

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИГРАЦИИ БРОНХОБЛОКАТОРА

А.Н. АБДИХАКИМОВ¹, М.Д. ТЕР-ОВАНЕСОВ², А.А. КАСЫМОВ¹, А.Н. АБДИХАКИМОВ¹,
А.А. АЗИЗИЙ³, О.М. ЮСУПОВ¹, М.С. ТУРДИЕВ¹

¹Ташкентский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Узбекистан,

²Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация,

³Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент, Узбекистан

A CASE OF SUCCESSFUL ENDOSCOPIC CORRECTION OF BRONCHIAL BLOCKER MIGRATION

A.N. ABDIKHAKIMOV¹, M.D. TER-OVANESOV², A.A. KASYMOV¹, A.N. ABDIKHAKIMOV¹,
A.A. AZIZIY³, O.M. YUSUPOV¹, M.S. TURDIEV¹

¹Tashkent Regional Branch of the Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Uzbekistan,

²N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russian Federation,

³Department of Oncology, Tashkent Medical Pediatric Institute, Tashkent, Uzbekistan

Описан случай успешного эндоскопического удаления бронхоблокатора вместе с интубационной трубкой с последующей реинтубацией пациента и санацией трахеобронхиального дерева. Эндоскопическим способом удалось полностью восстановить нормальную проходимость дыхательных путей и улучшить общее состояние пациента.

Ключевые слова: бронхоблокатор, инородное тело, фибробронхоскопия, лобэктомия, свищ, окклюзия.

We describe a case of successful endoscopic removal of a bronchial blocker along with an endotracheal tube, followed by reintubation of the patient and sanitation of the tracheobronchial tree. Endoscopically it was possible to completely restore normal airway patency and improve the general condition of the patient.

Keywords: bronchial blocker, foreign body, fibrobronchoscopy, lobectomy, fistula, occlusion.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol16_iss4/a8

Введение

Крупные инородные тела дыхательных путей, застрявшие на уровне гортани, трахеи, главных бронхов, приводят к выраженным функциональным и морфологическим расстройствам в организме, вплоть до тяжелой механической асфиксии и даже до летального исхода [1]. Фибробронхоскопия (ФБС) играет важную роль в дифференциальной диагностике нарушений проходимости трахеи и бронхов. В первую очередь это относится к опухолям, инородным телам, сдавлению извне, рубцовым структурам трахеи и крупных бронхов, при которых рентгенологическая симптоматика может полностью отсутствовать [2,3].

Одним из грозных осложнений после операции по поводу рака легкого является развитие несостоительности швов культи бронха и формирование различных свищей. Согласно классификации Е.Вагнера, выделяются три степени несостоительности культи бронха: первая – при диаметре БСП до 4 мм, вторая – при диаметре до 10 мм, третья – диаметр свища больше 10 мм или полное расхождение культи бронха [4].

По классификации Л.К. Богуша (1974) свищи по локализации и патогенезу делятся на [5]:

Наружный свищ:

- а) бронхокожный;
- б) бронхоплевроКожный.

Внутренний свищ:

- а) бронхоплевральный;

б) бронхо-торакальный свищ;

в) бронхогорланный свищ (бронхожелудочный, бронхиальный, бронхопищеводный, бронхопеченочный).

В последнее время широкое распространение получают методики эндоскопической окклюзии бронха, несущего свищ. Нынче в клиническую практику внедрена методика клапанной бронхоблокации. Но, к сожалению, данная методика также имеет неудовлетворительные результаты в 2–10% случаев [6]. По данным различных авторов [7,8], во время клапанной бронхоблокации наиболее часто встречаются воспалительные осложнения, такие как гнойный эндо-бронхит в месте нахождения обтуратора и дистальнее его, прогрессирование деструктивного процесса в ателектази-

рованной части легкого. Наблюдается негерметизм легкого, связанный с «ослизнением» обтурапоров, их миграцией в другие отделы бронхиального дерева. Именно такое осложнение имело место в нашей практике.

Описание клинического случая

Пациент А., 1961 г.р., находился в отделении торакоабдоминальной хирургии Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР с 05.12.2023 г. по 15.12.2023 г.

Клинический диагноз: периферический рак верхней доли правого легкого, pT3N0M0 IIb стадия. Состояние после операции верхней лобэктомии справа, анатомической сегментэктомии S6, медиастинальной лимфодиссекции.

Из анамнеза, пациенту в условиях отделения торакоабдоминальной хирургии клиники Российских железных дорог (г. Москва) 21.09.2023 г. была произведена вышеуказанная операция. Пациент 29.09.2023 г. был выписан из клиники.

