павлова, Е.В. Возможности интраоперационной бронхоскопии у больных туберкулезом органов дыхания / Е.В. Павлова, А.Ю. Сурдул, Х.К. Аминев // Актуальные вопросы туберкулеза. Материалы научно-практической конференции, посвященной 75-летию Стерлитамакского противотуберкулезного диспансера. – Уфа, 2005. – С. 90–91.

6. Павлова, Е.В. Бронхоскопия при операциях на легких у больных туберкулезом органов дыхания / Е.В. Павлова, Х.К. Аминев, А.Ю. Сурдул // Материалы Республиканской конференции молодых ученых республики Башкортостан «МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА-2005», посвященной Году профилактики наркомании и табакокурения, Дню Медицинского работника. – Уфа, 2005. – С. 121–122.

7. Павлова, Е.В. Бронхоскопия при операциях на легких / Е.В. Павлова, А.Г.Хасанов // Вопросы диагностики, лечения и профилактики туберкулеза: Материалы научно-практической конференции, посвященной 70-летию детского противотуберкулезного санатория дошкольного и школьного возраста г. Уфы. – Уфа, 2005. – С. 68–69.

8. Павлова, Е.В. Интраоперационная фибробронхоскопия у больных туберкулезом / Е.В. Павлова, А.Ю. Сурдул, Х.К. Аминев // Актуальные вопросы современной медицины и здравоохранения. Материалы научно-практической юбилейной конференции, посвященной 70-летию кафедры обще-

ственного здоровья и организации здравоохранения с курсами менеджмента сестринского дела и ИПО БГМУ. – Уфа, 2006. – С. 74–75.

9. Павлова, Е.В. Применение инраоперационной фибробронхоскопии у больных туберкулезом легких / Е.В. Павлова, Х.К. Аминев, А.Г. Хасанов, А.Ю. Сурдул // Здравоохранение Башкортостана. Спецвыпуск № 4. – Уфа, 2006. – С. 89–90.

10. Павлова, Е.В. Бронхоскопический мониторинг как элемент профилактики послеоперационных осложнений у больных туберкулезом органов дыхания / Е.В. Павлова, С.Н. Ковалевич, А.Ю. Сурдул // Актуальные вопросы туберкулеза (85 лет противотуберкулезной службы г. Бирска). Материалы научно-практической конференции фтизиатров РБ. – Уфа, 2010. – С. 59–62.

11. Павлова, Е.В. Профилактика послеоперационных осложнений у больных туберкулезом органов дыхания с помощью бронхоскопического мониторинга / Е.В. Павлова, Х.К. Аминев, А.Ю. Сурдул // Здравоохранение и социальное развитие Башкортостана спецвыпуск № 1. Материалы научно-практической конференции, посвященной 90 летию противотуберкулезной службе РБ. – Уфа, 2011. – С. 37–39.

12. Павлова, Е.В. Послеоперационные осложнения у больных туберкулезом легких: проблемы и решения / Е.В. Павлова // Материалы 10-й юбилейной Республиканской конференции молодых ученых Республики Башкортостан «Медицинская наука – 2011», посвященной Году укрепления межнационального согласия, Дню Медицинского работника. – Уфа, 2011. – С. 151–153.

13. Павлова, Е.В. Профилактика осложнений раннего послеоперационного периода у больных туберкулезом органов дыхания / Е.В.Павлова // Новые технологии в эпидемиологии, диагностике и лечении туберкулеза у взрослых и детей. Научно-практическая конференция молодых ученых, посвященная всемирному дню борьбы с туберкулезом. – Москва, 2012. – С. 85–87.

14. Павлова, Е.В. Опыт применения бронхоскопического мониторинга во фтизиохирургии / Е.В. Павлова, Х.К. Аминев, А.Г. Хасанов, А.Ю. Сурдул //

Актуальные проблемы туберкулеза и оздоровительного питания (кумысотерапия). Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 130-летию доклада Р. Коха о возбудителе туберкулеза, 23 марта 2012 года. – Тверь, 2012. – С. 88–89.

15. Павлова, Е.В. Особенности морфологии бронхолегочной системы больных туберкулезом легких / Е.В. Павлова, Х.К. Аминев, А.Г. Хасанов, А.Ю. Сурдул, Н.В. Сурдул // Материалы Международной конференции молодых ученых «Медицинская наука-2012», посвященной Году благополучного детства и укрепления семейных ценностей, 80-летию БГМУ, 10-летию ООО МедБаш, Дню медицинского работника. – Уфа, 2012. – С. 197–198.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД – артериальное давление

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

БАЛ – бронхоальвеолярный лаваж

БМ – бронхоскопический мониторинг

ВОЗ – всемирная организация здравоохранения

ГБУЗ РПТД – городское бюджетное учреждение здравоохранения республиканский противотуберкулезный диспансер

ЖЕЛ – жизненная емкость легких

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ИТ – интубационная трубка

МБТ – микобактерии туберкулеза

МЛУ – множественная лекарственная устойчивость

ОЦК – объем циркулирующей крови

ТББЛ – трансбронхиальная биопсия легкого

ТБД – трахеобронхиальное дерево

УЗ-ингаляции – ультразвуковые ингаляции

УКЛ – ушиватель корня легкого

ФБС – фибробронхоскопия

ФВД – функция внешнего дыхания

ЭКГ – электрокардиограмма

ПАВЛОВА ЕЛЕНА ВАЛЕРЬЕВНА

РОЛЬ БРОНХОСКОПИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОРАКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293, тел. (347) 250-81-20, тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 24.10.2013 г.
Формат 60x84/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.
Усл. печ. л. 1,4. Уч. изд. л. 1,5.
Тираж 100. Заказ № 802.