

Министерство Здравоохранения
Государственный Медицинский Университет
Кафедра Хирургии и травматологии

СВЛ

На тему: Бронхоэктатическая болезнь

Выполнил: Хаитмат Атхамжан
Бахадирович

Группа: 405 ОМ

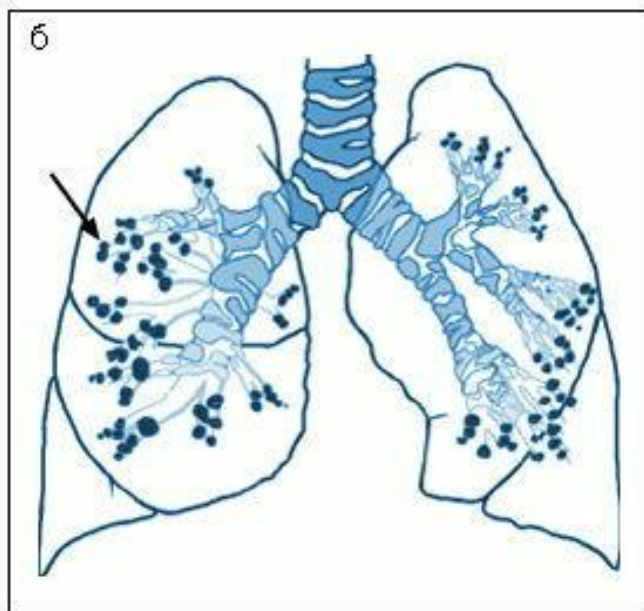
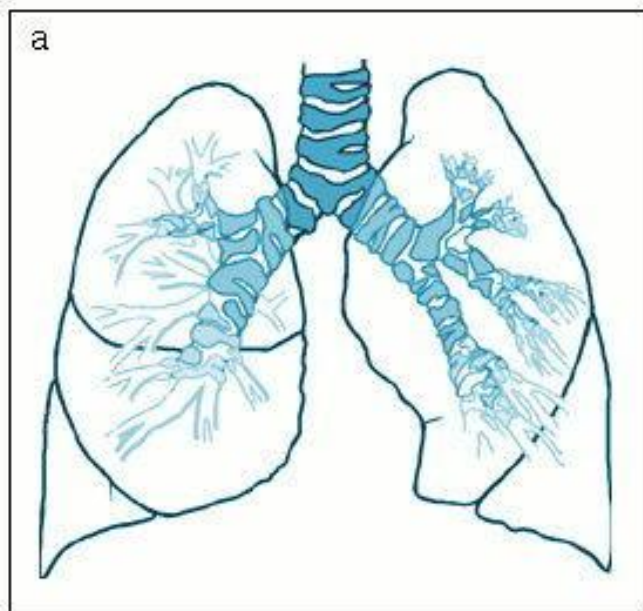
Проверил: профессор
Гладинец М.М.

Семей-2017 г

Бронхоэктатическая бо

лезнь —

приобретённое или врожденное заболевание, характеризующееся хроническим нагноительным процессом в необратимо изменённых (расширенных, деформированных) и функционально неполноценных бронхах преимущественно нижних отделов лёгких.



Эпидемиология

- Распространенность ее среди населения составляет в настоящее время, по разным данным, 0,3—1,2%.
- Заболевание чаще всего развивается в детском и юношеском возрасте (5—25 лет).
- Заболевают чаще мужчины.
- Левое легкое поражается в 2—3 раза чаще, чем правое. Наиболее часто бронхоэктазы развиваются в нижней доле левого легкого. У 30 % больных имеет место двустороннее поражение.



Историческая справка

**Впервые бронхоэктазы
как самостоятельную
болезнь описал Раеннес
в 1719 г.**

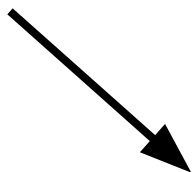


Этиология и патогенез

Генетически обусловленная неполноценность стенки бронхов



Перенесенных заболеваний органов дыхания (острой пневмонии, кори, коклюша)



Нагноительные процессы, возникающие дистальнее места обтурации бронхов



Нарушения бронхиальной проходимости с развитием обтурационных ателектазов (опухоль, гнойная пробка, инородное тело или отек слизистой оболочки, снижение активности сурфактанта)



