

Применение комплексной интенсивной респираторной терапии при лечении острой дыхательной недостаточности у больных хроническим обструктивным бронхитом и эндоскопические признаки ее эффективности

О.Н.Спицын, Э.А.Дикая, Е.М.Никонова

Луганский государственный медицинский университет, кафедра медицины катастроф с анестезиологией и интенсивной терапией (заведующий – доцент Ю.И.Налапко)
Луганск, Украина

Использование дифференцированного подхода к проведению интенсивной респираторной терапии с использованием в качестве лаважной среды раствора гипохлорита натрия с ацетилцистеином в сочетании с аэрозольным применением иммунокорректоров значительно повышает эффективность лечения больных с хроническим обструктивным бронхитом, способствует восстановлению бронхиальной проходимости, уменьшению воспалительного процесса в трахее и бронхах. Это приводит к снижению сроков лечения пациентов.

Ключевые слова: острая дыхательная недостаточность, хронический обструктивный бронхит, комплексная интенсивная респираторная терапия.

Введение

Хронический обструктивный бронхит (ХОБ) является наиболее распространенным хроническим заболеванием легких и представляет собой важнейшую социально-медицинскую проблему [1-3].

По данным Всемирной организации здравоохранения, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), куда, прежде всего, входит и ХОБ, ежегодно становится причиной смерти более 2,75 млн человек [1]. Госпитальная летальность колеблется от 4 до 10%, достигая 24% у пациентов отделений интенсивной терапии и реанимации (ОИТР), а у больных, госпитализированных по поводу тяжелого обострения ХОБЛ, летальность в течение первого года приближается к 40% [2]. В лечении обострений ХОБЛ тяжелой степени лечебно-диагностические фибробронхоскопии занимают важное место, обеспечивая быстрый и качественный дренаж трахеобронхального дерева. В противном случае возможно дальнейшее нарастание дыхательной недостаточности, прогрессирование гипоксии, вплоть до развития гипоксемической комы, что делает прогноз крайне неблагоприятным.

Недостаточная эффективность применяемых методов терапии связана, вероятно, с тем, что эти методы не оказывают надлежащего вли-

яния на восстановление защитных факторов органов дыхания. Одним из перспективных направлений в лечении ОДН является поиск новых методов лечения, влияющих на местные антиинфекционные факторы защиты органов дыхания. Требуется дальнейшая разработка и поиск оптимальной лечебной лаважной среды с выраженным антибактериальным и муколитическим эффектом, гипоаллергенной и, по возможности, недорогой. Необходимость скорейшего решения обозначенного комплекса проблем делают настоящую работу актуальной.

Целью исследования явилось повышение эффективности лечения больных с ХОБ тяжелой степени, течение которого осложнилось развитием ОДН в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.

Объектом исследования послужили 52 больных с ХОБ, у которых ведущим клиническим признаком была ОДН различной степени выраженности. По классификации А.П.Зильбера [4], стадия компенсации ОДН выявлена у 35 пациентов с ХОБ, стадия декомпенсации – у 17 больных. У 5 пациентов интенсивная респираторная терапия включала искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Контрольную группу составили 50 больных ХОБ, у которых применялась традиционная терапия согласно клини-

ческим протоколам без применения курса лечебно-диагностических фибробронхоскопий.

Для оценки эффективности эндобронхиальной терапии больные были разделены на две группы (табл. 1). В 1 группе (52 пациента) в комплексном лечении санационные фибробронхоскопии использовались, во 2 группе (50 пациентов) – нет. Обе группы больных были сопоставимы по возрасту, полу и продолжительности заболевания.

Программа обследования включала волюметрию, предусматривающую подсчет частоты дыхания (ЧД), определение дыхательного объема (ДО), альвеолярной вентиляции легких (АВЛ), а также бронхоскопическое исследование фибробронхоскопом «Olympus» BF XT40 и BF 1T20 с оценкой степени воспаления слизистой оболочки бронхиального дерева по В.А.Герасину [5].

У больных помимо общеклинических проводились цитологические, цитохимические и иммунологические исследования бронхоальвеолярных смывов (БАС), полученных во время лечебно-диагностических фибробронхоскопий по стандартной методике [6].

Результаты исследования и их обсуждение

Программа лечения больных с ХОБ включала применение в качестве лаважной среды раствора гипохлорита натрия с ацетилцистеином в сочетании с аэрозольным применением иммунокорректоров. Состояние изменения слизи-

той оболочки бронхов оценивали после применения курса фибробронхоскопий (10-12) с комбинированным санационным раствором. Результаты лечения приведены в табл. 1.

В 1 группе количество больных с отеком и диффузной гиперемией I ст. слизистой оболочки бронхов уменьшилось на 5,8% ($p < 0,01$). Больные с отеком и диффузной гиперемией II и III ст. слизистой оболочки бронхов до лечения отмечены в 86,5% случаев, после лечения – 0%. Очаговая гиперемия слизистой оболочки определялась после лечения в 28,8% наблюдений, а бледно-розовая слизистая оболочка бронхов отмечена у 63,5% больных.

Во 2 группе изменения выявляемости частоты отека и диффузной гиперемии I и III ст. были статистически незначимы, а отек и диффузные изменения II ст., определяемые ранее у 74,0% больных, выявлены не были. Очаговая гиперемия I ст. слизистой оболочки стала определяться во 2 группе у 50% больных, а бледно-розовая слизистая оболочка бронхов – у 18% больных ($p < 0,01$).