На 19-е сутки после выписки из клиники состояние больного резко ухудшилось, нарастала дыхательная недостаточность на фоне развития острой эмпиемы плевры. Больному 18.10.2023 г. была произведена повторная операция в объеме: реторакотомии, ревизии правой плевральной полости. Резекция IV ребра. Торакостомия. Дренирование правой плевральной полости.

Далее пациенту 16.11.2023 г. была произведена бронхоблокация промежуточного бронха справа бронхоблокатором российского производства. Течение послеоперационного периода стабильное и на 15-е сутки после реторакотомии пациент был выписан для продолжения лечения по месту жительства.

Больной 05.12.2023 г. с жалобами на наличие торакостомной раны в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой экстренно обратился к нам.

На момент осмотра АД—120/80 мм рт.ст., пульс—82 уд. в минуту, ЧД—26 в мин, SpO_2 —70%. На уровне IV ребра справа по правой боковой стенке грудной клетки определяется торакостома размером 7x4 см с ровными краями, дном торакостомы является купол правого гемиторакса без гнойных налетов и отделяемых.

Рентген картина легких характерна для состояния после операции лобэктомии, гиповентиляция, возможна право-сторонняя пневмония (рис. 1).



Рис. 1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки

По данным фибробронхоскопии в области корня правого легкого определяется бронхиальный свищ размером 0,2x0,3 см, откуда поступает слизь с примесью гноя. В проекции дистальной части левого главного бронха определяется инородное тело – бронхиальный обтурапор, который полностью обтурирует просвет.

Был созван эксконсилиум и, учитывая анамнез больного, было решено произвести эндоскопическую экстракцию обтураптора в условиях реанимационного отделения.

Больной на аппарате ИВЛ (СРАР). Произведен ФБС через интубационную трубку диаметром 8,0 мм. Дистальный конец интубационной трубки находится на уровне 2,0 см выше от карини. Слизистые трахеи и главных бронхов гиперемированы. Хрящевые кольца подвижные. Карина острая по центру. В просвете имеется густая мокрота. В проекции дистальной части левого главного бронха определяется инородное тело – бронхиальный обтурапор, который полностью обтурирует просвет (рис. 2).

В просвете правого главного бронха имеется плотный, не отмываемый фибрин. ВДБ отсутствует, СПО лобэктомии. Культа бронха полностью обложена фибрином, признаков несостоятельности нет. Дистальная часть правого главного