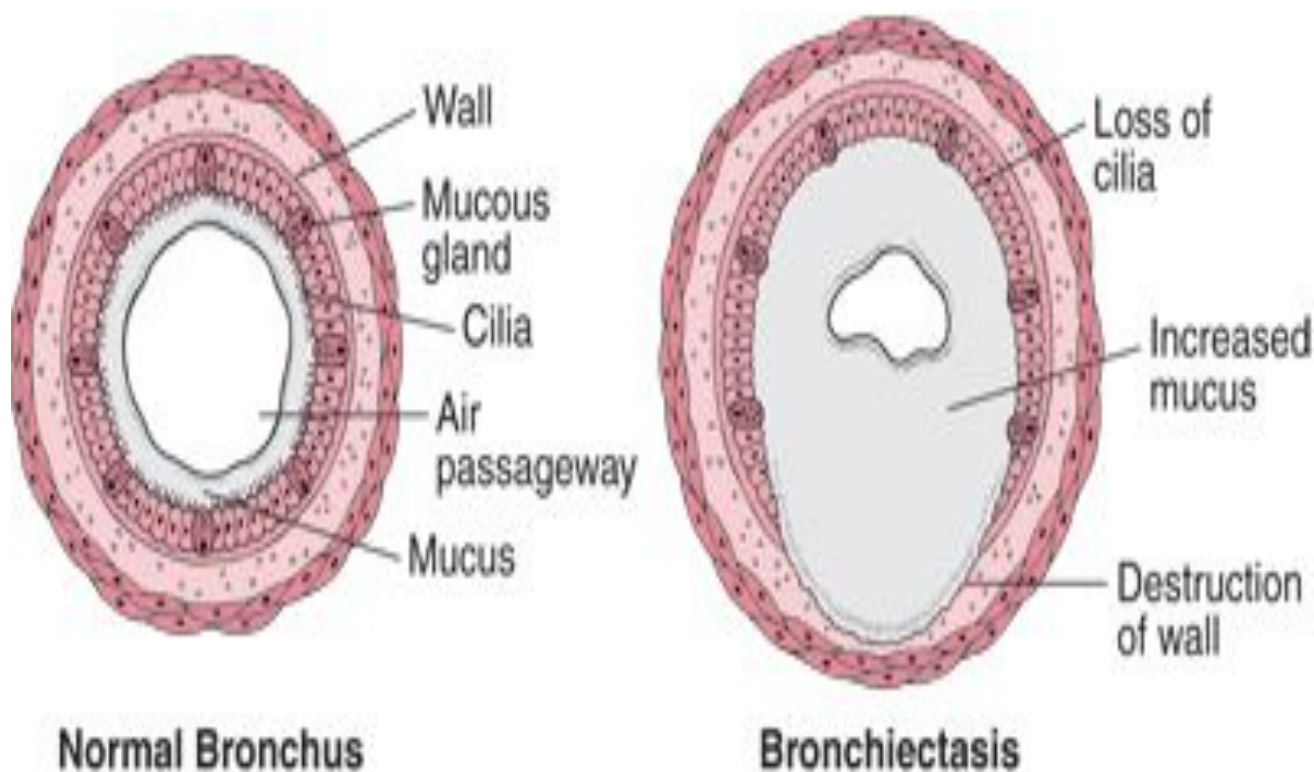
БЭБ

Большое значение в развитии данной патологии придается:

- 1) врожденным и наследственным факторам;
- 2) закупорке просвета бронха опухолью, гнойной пробкой, инородным телом;
- 3) повышению внутрибронхиального давления.



Этиология и патогенез



Расширение бронхов и задержка бронхиального секрета способствуют развитию воспаления. В дальнейшем при прогрессировании последнего происходят необратимые изменения в стенках бронхов и развиваются бронхоэктазии.

