УДК 616.233-072.1

Роль бронхоскопії у комплексному лікуванні хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу

Пасічник Г.П., завідувач відділення анестезіології та інтенсивної терапії неврологічної Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами;
Гоца Р.В., лікар-анестезіолог відділення анестезіології та інтенсивної терапії неврологічної Клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами

***Резюме**: У статті розглядається роль бронхоскопії у комплексному лікуванні хворих з ГПМК у ВББ із бульбарним синдромом. У відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (неврологічне) Клінічної лікарні «Феофанія» проводилася санаційна ФБС у плановому порядку. Раннє проведення ФБС дозволяє вчасно попередити інфекційні ускладнення, пов'язані із затіканням (аспірацією) слини, слизу, їжі в трахеобронхіальне дерево (ТБД). Цей метод мінімізує ускладнення, сприяє якості й тривалості лікування в умовах стаціонару і зменшує тривалість реабілітаційного періоду.*

***Ключові слова:** гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), вертебробазилярний басейн (ВББ), бульбарний синдром, аспірація, фібробронхоскопія (ФБС).*

Мета роботи: надання належної медичної допомоги пацієнтам з бульбарним синдромом, профілактика та лікування аспірації сторонніх рідин у трахеобронхіальне дерево, інфекційних ускладнень, скорочення термінів госпіталізації та реабілітації.

Матеріали та методи: гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) – друга за частотою причина смерті людей у всьому світі й основна причина довготривалої непрацездатності.

ГПМК характеризується ушкодженням тканин мозку і розладами його функцій, порушенням ауторегуляції мозкових судин, сповільненням або відсутністю кровообігу в певній ділянці головного мозку внаслідок ангіоспазму або атеросклеротичної (тромбоемболічної) оклюзії, підвищенням проникності судинної стінки з розвитком перивазального набряку [4, 5].

ГПМК у вертебробазилярному басейні (ВББ) клінічно проявляється запамороченням, ністагмом, випаданням поля зору, диплопією, фотопсією і потемнінням в очах, атаксією, дизартрією, слабкістю в кінцівках. ГПМК у ВББ спостерігається в два рази частіше, ніж у каротидному басейні.

Особливістю ГПМК у ВББ є поява бульбарного синдрому, що характеризується поєднаним ураженням язикоглоткового, блукаючого і під'язикового нервів по периферичному типу [4, 5].

Також бульбарний синдром спостерігається при бічному аміотрофічному склерозі – хронічному прогресуючому захворюванні нервової системи, обумовленому вибірковим ураженням мотонейронів спинного мозку та мозкового стовбура, що клінічно проявляється парезами, атрофіями і пірамідними синдромами в різних поєднаннях [1].

Даний синдром може спостерігатися при порушенні кровообігу в ділянці довгастого мозку, пухлинах стовбура, пристовбурових енцефалітах, поліоенцефаломієліті, поліневриті, а також при переломі основи черепа.

Патогенетично бульбарний синдром виникає при ураженні язикоглоткового нерву, що призводить до анестезії верхньої частини гортані та ділянки мигдалин, втрати смаку на задній третині язика, помірного порушення ковтання (дисфагії), зменшення чи відсутності рефлексів м'якого піднебіння та задньої стінки глотки [1, 2].

Клінічно бульбарний синдром проявляється паралічем м'якого піднебіння, гортані. Голос стає глухим, гугнявим і хрипким (афонія). Мова – невиразна (дизартрія) або відсутня (анартрія). Ковтання порушене, рідка їжа потрапляє в носові ходи, гортань, трахею. Глотковий і піднебінний рефлекси від-

сутні. При огляді виявляються відсутність рухів піднебінних дужок і голосових зв'язок, їх рухливість обмежена до глоссоплегії.

При наявності дихальних порушень при ізольованому бульбарному паралічі з проявами дисфагії, грубими порушеннями чутливості ротоглотки в поєднанні зі зниженим чи відсутнім кашльовим рефлексом існує небезпека затікання секрету залоз або блювотних мас у легені, що невідчутно для пацієнта і непомітно для медичного персоналу. «Німа аспірація» проявляється аспіраційним пневмонітом, інфекційними ускладненнями (аспіраційна пневмонія), яку можна віднести до госпітальних інфекцій. Слід звернути увагу, що проблема госпітальних інфекцій, у тому числі пневмонії, набуває дедалі більшої гостроти у всьому світі. Тому слід завжди пам'ятати про профілактику та попередження таких захворювань. Дані ускладнення вимагають проведення відповідної антибіотикотерапії, санацію ТБД [3]. Зазначимо, що найефективнішим методом санації і відновлення прохідності нижніх дихальних шляхів є фібробронхоскопія (ФБС) під місцевою анестезією.

Фібробронхоскопія – це пряме візуальне (ендоскопічне) обстеження гортані і трахеобронхіального дерева (ТБД) дослідження бронхів з допомогою гнучких бронхофіброскопів. Цей метод високоінформативний при вивченні стану внутрішньої поверхні часткових, сегментних і субсегментних бронхів, визначенні прямих і непрямих ознак ураження легень. ФБС допомагає провести забір інфікованого матеріалу безпосередньо із трахеобронхіального дерева, провести посів, діагностувати збудника і в подальшому вплинути на нього згідно з антибіотикограмами [1, 3].