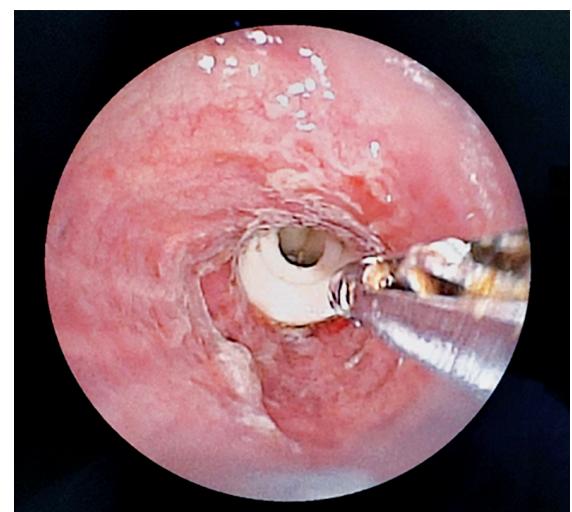


Рис. 2. Эндоскопическая картина бронхоблокатора в левом главном бронхе

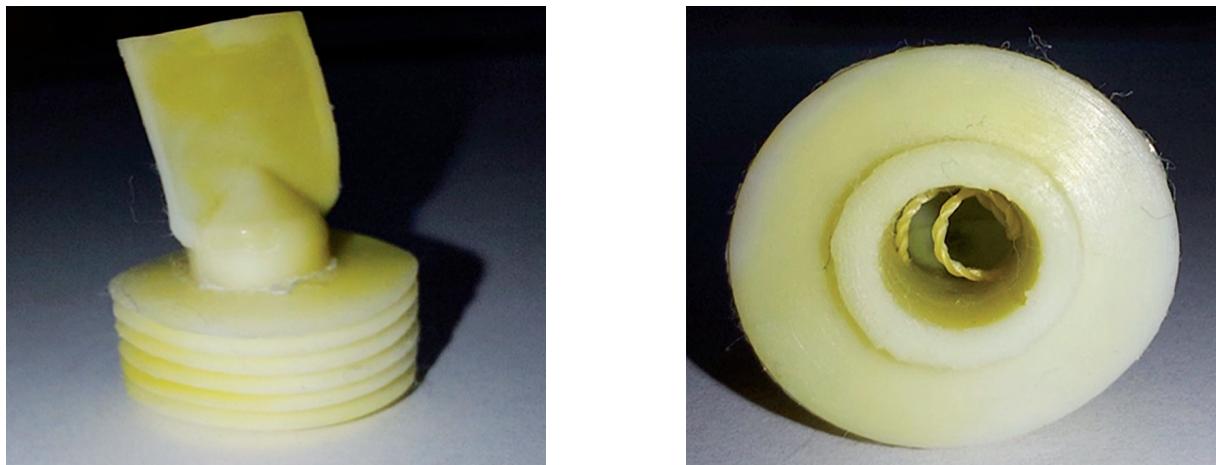


Рис. 3. Извлечённый бронхоблокатор

бронха деформирована. Промежуточный бронх стенозирован, прибором не проходим.

Было решено провести манипуляцию в два этапа. После соответствующей подготовки, первым этапом произведено удаление бронхоблокатора (рис. 3) вместе с интубационной трубкой с помощью форцепта из левого главного бронха, с последующей реинтубацией.

Вторым этапом произведен осмотр левого главного, долевых и сегментарных бронхов. Слизистая левого главного бронха гиперемирована, стенка покрыта пристеночными фибриновыми корочками. Долевые и сегментарные бронхи левого легкого были заложены густой мокротой. Было решено произвести эндоскопическую санацию ТБД, после которой дыхательная проводимость полностью восстановлена. ($SpO_2=99\%$).

Заключение ФБС: СПО верхней лобэктомии справа. СП установки бронхиального обтураптора. Эндоскопическая картина миграции бронхоблокаора на левый главный бронх с полной обтурацией просвета. Произведена экстракция бронхиального обтураптора.

Заключение

Представленное клиническое наблюдение пациента с периферическим раком легкого, оперированного в объеме верхней лобэктомии и анатомической резекции 6-го сегмента с развившейся клиникой НКБ (несостоительности культи бронха), показывает принципиальную возможность установки бронхоблокаора. Но установка бронхоблокаора может сопровождаться развитием такого грозного осложнения как миграция бронхоблокаора в более верхние дыхательные пути, которая требует экстренной коррекции. Проведение подобных вмешательств является прерогативой специализированных торакальных отделений, оснащенных современным эндоскопическим оборудованием.

Литература

1. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Инородные тела в дыхательных путях. Российский медицинский журнал. 2013;21(33):1681-1685 [Svistushkin V.M., Mustafaev D.M. Foreign bodies in the respiratory tract. Russian Medical Journal. 2013;21(33):1681-1685. In Russian].
2. Кучмаева Т.Б., Щеголов В.В. Роль бронхоскопии в дифференциальной диагностике бронхоблокирующего синдрома. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014;4(36):384-386 [Kuchmaeva T.B., Shchegolov V.V. The role of bronchoscopy in the differential diagnosis of bronchoobstructive syndrome. Medical Bulletin of the North Caucasus. 2014;4(36):384-386. In Russian]. <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09110>.
3. Мальцева И.М., Чернековская Н.Е., Волова А.В., Коржева И.Ю. Возможности современной бронхоскопии. Пульмонология. 2010;(2):120-124 [Mal'tseva I.M., Chernekovskaya N.E., Volova A.V., Korzheva I.Yu. Possibilities of modern bronchoscopy. Pulmonology. 2010;(2):120-124. In Russian]. <https://doi.org/10.18093/0869-0189-2010-2-120-124>.
4. Вагнер Е.А., Субботин В.М., Маковеев В.И. Эндоскопическая окклюзия культи главного бронха. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1990;2:46-48 [Wagner E.A., Subbotin V.M., Makoveev V.I. Endoscopic occlusion of the main bronchus carina. Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1990;2:46-48. In Russian].
5. Богуш Л.К., Диденко В.Ф. Лечение больных с пострезекционными бронхиальными свищами. Алма-Ата. 1975 [Bogush L.K., Didenko V.F. The treatment of patients with postresectional bronchial fistulas. Alma-Ata. 1975. In Russian].
6. Дробязгин Е.А., Чикинев Ю.В., Судовых И.Е. Эндоскопическая клапанная бронхоблокация при лечении бронхоплевральных свищ и утечки воздуха. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;5:49-57 [Drobyazgin E.A., Chikinev Yu.V., Sudovykh I.E. Endoscopic valve bronchial blockade in the treatment of bronchopleural fistulas and air leaks. Surgery. N.I. Pirogov Journal. 2020;5:49-57. In Russian]. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202005149>.
7. Левин А.В., Цейман Е.А., Зимонин П.Е. Применение клапанной бронхоблокации при осложненном туберкулезе легких (пособие для врачей). Барнаул, 2008;24с.
8. Склюев С.В., Краснов Д.В. Опыт использования клапанной бронхоблокации у больных туберкулезом легких с локальными воспалительными изменениями в бронхиальном дереве. Туберкулез и болезни лёгких. 2023;101(1S):21-25 [Sklyuev S.V., Krasnov D.V. Experience of valve bronchial block in pulmonary tuberculosis patients with local inflammatory changes of the bronchial tree. Tuberculosis and Lung Diseases. 2023;101(1S):21-25. In Russian]. <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2023-101-1S-21-25>.