Стадии поражения бронхов

Поверхностный бронхит



Панбронхита и перибронхита



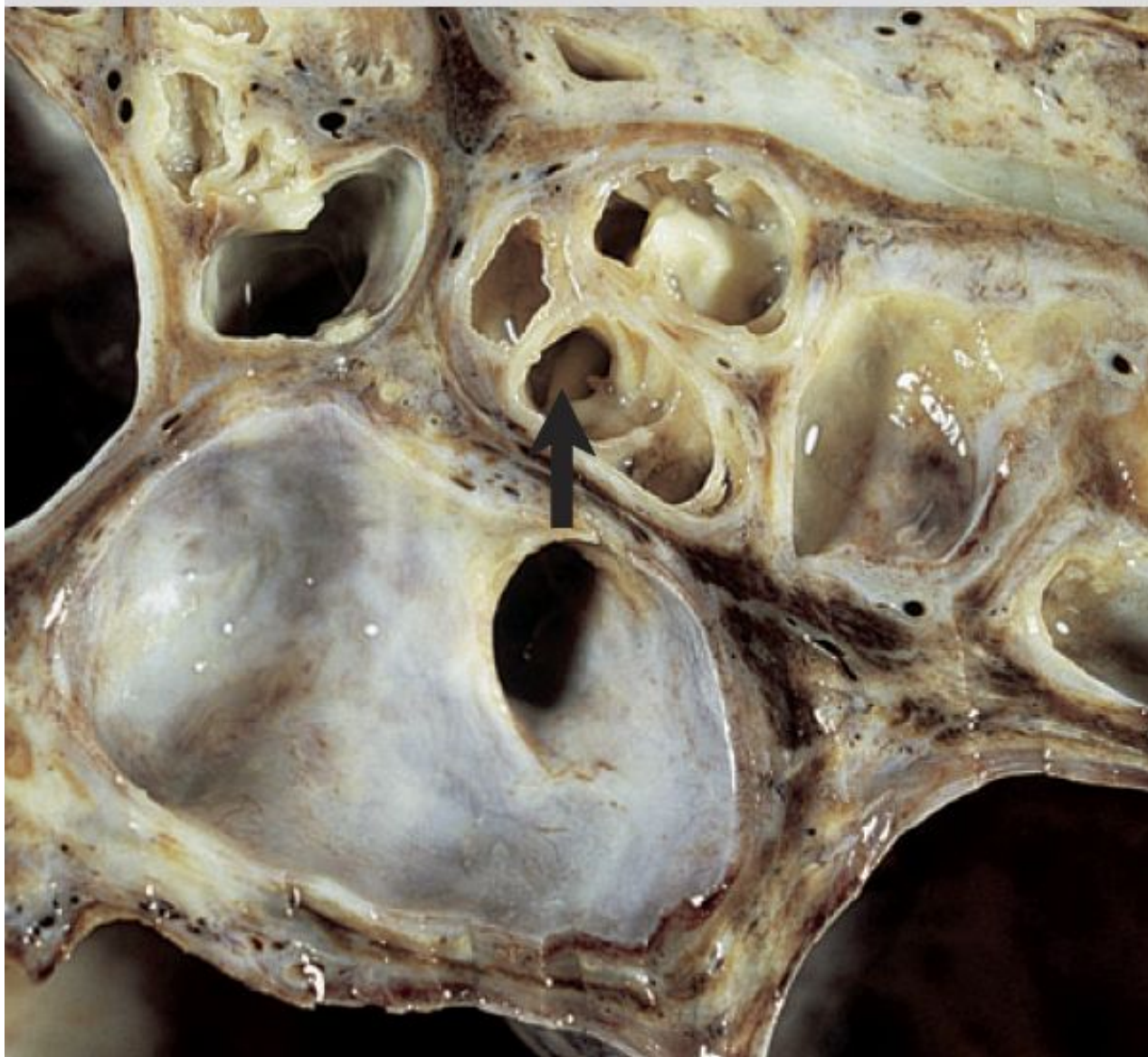
Деформирующий бронхит



БРОНХОЭКТАЗ

Патологоанатомическая картина

D Bronchiectasis



Бронхоэктазы развиваются преимущественно мелких бронхах.

Классификация В.Р. Ермолаева:

По патогенезу:

- первичные
- вторичные

По клинической картине заболевания:

- начальная форма (I)
- легкая форма (II)
- выраженная форма (III)
- тяжелая форма (IV)
- тяжелая осложненная форма (V)

По фазе процесса:

- фаза ремиссии (а)
- фаза обострения (б)

По распространенности:

- односторонние и двухсторонние бронхоэктазии с указанием локализации: сегмент, доля, комбинированные поражения - доля, две доли + сегмент другой доли, все сегменты легкого.

По форме:

- цилиндрические
- веретенообразные
- мешотчатые
- кистоподобные
- смешанные.

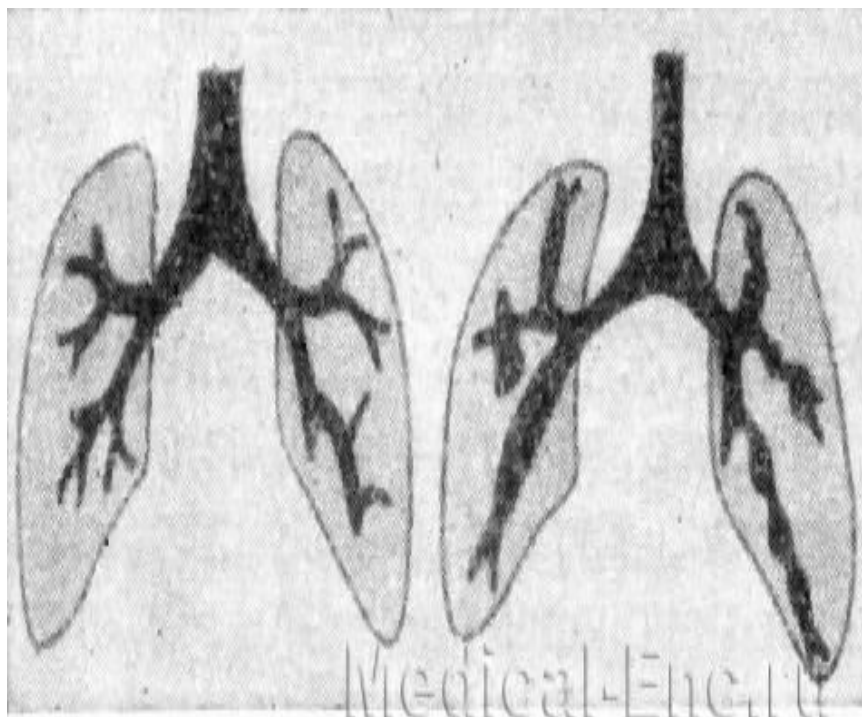
Клиническая картина

- Классическим симптомом - *кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты (50 — 500 мл в сутки)*, чаще по утрам. Мокрота отходит «полным ртом» и лучше при определенном положении тела, обеспечивающем хорошее дренирование бронхов. При стоянии в сосуде мокрота делится на три слоя: нижний — гной, средний — сероза, верхний — слизистый.
- Часто наблюдается *кровохарканье*, а у 8 — 12 % больных — *легочное кровотечение*. В зависимости от распространённости поражения легких, степени деструкции тканей отмечаются *боль в грудной клетке, одышка, слабость, общие симптомы интоксикации*.
- При развитии пневмоний вокруг бронхоэктазов - *температура тела повышается иногда до 38—39 °С*.

3 основные стадии бронхоэктатической болезни по Б.Э. Линбергу

Первая стадия

характеризуется *поражением*
слизистого покрова бронхов на почве
склеротических изменений стенок
бронхов при цилиндрическом
расширении их. Эти изменения
клинически выражаются в признаках
катарального воспаления и редко
диагностируются в клинике.



Вторая стадия

Её составляют более тяжелые формы поражения бронхов, когда в результате предшествующих склеротических изменений в стенках бронхов и явлений застоя слизи возникает участок ателектаза и гнойного воспаления. Деструктивный бронхоэктатический процесс поражает стенки бронхов и перибронхиальную ткань. Образуются инфильтраты, переходящие в абсцедирование с соответствующими клиническими симптомами и рентгенологической картиной.