Покази до лікувальної ФБС такі: хронічний бронхіт II і III ступеня з інтенсивним запаленням слизової оболонки бронхів; атрофічний бронхіт; бронхоектази; бронхіальна астма; муковісцидоз; пневмонія; абсцедуюча пневмонія; гострий і хронічний абсцес легень; одиничні й множинні кісти легенів у стадії нагноєння; доброякісні епітеліальні і неепітеліальні пухлини трахеї і бронхів; туберкульоз бронхів; зміни трахеї після тривалої інтубації; сторонні тіла трахеобронхіального дерева; травматичні та післяопераційні ателектази; бронхіальні свищі [8].

Протипоказаннями до лікувальним бронхоскопії слугують: інфаркт міокарда в гострій стадії; інсульт у гострій стадії; легеневосерцева і серцево-судинна недостатність III ступеня; порушення згортання крові; сторонні тіла трахеї або бронха з явищами медіастиніту; вкрай важкий стан хворого, коли неможливо виконати діагностичне бронхоскопічне дослідження [8].

Результати та обговорення: у дослідженні використовувалася діагностич-на і санаційна ФБС усім пацієнтам із ГПМК у ВББ з бульбарним синдромом у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (неврологічне) клінічної лікарні «Феофанія», що включала огляд трахеї, головних, часткових, сегментарних і субсегментарних бронхів. З метою визначення ендобронхіальної патології ФБС проводилась під попереднім місцевим знеболенням ротоглотки розчином лідокаїну 1 % за 1 хвилину до обстеження з подальшою загальною анестезією (1 % р-н Дипрофолу, 1 % р-н тіопенталу натрію, 0,5 % р-н діазепаму). Під час маніпуляції проводилась інсуфляція зволоженим киснем 4-6 л/хв, постійний моніторинг вітальних функцій. Далі санацію починали з аспірації вмісту бронхів, проводили попередню санацію бронхіального дерева з допомогою електровакуумного відсмоктування через канал фібробронхоскопа до очищення поверхні слизової оболонки бронхів від слизистої мокроти до рівня сегментарних бронхів. При вираженій обструкції густим і в'язким мокротинням ТБД проводилася проточна санація (трахеобронхіальний лаваж). При проточній санації добре відмивалося залишки їжі і мокротиння. Для санації бронхіального дерева із загальною анестезією використовувалося 100-300 мл антисептичного розчину. Проточна санація бронхіального дерева закінчувалася ретельної аспірацією промивних вод із просвіту бронхів, включаючи субсегментарні, що запобігало короткочасному підвищенню температури тіла. Кратність проведення бронхоскопій визначалась індивідуально.

Висновок. Раннє проведення ФБС дозволяє вчасно попередити інфекційні ускладнення, пов'язані із затіканням (аспірацією) слини, слизу, їжі в трахеобронхіальне дерево (ТБД). Метод мінімізує ускладнення, сприяє якості й тривалості лікування в умовах стаціонару, зменшує тривалість реабілітаційного періоду.

Перспективи подальших досліджень: роль бронхоскопії у комплексному лікуванні хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу у вертебробазилярному басейні потребує детальнішого дослідження із застосуванням статистичних і порівняльних даних із контрольною групою хворих.

Список використаних джерел

1. Гельфанд Б.Р. Интенсивная терапия / Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. – Т. 1. – ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 955 с.
2. Одинак М.М. Клиническая диагностика в неврологии: руководство для врачей / Одинак М.М., Дыскин Д.Е. – СПб. : Спец. лит, 2007. – 528 с.
3. Медведева А.В. Клинические и патогенетические аспекты псевдобульбарного синдрома / А.В. Медведева, И.В. Дамулин // Журн. неврологии и психиатрии. – 2008. – № 2. – С. 60–65 с.
4. Савина И.А. Рекомендации по интенсивной терапии у пациентов с нейрохирургической патологией : пособие / Савина И.А., Фокина М.С. – М. : НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН, ООО ИПК «Индиго», 2013. – 168 с.
5. Яхно Н.Н. Практическая неврология: клинические разборы и наблюдения / Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Дамулин И. В. – М. : Медицина, 2001. – 432 с.
6. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы : руководство для врачей / Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. – М.: Медицина, 2003. – Т. 1. – 743 с.
7. Руководство по интенсивной терапии : пособие / А.В. Беляев, М.В. Бон-дарь, А.М. Дубов и др. ; под ред. А.И. Трещинского, Ф.С. Глумчера. – К. : Ви-ща шк., 2004. – С. 183–221.
8. Лечебная бронхоскопия в комплексной терапии заболеваний органов дыхания : учеб. пособие / Н.Е. Чернеховская, В.Г. Андреев, А.В. Поваляев. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : МЕД-пресс-информ, 2011. – 144 с.
9. Costabe U. Bronchoalveolaren Lavage. – Germany, 1998.
10. Drent M. Sarcoidosis / M. Drent, U. Costabel // European Respiratory Monograph. – 2005. – Vol. 10. – 340 p.
11. Spitcyn O.N. Methodology of the realization of sanative tracheobronchoscopis and its efficiency at an increase of chronic obstructive bronchitis and bronchoectasis lungs diseases / O.N. Spitcyn, E.A. Dika, E.M. Nikonova, Y.O. Plotnikov // Український медичний альманах. – 2009. – Т. 12. – № 3. – С. 157–159.