БРОНХОБЛОКАТОР МИГРАЦИЯСИНИ ЭНДОСКОПИК УСУЛ БИЛАН МУВАФФАҚИЯТЛИ ТУЗАТИШ

А.Н. АБДИХАКИМОВ¹, М.Д. ТЕР-ОВАНЕСОВ², А.А. КАСЫМОВ¹, АС.Н. АБДИХАКИМОВ¹,
А.А. АЗИЗИЙ³, О.М. ЮСУПОВ¹, М.С. ТУРДИЕВ¹

¹Республика ихтисослаштирилган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази
Тошкент вилояти филиали,

²Н.Н. Блохин номидаги миллий тадқиқот тиббиёт онкология маркази, Москва, Россия Федерацияси,
³Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент, Ўзбекистон

Мақола эндоскопик усул ёрдамида бронхоблокаторни интубацион трубка билан биргалиқда мұваффақиятли олиб ташлаш, трахеяни реинтубация қилиш ва трахеобронхиал дарахтнинг санациясина бажариш клиник ҳолати ёритилган. Ўтказилган мұваффақиятли эндоскопик муолажалар натижасыда беморнинг умумий ақволи яхшиланған ва нафас йўлларининг ўтказувчанлиги тўлиқ тикланған.

Калит сўзлар: бронхоблокатор, ёт жисм, фибробронхоскопия, лобэктомия, фистула, окклюзия.

Сведения об авторах:

Абдиҳакимов Абдулла Нұсратуллаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор Ташкентского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии.

Тер-Ованесов Михаил Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБУ им. Н.И. Пирогова, врач-онколог НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

Касымов Абдуразак Абдуганиевич – доктор медицинских наук, заведующий отделением торакоабдоминальной хирургии Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР.

Абдиҳакимов Асадулла Нұсратуллаевич – врач-эндоскопист отделения УЗД и эндоскопии Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР.

Азизий Азизхан Абдуллаевич – ассистент кафедры онкологии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Юсупов Ойбек Максудович – врач-эндоскопист отделения УЗД и эндоскопии Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР. E-mail: oybek.onko96@gmail.com

Турдиев Мухаммади Салимжанович – врач-онколог консультативно-диагностического отделения Ташкентского областного филиала РСНПМЦОиР.

Поступила в редакцию: 06.12.2023

Information about the authors:

Abdikhakimov Abdulla Nusratullaevich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the Tashkent Regional Branch of the Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Oncology and Radiology.

Ter-Ovanesov Mikhail Dmitrievich – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Oncology, Hematology, and Radiation Therapy at the N.I. Pirogov Federal Research Center of Oncology, Oncologist at the N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology.

Kasymov Abdurazok Abduganievich – Doctor of Medical Sciences, Head of the Thoracoabdominal Surgery Department at the Tashkent Regional Branch of the RSSPCoR.

Abdikhakimov Asadulla Nusratullaevich – Endoscopist at the Department of Ultrasound and Endoscopy at the Tashkent Regional Branch of the RSSPCoR.

Aziziy Azizkhan Abdullaevich – Assistant at the Department of Oncology, Tashkent Pediatric Medical Institute.

Yusupov Oybek Maksudovich – Endoscopist at the Department of Ultrasound and Endoscopy at the Tashkent Regional Branch of the RSSPCoR. E-mail: oybek.onko96@gmail.com

Turdiev Mukhammad Salimzhanovich – Oncologist at the Consultative and Diagnostic Department of the Tashkent Branch of the RSSPCoR.

Received: 06.12.2023