Третья стадия

Характеризуется более глубоким поражением бронхов и образованием абсцессов в прилежащей легочной ткани. Эти абсцессы в некоторых случаях сливаются и образуют более или менее обширные каверны, которые имеют иногда сходство с легочными кистами и вследствие этого получили название бронхоэктатических кистоподобных полостей.

Диагностика

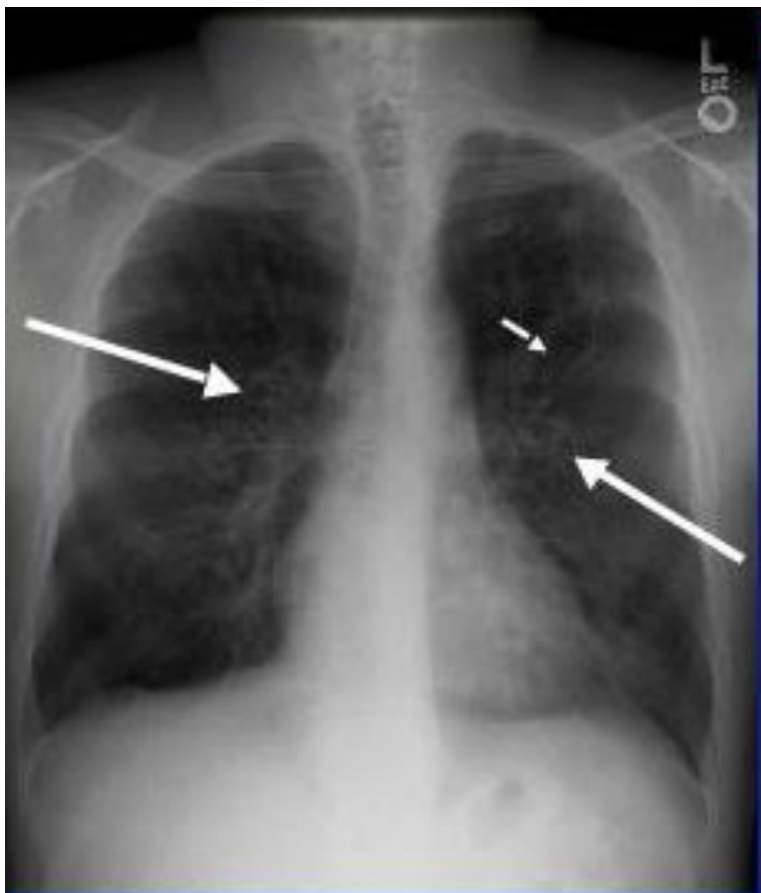
- **При осмотре** – на руках, реже на ногах обнаруживают пальцы в виде «барабанных папочек».
- *В случае распространенного легочного фиброза отмечается деформация грудной клетки.*
- **Перкуторно** – умеренный тимпанит. Дыхание над пораженным участком легкого жесткое, с бронхиальным оттенком, реже ослабленное с разнокалиберными звучными влажными хрипами преимущественно в нижних отделах легких.

Инструментальная диагностика

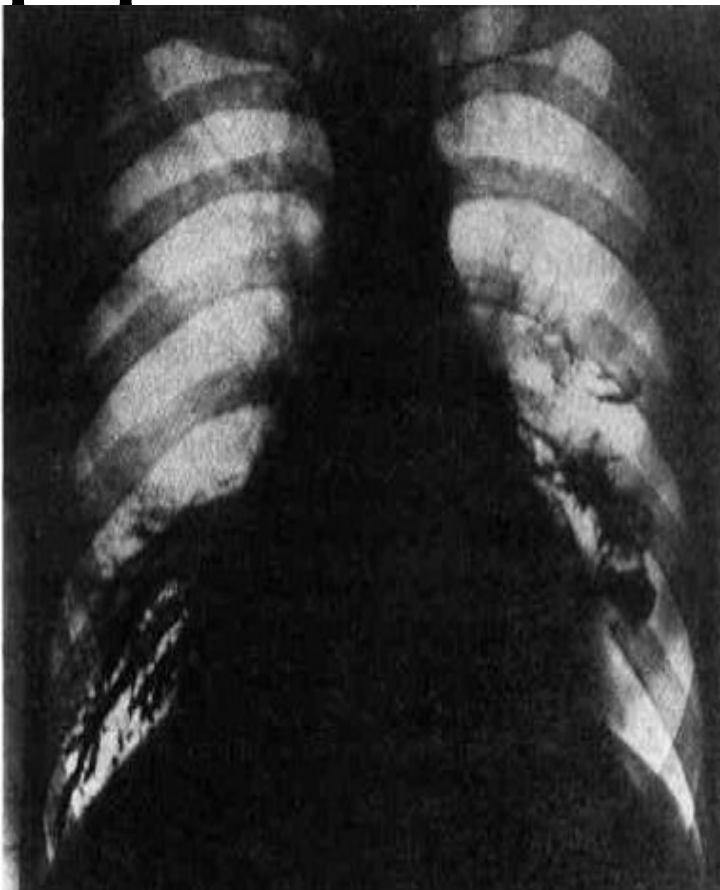
- Рентгенография;
- Бронхография;
- Бронхоскопия;
- РКТ;
- Исследование функции внешнего дыхания.