До лечения показатели состояния слизистой оболочки бронхиального дерева статистически значимо между группами не отличались. После лечения частота отека и диффузной гиперемии I ст. у больных 1 группы наблюдалась реже на 24,3% ($p < 0,01$), чем во 2 группе, а очаговая гиперемия I ст. – на 21,2% ($p < 0,05$). Количество больных, у которых восстановился бледно-розовый цвет слизистой оболочки и исчез ее отек, в 1 группе было больше на 45,5% ($p < 0,001$).

Таблица 1

Характер изменения слизистой оболочки бронхов после применения курса фибробронхоскопий с комбинированным санационным раствором

Группы		Абс. число	Отек и	Отек и	Отек и	Очаговая	Бледно-розовая	Всего
			диффузная гиперемия I ст.	диффузная гиперемия II ст.	диффузная гиперемия III ст.	гиперемия I ст.	слизистая	
Все больные	До лечения	Абс. число	17	75	10	0	0	102
		%	16,7	73,5	9,8	0	0	100
	После лечения	Абс. число	20	0	0	40	42	102
		%	19,6	0	0	39,2	41,2	100
		P		>0,5	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001
1 группа	До лечения	Абс. число	7	38	7	0	0	52
		%	13,5	73,0	13,5	0	0	100
	После лечения	Абс. число	4	0	0	15	33	52
		%	7,7	0	0	28,8	63,5	100
		P		<0,01	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001
2 группа	До лечения	Абс. число	10	37	3	0	0	50
		%	20,0	74,0	6,0	0	0	100
	После лечения	Абс. число	16	0	0	25	9	50
		%	32,0	0	0	50,0	18,0	100
		P		<0,01	<0,001	>0,05	<0,001	<0,01
P ₁			>0,5	>0,5	>0,1	>0,5	>0,5	–
P ₂			<0,01	>0,5	>0,5	<0,05	<0,001	–

Примечания: P – достоверность различий до и после лечения; P₁, P₂ – достоверность различий между группами до и после лечения.

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Следовательно, применение курса фибро-бронхоскопий с комбинированным санационным раствором гипохлорита натрия с ацетилцистеином способствует скорейшему устранению воспалительных изменений в слизистой оболочке бронхиального дерева.

Выводы

1. Комплексное лечение обострений хронического обструктивного бронхита с применением разработанного курса санационных фибро-бронхоскопий уменьшает количество мокроты в бронхиальном дереве, улучшает ее характер,

состояние слизистой оболочки бронхов и способствует более благоприятному течению процесса.

2. Применение разработанного курса санационных фибро-бронхоскопий при хроническом обструктивном бронхите способствует уменьшению отека и гиперемии в слизистой оболочке бронхов.

3. Использование разработанного курса санационных фибро-бронхоскопий при хроническом обструктивном бронхите увеличивает частоту нормализации слизистой оболочки бронхов на 45,5%.

Литература

1. Bousquet J., Dahl R., Khaltaev N. Global alliance against chronic respiratory disease // Eur. Respir. J. – 2007. – Vol. 29. – P. 233-239.
2. Шендерук Т.В., Леншин А.В., Гребенник А.Г. Структурно-функциональные изменения бронхолегочного аппарата при бронхообструктивном синдроме // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2006. – Вып. 23 (Приложение). – С. 30-32.
3. Фокеев С.Д., Куртуков В.А., Корнилова Т.А. Применение санационной фибро-бронхоскопии в комплексном лечении больных хроническим бронхитом с дыхательной недостаточностью 2-3 степени / Материалы краевой практической конференции «Актуальные вопросы абдоминальной и сосудистой хирургии». – Бийск, 2006. – С. 125-128.
4. Зильбер А.П. Дыхательная недостаточность. – М.: Медицина, 1989. – 512 с.
5. Герасин В.А. Бронхологические методы при заболеваниях легких / Бронхологические методы в диагностике и лечении заболеваний легких. – Л., 1984. – С. 5-19.
6. Король О.И., Молодцова В.П. Исследования местного иммунитета у больных с заболеваниями органов дыхания: Методические рекомендации. – Л., 1981. – 13 с.

О.М.Спіцин, Е.А.Діка, О.М.Ніконова. Застосування комплексної інтенсивної респіраторної терапії при лікуванні гострої дихальної недостатності у хворих на хронічний обструктивний бронхіт та ендоскопічні ознаки її ефективності. Луганськ, Україна.

Ключові слова: гостра дихальна недостатність, хронічний обструктивний бронхіт, комплексна інтенсивна респіраторна терапія.

Використання диференційованого підходу щодо проведення інтенсивної респіраторної терапії з використанням в якості лаважної рідини розчину гіпохлориту натрію з ацетилцистеїном у сполученні з аерозольним застосуванням імунокоректорів значно підвищує ефективність лікування хворих на хронічний обструктивний бронхіт, сприяє відновленню бронхіальної прохідності, зменшенню запального процесу в трахеї та бронхах. Це призводить до зниження строків лікування пацієнтів.

O.N.Spitsyn, E.A.Dika, E.M.Nikonova. The application of complex intensive respiratory therapy and its endoscopic characteristics of efficiency in the treatment of patients with chronic obstructive bronchitis complicated with development of respiratory insufficiency. Lugansk, Ukraine.

Key words: acute respiratory insufficiency, chronic obstructive bronchitis, complex intensive respiratory therapy.

The article is devoted to actual problems of intensive respiratory therapy of the chronic obstructive bronchitis complicated with development of respiratory insufficiency. The differentiated application of methods of intensive respiratory therapy with use of hypochlorite sodium and acetylcysteine for tracheobronchial instillation results to restoration of bronchial conductivity and decrease of inflammatory process in respiratory tract. The offered methods of treatment allow reducing duration of treatment at these patients.

Надійшла до редакції 1.10.2009 р.