Рентгенография

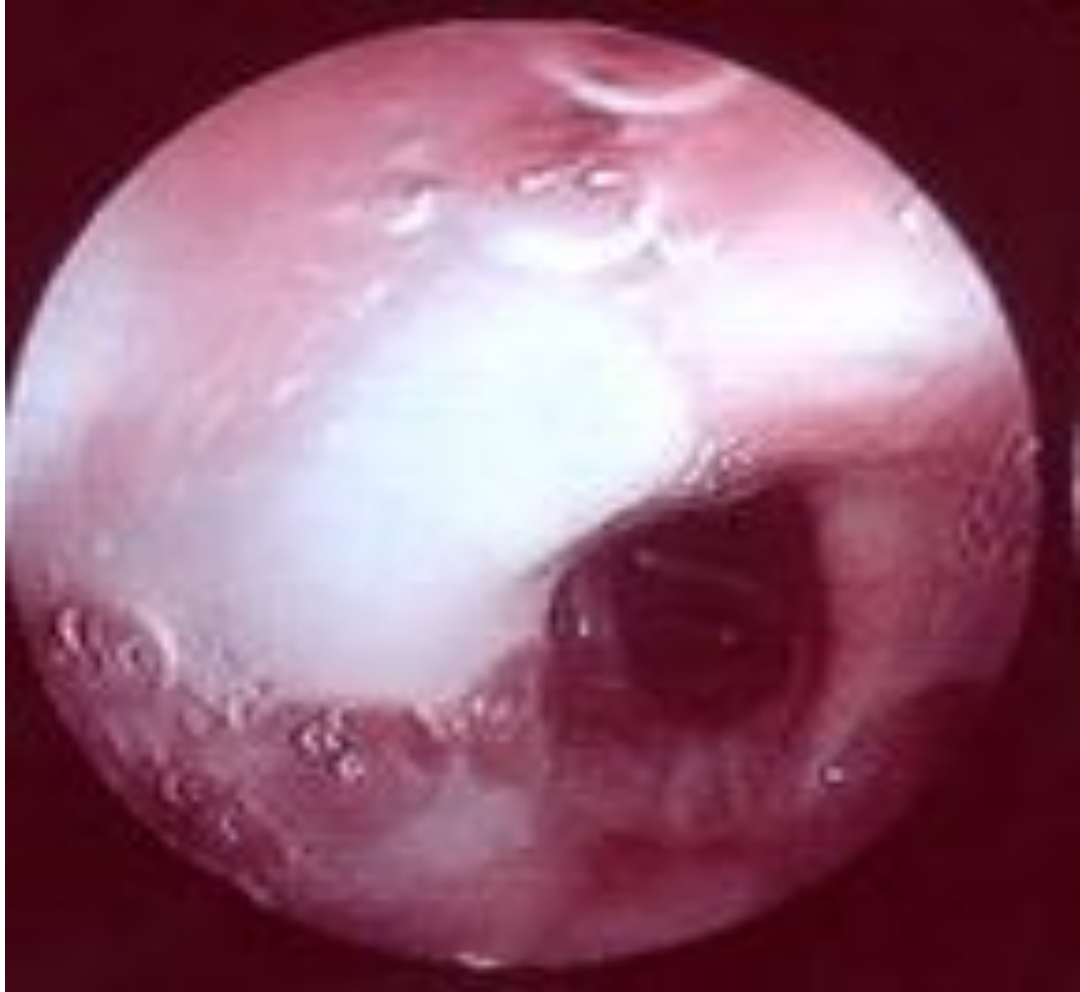
Кольцевые тени (длинная стрелка) и «трамвайные рейки» (короткая стрелка).



Бронхография



Бронхоскопия



Эндифото.

Признак Суля.

Позволяет оценить выраженность бронхита, а также выявить типичный симптом расширения дистальных бронхов (признак Суля): опалесцирующие пузырьки воздуха в окружности заполненных гноем устьев бронхов (чаще базальных сегментов нижней доли).

Кроме того, бронхоскопическое исследование позволяет взять содержимое бронхов на цитологическое, бактериологическое и микологическое исследование.

Лечение

Консервативному лечению подлежат пациенты с бронхоэктатической болезнью:

- 1) в I стадии заболевания;**
- 2) при невозможности выполнения хирургического вмешательства вследствие распространенности патологического процесса в легких;**
- 3) в случае наличия крайне тяжелой сопутствующей патологии, увеличивающей риск операции.**

Санация бронхиального дерева

Пассивная:

- **постуральный дренаж (не менее 2 раз в сутки);**
- **применение отхаркивающих средств и муколитических препаратов;**
- **дыхательная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки.**

Активная:

- **аспирация содержимого бронхов;**
- **промывание и последующее введение в бронхи лекарственных веществ;**
- **микродренирование трахеи и бронхов (чрескожная микротрахеостомия).**

- ***Ацетицистеин:*** 2–3 раза в сутки, 200 мг.
- ***Бромгексин:*** по 12 мг 3 раза в сутки.
- ***Амброксол:*** по 30 мг 3 раза в сутки или 1 капсулу ретард в сутки.

Применение капсул ретард особенно оправданно у больных хроническими болезнями органов дыхания. Длительность курса лечения составляет от 1 до 3–4 недель в зависимости от эффекта и характера заболевания.

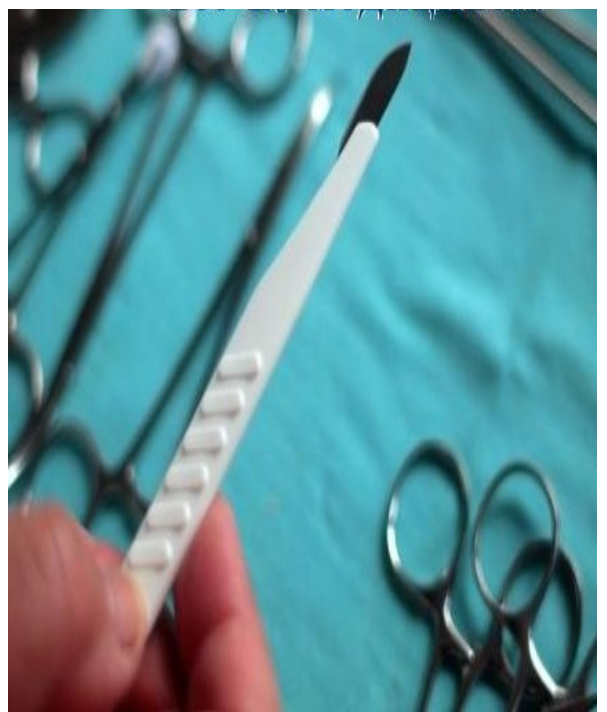
- ***Антибактериальные препараты*** назначаются с учетом характера и чувствительности микробов.

Показания к хирургическому лечению

- ✓ локализованные бронхоэктазы (распространенность не более чем на одну долю (ограниченный процесс) без выраженного ХОБЛ (отягощенной тяжелой ХДН или ХЛС), вызывающие выраженную одышку и мешающие нормальной жизни больного;
- ✓ бронхоэктазы, являющиеся источником частых обострений инфекции нижних дыхательных путей, инва-лидизирующих больного;
- ✓ нестабильность течения с постоянным расширением зоны бронхоэктазов;
- ✓ локальные бронхоэктазы у подростков, замедляющие их развитие;
- ✓ опасные (более 200 мл/сут) кровотечения или кровохарканье (не контролируемое консервативной терапией) из локальной зоны поражения.

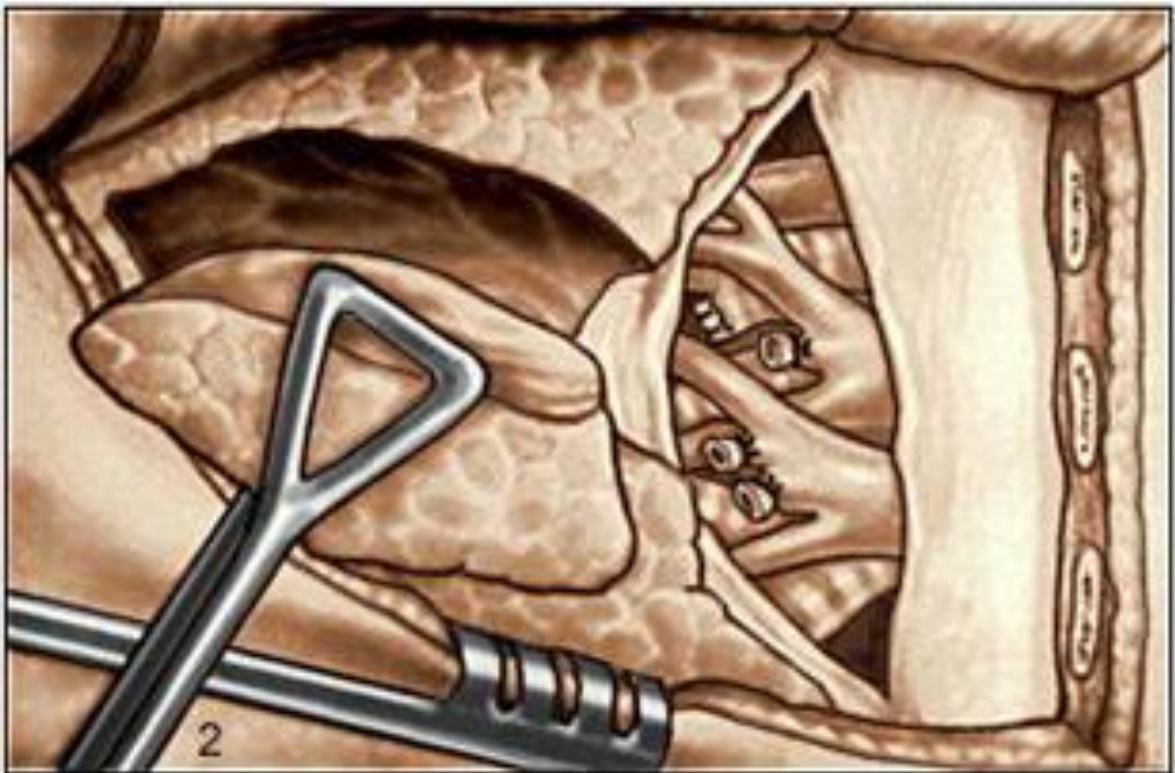
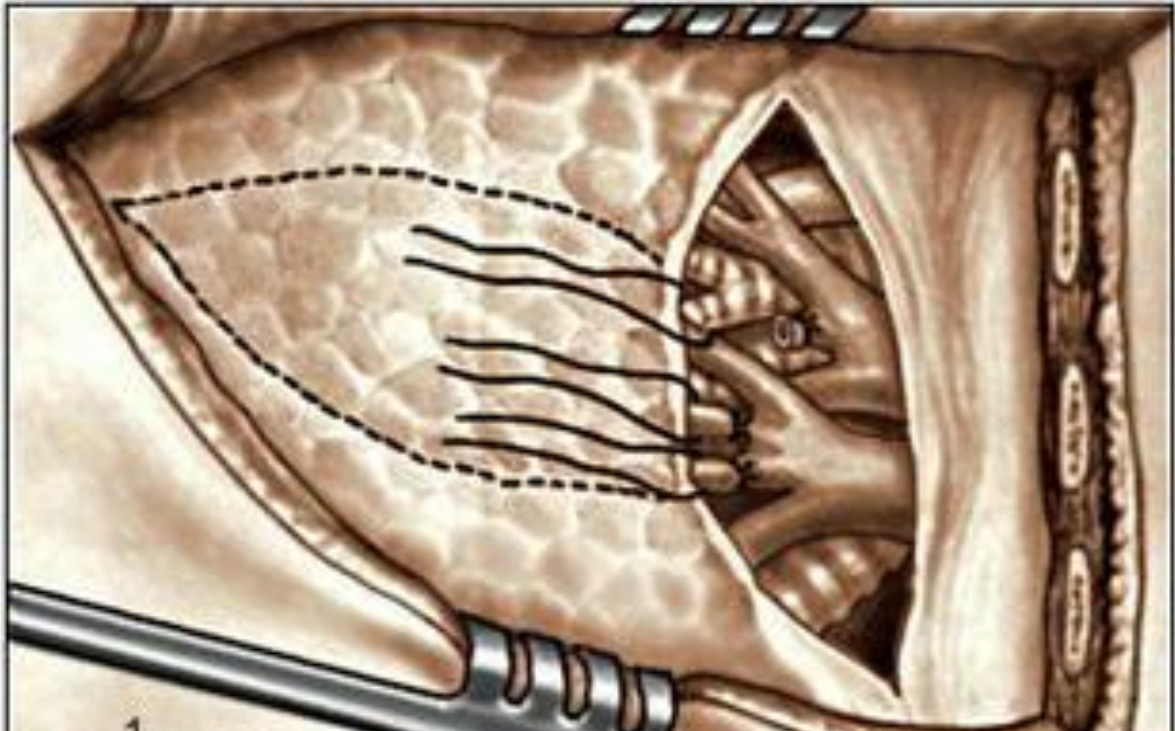
Альтернативой резекции в последнем случае является эмболизация бронхиальной артерии.

Хирургическое вмешательство абсолютно показано во II — III стадиях бронхоэктатической болезни. Объем выполненной операции включает удаление измененной части легкого: сегментэктомию, лобэктомию, билобэктомию, пульмонэктомию. В случае ограниченного вовлечения в патологический процесс обеих легких резекция производится поэтапно или одномоментно, начиная с легкого, в котором изменения более выражены.



Сегментэктомия

- 1) перевязка сегментарных вен;
- 2) удаление пораженного сегмента легкого.



Лобэктомия

Рис. 3-5А



Рис. 3-5Б

Легочная
стопка

Нижняя
ветвь

Нижняя
ветвь

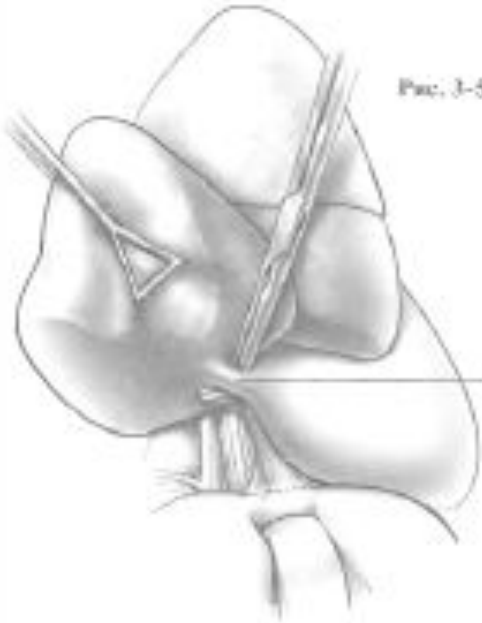


Рис. 3-5В

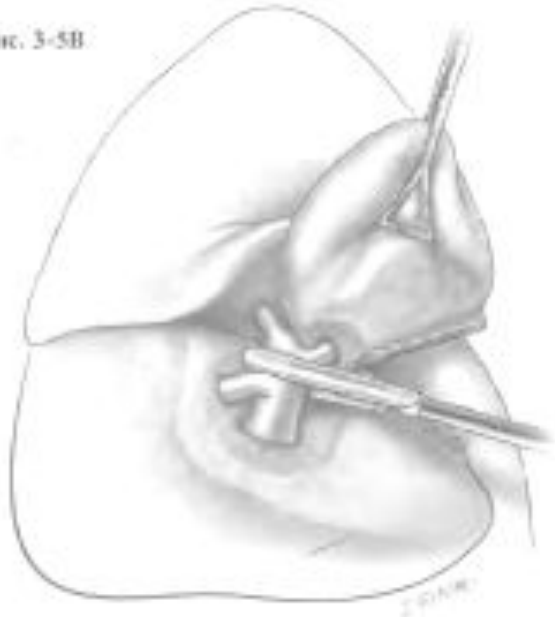
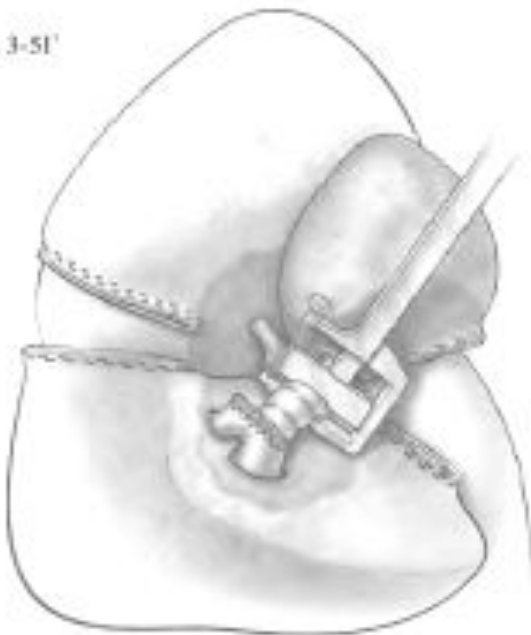


Рис. 3-5Г



Пульмонэктомия

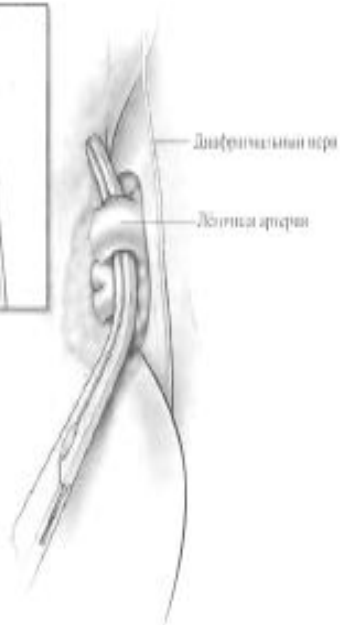


Рис. 3-8А

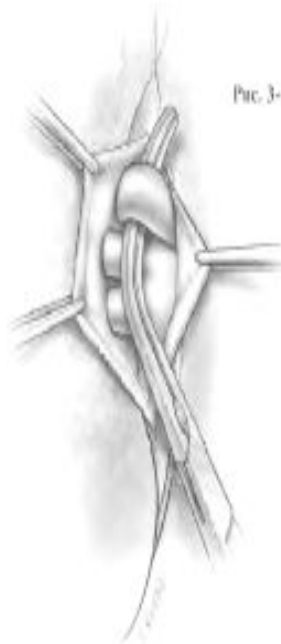


Рис. 3-8Б

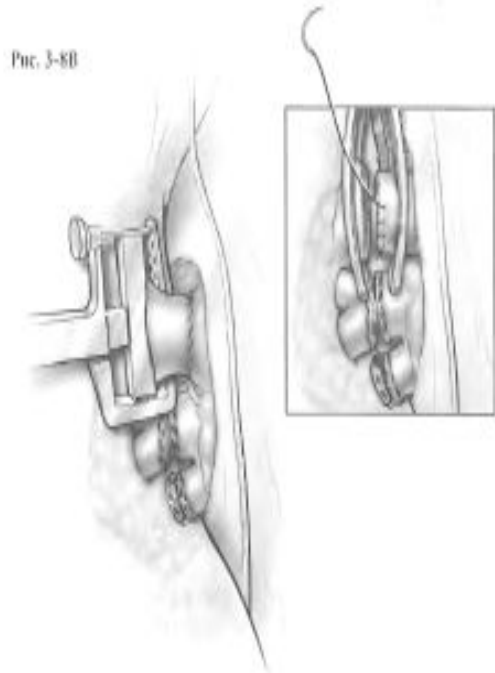
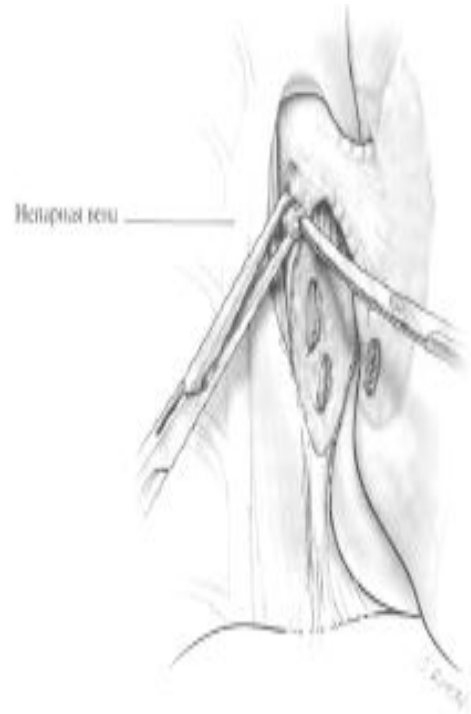


Рис. 3-8В



Рис. 3-8Г

Список использованной литературы

- 1. Колесников И.С. Руководство по легочной хирургии, 2012, 647 с.**
- 2. Резекции легких. Анатомические основы и хирургическая методика - Бетон Л., Зитги Е.Гр. - 1981 год - 416 с.**
- 3. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев, Хирургия, 1997**
- 4. Атлас торакальной хирургии / Марк К. Фергюсон ; пер. с англ, под ред. М.И. Перельмана, О.О. Ясногородского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 304 с.**
- 5. Б.В.Петровский, Атлас грудной хирургии, М. Медицина. - 1971г. - 440 стр.**
- 6. Торакальная хирургия - Бисенков Л.Н. - 2004 год - 1920 с.**